

Regiany Paula Gonçalves de Oliveira  
Reginaldo Gonçalves de Oliveira Filho  
(Organizadores)

# Revisão da Teoria e da **Prática Médica**

**Atena**  
Editora  
Ano 2019

**Regiany Paula Gonçalves de Oliveira**  
**Reginaldo Gonçalves de Oliveira Filho**  
(Organizadores)

# **Revisão da Teoria e da Prática Médica**

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<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonella Carvalho de Oliveira  
Diagramação: Geraldo Alves  
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<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> 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

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
R449	Revisão da teoria e da prática médica [recurso eletrônico] / Organizadores Regiany Paula Gonçalves de Oliveira, Reginaldo Gonçalves de Oliveira Filho. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Revisão da Teoria e da Prática Médica; v. 1)  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-606-5 DOI 10.22533/at.ed.065190309  1. Médicos – Prática. 2. Medicina – Pesquisa – Brasil. I. Oliveira, Regiany Paula Gonçalves de. II. Oliveira Filho, Reginaldo Gonçalves de. III. Série.  CDD 610.696
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

Parafraseando um dos médicos mais brilhantes de toda história, considerado por muitos como o pai da medicina moderna, Sir Clàude Bernard, a Medicina é a ciência das verdades efêmeras e a arte das incertezas; tal máxima expressa o cerne da Medicina Baseada em Evidências.

Com o advento das tecnologias, o volume de informações se multiplica exponencialmente e a competitividade imposta pelo mercado de trabalho nos propõe que sejamos profissionais cada vez mais atualizados.

Posto isso, para que fiquemos afastados do “*burn out*”, devemos nos valer de ferramentas que otimizem o nosso tempo e, ao mesmo tempo, nos ofereça o diferencial que precisamos para impulsionar nossa vida profissional.

Neste contexto, coletâneas como a proposta pela Atena Editora em “Revisão da Teoria e Prática Médica” apresentam-se como uma opção contemporânea, prática e multidisciplinar. Dividido em dois volumes, o primeiro enfatiza trabalhos em Medicina Paliativa, Estratégia em Saúde da Família, Obstetrícia, Toxicologia e Parasitologia.

Ao decorrer destes capítulos serão expostos trabalhos de diversos autores que contribuíram com o desenvolvimento da ciência em suas respectivas áreas, tornando assim, principalmente pela pluralidade, este material único e especial.

Desejamos-lhe uma boa leitura!

Regiany Paula G. de Oliveira  
Reginaldo G. de Oliveira Filho

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
VALIDAÇÃO DE ESCALAS PSICOMÉTRICAS DE QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
<i>Jônatas Ferreira de Sá</i>	
<i>Andréia Carla Sarubi Lobo</i>	
<i>Bruno Luis Nunes da Silva</i>	
<i>Isaac Daniel França Corado</i>	
<i>Larissa Tsukuda</i>	
<i>Marcello Bertoldi Sanchez Neves</i>	
<i>Taiza de Oliveira Zago</i>	
<i>Juliana Dias Reis Pessalácia</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0651903091</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>13</b>
PAPEL DOS FISIOTERAPEUTAS ONCOLÓGICOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS EFETUADOS EM CRIANÇAS COM CÂNCER: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	
<i>Wellington Jose Gomes Pereira</i>	
<i>Simone Cristina Pires Domingos</i>	
<i>Cristiane Gonçalves Ribas</i>	
<i>Edson Cit junior</i>	
<i>Sonia Aparecida de Almeida Brito</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0651903092</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>26</b>
DESORDENS MENTAIS PROVOCADAS PELA SÍNDROME DE ALIENAÇÃO PARENTAL	
<i>Irismar Pereira</i>	
<i>Adailson Silva Moreira</i>	
<i>Silvia Araújo Dettmer</i>	
<i>Elton Fogaça Costa</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0651903093</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>38</b>
ESTIGMATIZAÇÃO E ARTE: A REPRESENTAÇÃO ARTÍSTICA DA LEPROSA EM PINTURAS DE BRUEGEL – O VELHO	
<i>Wenberger Lanza Daniel De Figueiredo</i>	
<i>Diego Monteiro de Carvalho</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0651903094</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>44</b>
UP, ALTAS AVENTURAS E O ENVELHECIMENTO ATIVO	
<i>Luis Eduardo Gloss de Moraes Marquardt</i>	
<i>Anelise Côbo Prata</i>	
<i>Caroline Gabriela Xavier Ferreira</i>	
<i>Ellen Moreira Cordeiro</i>	
<i>Fernando Sugimoto</i>	
<i>Adailson da Silva Moreira</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0651903095</b>	

<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>55</b>
ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL PARA PREVENÇÃO DA OCORRÊNCIA E RECIDIVA DE UROLITÍASE	
<i>Priscylla Tavares Almeida</i> <i>Maria Auxiliadora Macêdo Callou</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0651903096</b>	
<b>CAPÍTULO 7</b> .....	<b>59</b>
ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS CUIDADORES NO MANEJO DE PACIENTES SEQUELADOS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	
<i>Kleitton Ferreira Sousa</i> <i>Pedro Henrique Rocha Martins</i> <i>Aldicleya Lima Luz</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0651903097</b>	
<b>CAPÍTULO 8</b> .....	<b>69</b>
PERFIL FARMACOLÓGICO DE PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNIAS NÃO- TRANSMISSÍVEIS (DCNT)	
<i>Danielle Cristina Tonello Pequito</i> <i>Monica Mussolini Larroque</i> <i>Silvana Cristina Pando</i> <i>Jessica Penha Passos</i> <i>Letícia Nunes Gontijo</i> <i>Letícia Ferreira Amaral</i> <i>Rusllan Ribeiro de Paiva Ferreira</i> <i>Josnei De Menech</i> <i>Laisa Mansano</i> <i>Luiz Gustavo Bernardes</i> <i>Laís Queiroz Moraes</i> <i>Julie Massayo Maeda Oda</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0651903098</b>	
<b>CAPÍTULO 9</b> .....	<b>81</b>
PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ DO CÂMPUS JOÃO UCHÔA – RJ SOBRE A IMPORTÂNCIA DA SUA INSERÇÃO NA PRÁTICA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
<i>Tereza Claudia de Andrade Camargo</i> <i>Amanda Aparecida da Silva Machado</i> <i>Vitoria Sousa Melo de Oliveira</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0651903099</b>	
<b>CAPÍTULO 10</b> .....	<b>90</b>
RELATO DE EXPERIÊNCIA: CONTRIBUIÇÃO DO GENOGRAMA E ECOMAPA PARA A EFETIVIDADE DAS AÇÕES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
<i>Amany Hatae Campoville</i> <i>Stephanie Moreira</i> <i>Karine Bianco da Cruz</i> <i>Marcelo Kwiatkoski</i> <i>Tatiana Carvalho Reis Martins</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.06519030910</b>	

<b>CAPÍTULO 11</b> .....	<b>98</b>
O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE DIABÉTICOS NO SUDOESTE DO MARANHÃO E UMA RELAÇÃO ENTRE O USO DA GLIBENCLAMIDA E O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	
<i>Pedro Henrique Rocha Martins</i>	
<i>Kleiton Ferreira Sousa</i>	
<i>Guilherme Cartaxo de Sousa Melo</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.06519030911</b>	
<b>CAPÍTULO 12</b> .....	<b>111</b>
O VENENO DE JARARACA E OS INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA	
<i>Álvaro Hadad Filho</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.06519030912</b>	
<b>CAPÍTULO 13</b> .....	<b>123</b>
PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DO HIPERDIA SOBRE QUALIDADE DE VIDA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, EM OLINDA, PERNAMBUCO	
<i>Moab Duarte Acioli</i>	
<i>Mariana Beatriz Silva Torres Galindo</i>	
<i>Gabrielle Lins Serra</i>	
<i>Bárbara Azevedo Neves Cavalcanti</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.06519030913</b>	
<b>CAPÍTULO 14</b> .....	<b>135</b>
SUSPEIÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE MULHERES USUÁRIAS DO PROGRAMA HIPERDIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM OLINDA	
<i>Moab Duarte Acioli</i>	
<i>Gabrielle Lins Serra</i>	
<i>Bárbara Azevedo Neves Cavalcanti</i>	
<i>Mariana Beatriz Silva Torres Galindo</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.06519030914</b>	
<b>CAPÍTULO 15</b> .....	<b>146</b>
DISTRIBUIÇÃO DE NASCIMENTO POR VIA VAGINAL E CESÁRIA NO ESTADO DO PARÁ	
<i>Talita Pompeu da Silva</i>	
<i>Flávia Andrea Costa Silva;</i>	
<i>Juliane Serrão Bitencourt</i>	
<i>Kleber Augusto Fernandes de Moraes</i>	
<i>Tyanna Maria Bonfim de Moraes</i>	
<i>Raphael Caetano Rosa Abreu</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.06519030915</b>	
<b>CAPÍTULO 16</b> .....	<b>158</b>
RELATO DE EXPERIÊNCIA DO V MUTIRÃO DE SÍNDROME DE ZIKA CONGÊNITA DO ESTADO DO CEARÁ	
<i>Erlane Marques Ribeiro</i>	
<i>Joana Amaral Acioly</i>	
<i>Érika Suyane Freire</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.06519030916</b>	

<b>CAPÍTULO 17</b> .....	<b>164</b>
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E A PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA: REVISÃO INTEGRATIVA	
<i>Vitoria Christini Araújo Barros</i>	
<i>Rita de Cássia Sousa Lima Neta</i>	
<i>Dailane Ferreira Sousa</i>	
<i>Carolina Heitmann Mares Azevedo Ribeiro</i>	
<i>marcelino Santos Neto</i>	
<i>Janaina Miranda Bezerra</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.06519030917</b>	
<b>CAPÍTULO 18</b> .....	<b>174</b>
A EPISIOTOMIA COMO PRÁTICA ROTINEIRA NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	
<i>Jônatas Ferreira de Sá</i>	
<i>Isaac Daniel França Corado</i>	
<i>Larissa Tsukuda</i>	
<i>Letícia Costa Coêlho</i>	
<i>Taiza de Oliveira Zago</i>	
<i>Renata Campos de Pieri</i>	
<i>Vitor Ricobello Tavares</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.06519030918</b>	
<b>CAPÍTULO 19</b> .....	<b>186</b>
SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON EM UM PACIENTE COM ARTRITE GOTOSA: UM RELATO DE CASO	
<i>Marcus Henrique Bandeira Dourado</i>	
<i>Murilo Lima Diniz Barbosa Romero</i>	
<i>Renata Brito Marinho</i>	
<i>João Menezes Júnior</i>	
<i>Aldicléya Lima Luz</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.06519030919</b>	
<b>CAPÍTULO 20</b> .....	<b>187</b>
CINQUENTA ANOS DA LAGOQUILASCARIÁSE NO BRASIL (1968-2018)	
<i>Darlan Moraes Oliveira</i>	
<i>Jussara da Silva Nascimento Araújo</i>	
<i>Alice Silau Amoury Neta</i>	
<i>Jael Sanches Nunes</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.06519030920</b>	
<b>CAPÍTULO 21</b> .....	<b>192</b>
LEISHMANIOSE VISCERAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS EM HUMANOS	
<i>Tyanna Maria Bonfim de Moraes</i>	
<i>Cecilma Miranda de Sousa Teixeira</i>	
<i>Raphael Caetano Rosa Abreu</i>	
<i>Talita Pompeu da Silva</i>	
<i>Kleber Augusto Fernandes de Moraes</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.06519030921</b>	

<b>SOBRE OS ORGANIZADORES.....</b>	<b>202</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO .....</b>	<b>203</b>

## VALIDAÇÃO DE ESCALAS PSICOMÉTRICAS DE QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

### **Jônatas Ferreira de Sá**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
Curso de Medicina  
Três Lagoas – MS

### **Andréia Carla Sarubi Lobo**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
FAMED  
Campo Grande – MS

### **Bruno Luis Nunes da Silva**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
FAMED  
Campo Grande - MS

### **Isaac Daniel França Corado**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
Curso de Medicina  
Três Lagoas – MS

### **Larissa Tsukuda**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
Curso de Medicina  
Três Lagoas – MS

### **Marcello Bertoldi Sanchez Neves**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
FAMED  
Campo Grande – MS

### **Taiza de Oliveira Zago**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
Curso de Medicina  
Três Lagoas – MS

### **Juliana Dias Reis Pessalácia**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul  
Docente Associada I nos cursos de Enfermagem

e Medicina, Coordenadora do Curso de Pós-graduação – Mestrado em Enfermagem

**RESUMO:** O presente estudo explana sobre a validação de escalas psicométricas utilizadas tanto em pacientes com doenças que abrangem os cuidados paliativos, como também seus cuidadores. A principal patologia acometida aos usuários das escalas foi o câncer, metastático ou não, em estágio paliativista. Quanto às escalas, foi avaliada a confiança, a qualidade e a sua consistência interna, levando em consideração a qualidade de vida dos pacientes e dos cuidadores. A escala psicométrica mais encontrada para validação foi a EORTC-QLQC15, utilizada em vários países, a exemplo da Coreia, Japão, Polônia. Além disso, uma parcela menor de escalas brasileiras foi encontrada e incorporada ao estudo. Independente do país onde a escala é utilizada e adaptada, a grande maioria delas revela a importância dos Cuidados Paliativos para o aumento da qualidade de vida de pacientes e de cuidadores, além de destacar melhorias com relação ao tratamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados paliativos, escalas psicométricas, qualidade de vida.

VALIDATION OF PSYCHOMETRIC SCALES OF LIFE QUALITY IN PALLIATIVE CARE: AN INTEGRATING REVIEW

**ABSTRACT:** This study explains about validating psychometric scales used in both patients with diseases that include palliative care, as well as their caregivers. The main pathology affected users of the scales was cancer, metastatic or not, in palliative stage. Based on the scales, confidence was assessed the quality and internal consistency, taking into account the quality of life of patients and caregivers. The psychometric scale more found for validation was the EORTC -QLQC15 used in several countries, such as Korea, Japan, Poland. In addition, a smaller portion of Brazilian scales was found and incorporated into the study. Regardless of the country where the scale is used and adapted, the vast majority of them reveals the importance of palliative care to increase the quality of life of patients and caregivers, as well as highlight improvements regarding the treatment.

**KEYWORDS:** Palliative care, psychometric scales, quality of life.

## 1 | INTRODUÇÃO

De acordo com World Health Organization, devido às mudanças de hábitos de vida, proporcionados pelo avanço técnico-científico na área da saúde e o aumento da expectativa de vida, as doenças crônicas tornaram-se mais frequentes, bem como os desconfortos que acompanham o sujeito e sua família. Nesse sentido, os cuidados paliativos (CP) apresentam-se como um conceito de cuidados, onde o foco é o paciente e seus familiares, objetivando o alívio dos sintomas, o suporte psicossocial e espiritual, levando-se em consideração as necessidades, valores, crenças e cultura do paciente e a sua família. O objetivo do CP é antecipar, prevenir e reduzir o sofrimento, fornecendo a melhor qualidade de vida (QV) possível, independentemente do estágio da doença (MANFREDINI,2014).

No passado, o CP era oferecido em continuidade ao tratamento antineoplásico ativo. Após a suspensão do tratamento da neoplasia, os pacientes eram encaminhados aos serviços direcionados para CP. Este modelo de tratamento – “modelo dicotômico” – têm sido cada vez mais descartado no mundo, porém, no Brasil, ainda há o hábito de utilizar este modelo. Na contemporaneidade, especialistas entendem que o encaminhamento precoce ao CP acarreta maiores benefícios (PAIVA, 2014).

Os indivíduos que assumem a responsabilidade de cuidar de seus entes queridos expressam valores e sentimentos como a esperança, dignidade, união, fortalecimento dos laços familiares e interpessoais (SAND, 2009). Os cuidados de indivíduos com graves doenças crônicas podem gerar uma sobrecarga física e emocional para os cuidadores familiares (FCS), uma vez que eles devem combinar suas próprias obrigações familiares com os de prestação de cuidados, muitas vezes resultando na exclusão de sua vida profissional, familiar e social (LEOW, 2013). Desse modo, faz-se necessária a identificação de variáveis capazes de gerar melhorias na qualidade de vida de FCS, orientando a escolha de intervenções adequadas destinadas a melhorar o tratamento do paciente, conciliando com um melhor conforto e qualidade de vida

ao cuidador.

A avaliação da qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos é um procedimento importante para a identificação de sua condição global, assim como para avaliar a qualidade dos serviços oferecidos. A expressão "qualidade de vida" ainda é muito discutida, devido a dificuldade de se chegar a um consenso para o conceito, por isso, existem diversos instrumentos que têm a finalidade de mensurar tal constructo sob diferentes perspectivas. Escalas de avaliação têm sido desenvolvidas e/ou adaptadas culturalmente e validadas para diferentes contextos e realidade (ALBERS, 2010).

Percebe-se que as escalas utilizadas no Brasil, apesar de serem padronizadas, ainda não são adaptadas e validadas à cultura do país. Tal fato acarreta consequências com relação à definição de condutas a serem tomadas e às avaliações do cuidado oferecido aos pacientes. Com isso, os avanços científicos nesse campo exigem a sistematização e padronização dos procedimentos de avaliação de forma a permitir melhor mensuração de resultados, maior comunicação intra e intergrupos profissionais e consolidação de práticas baseadas em evidências. Nesse contexto, diversos estudos têm sido desenvolvidos para validar instrumentos de avaliação da qualidade de vida no campo dos cuidados paliativos (CORREIA, 2012).

A psicometria, segundo Luiz Pasquali, é um instrumento da ciência que tenta explicar diversos processos mentais por meio de tarefas e técnicas de medida. Essa ferramenta consiste na medida comparativa do comportamento do organismo por meio de processos mentais e a psicofísica é definida como a medida de processos diretamente observáveis como o estímulo e resposta do organismo.

Dois pontos são importantes para se observar na psicometria: a validade e a precisão das medidas utilizadas para um determinado teste. A validade seria a coerência e adequação desse teste e é estabelecida de forma empírica por meio da verificação de hipóteses. Já a precisão ou fidedignidade está relacionada à confiabilidade de um resultado sem erros. (PASQUALI, 2008).

Apresentada, de forma geral, a psicometria representa uma importante aliada dos cuidados paliativos para medir, por exemplo, as modificações qualidade de vida de pacientes sob circunstâncias terminais de modo a comparar os efeitos da introdução de medidas alternativas de tratamento em relação à metodologia clínica tradicional.

## 2 | MÉTODOS

O método utilizado para o estudo foi revisão integrativa da literatura, o qual envolve as seguintes etapas: definição do tema e formulação da questão de pesquisa (questão norteadora), elaboração de critérios para inclusão e exclusão de artigos, construção de instrumento (tabela) para coleta de informações relevantes dos artigos encontrados, avaliação e análise dos artigos selecionados na pesquisa, interpretação

e discussão dos resultados obtidos.

A questão norteadora do presente estudo corresponde a: quais são os estudos de validação de escalas psicométricas de qualidade de vida em cuidados paliativos. A busca foi realizada no PUBMED e MEDLINE com as palavras-chaves: “psicometria” and “qualidade de vida” and “cuidados paliativos”, em português.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em inglês, espanhol ou português, resumos disponíveis na base de dados escolhidos, disponibilidade dos mesmos na íntegra, publicados entre o período de 2006 a 2016 e uso de escalas validadas. Como critério de exclusão definiu-se os artigos que se baseavam em trabalhos muito específicos – apenas um grupo de pacientes -, e os que não estão relacionados com a área de cuidados paliativos, medicina ou enfermagem. Foi formulada uma tabela para listagem de todos os artigos encontrados e posteriormente uma com as informações básicas e outra detalhada para análise e discussão apenas com os artigos selecionados.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão sintetizados na Tabela 1.

<b>Título</b>	<b>Autor/Ano publicação</b>	<b>Objetivo/ População Estudada/N(amostra)</b>	<b>Conclusão</b>
Validation of the Holistic Comfort Questionnaire-caregiver in Portuguese-Brazil in a cohort of informal caregivers of palliative care cancer patients.	PAIVA, <i>et al.</i> , 2014	Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da versão em Português (Brasil) do Comfort Holistica Questionnaire – cuidador (HCQ-cuidador) em famílias de cuidadores (FCs) de pacientes de cuidados paliativos (CP) de câncer. N=150	O estudo demonstrou confiança e validade da versão brasileira da HCQ-cuidador, porém algumas taxas demonstraram que ainda necessita de alguns ajustes. Bom nível de consistência interna variou de $\alpha=0,801$ a $0,969$ .
Validation of the "Quality of Life in Life-Threatening Illness--Family Carer Version" (QOLLTI-F) in German-speaking carers of advanced cancer patients.	SCHUR, <i>et al.</i> , 2014	Traduz e valida a "Qualidade de vida em tratamento de doenças – voltados às famílias de cuidadores" (QOLLTI-F) em cuidadores de língua alemã de câncer avançado pacientes. N=308	Este estudo fornece uma tradução e validação da primeira ferramenta de avaliação de qualidade de vida para os cuidadores de pacientes de cuidados paliativos em alemão. Ele também contribui para o conhecimento sobre as propriedades psicométricas da escala que se revelaram altamente satisfatórios. ( $\alpha=0,850$ ).

<p>The quality of life of Brazilian patients in palliative care: validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 15 PAL (EORTC QLQ-C15-PAL).</p>	<p>NUNES, 2014.</p>	<p>Validar a versão brasileira da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento of Cancer Quality of Life Questionário Núcleo 15 PAL (EORTC-QLQ - C15 - PAL) para ser utilizado em pacientes com câncer em cuidado paliativo. N=104</p>	<p>EORTC QLQ- C15 -PAL é uma ferramenta breve , útil e válida para avaliar a qualidade de vida dos pacientes brasileiros em cuidados paliativos . O nível de consistência interna variou para diferentes itens da escala: Funções físicas: 0,87 Funções emotivas: 0,65 Fadiga: 0,58 Dor: 0,86</p>
<p>Clinical validation of the EORTC QLQ-OG25 questionnaire for the evaluation of health-related quality of life in Mexican patients with esophago-gastric cancers.</p>	<p>Onate-Ocana, <i>et al</i> 2011</p>	<p>Os questionários de qualidade de vida (QLQ) QLQ-S-TO22 e QLQ-OES18 estão atualmente disponíveis para medir a qualidade de vida (QV) em pacientes com câncer esofágico (EC) ou gástrico (EG). O novo questionário proposto, QLQ-OG25, integra perguntas dos outros dois questionários para avaliar pacientes com carcinoma de junção esofagogástrica (EGJC), EC e GC. O objetivo foi validar essa nova versão mexicana-espanhola.  N=163</p>	<p>A versão mexicana-espanhola do questionário EORTC QLQ-OG25 é confiável e válida para medidas de qualidade de vida em pacientes com câncer de esôfago-gástrico e pode ser utilizada em ensaios clínicos na comunidade mexicana. Cronbach's alfa variou de 0,7 a 0,83</p>
<p>Verification of the psychometric properties of the Japanese version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 15 palliative (EORTC-QLQ-C15-PAL).</p>	<p>Miyazaki, <i>et al.</i>, 2011</p>	<p>Comparar as versões japonesas do EORTC QLQ - C15 - PAL e QLQ - C30 para avaliar a utilidade da escala anterior para pacientes com câncer em fase terminal. Número de pacientes da pesquisa é 91.</p>	<p>Examinar a confiabilidade e validade da versão japonesa do QLQ- C15 -PAL . Encontrou-se uma porcentagem de 87 % ou mais de chance do QLQ- C15 -PAL explicar o índice original QLQ-C30. Portanto, QLQ - C15-PAL parece ser útil para avaliar a qualidade de vida de pacientes terminais de câncer. ICC (Intraclass correlation coefficients): é de 0,93</p>

<p>Cross-cultural application of the Korean version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 15-Palliative Care</p>	<p>Shin <i>et al.</i>, 2011</p>	<p>Avaliar as propriedades psicométricas da versão coreana do EORTC QLQ-C15-PAL para determinar se esta ferramenta pode ser utilizada para avaliar pacientes com câncer que recebem cuidados paliativos. N= 102 (pacientes com câncer)</p>	<p>O coeficiente alfa de Cronbach variou 0,65 a 0,89. A versão coreana do EORTC QLQ-C15-PAL é um instrumento válido e confiável no que diz respeito à sua psicomетria.</p>
<p>Factor analysis and internal consistency evaluation of the FAMCARE scale for use in the long-term care setting</p>	<p>Rodriguez, <i>et al.</i>, 2010</p>	<p>Avaliar a satisfação da família com tratamento do câncer avançado. N=51 (famílias de pacientes)</p>	<p>O coeficiente alfa de Cronbach foi igual a 0,94. A FAMCARE tem boa consistência interna quando utilizada nas famílias de pacientes que recebem LTC (Long Term Care), que são cuidados físicos e emocionais em longo prazo.</p>
<p>The Assessment of Quality of life at the End of Life (AQEL) questionnaire: a brief but comprehensive instrument for use in patients with cancer in palliative care</p>	<p>Henoch, <i>et al.</i>, 2010</p>	<p>Validar a escala Aqel - Avaliação da Qualidade de Vida no final da vida. N=106 (pacientes com câncer)</p>	<p>O coeficiente alfa de consistência interna variou entre 0,55 e 0,76. A análise forneceu alguma evidência para a validade da AQEL, mas ainda é necessário trabalho adicional para compreender a estrutura da medida, bem como a sua capacidade de resposta a paliativos.</p>
<p>Measuring quality of life in pediatric palliative care: challenges and potential solutions.</p>	<p>Huang, <i>et al.</i>, 2010</p>	<p>Validar as propriedades psicométricas de um instrumento de QVRS (Qualidade de vida relacionada à saúde) genérico, o Pediatric Quality of Life 4.0, para crianças com doenças que limitam a vida. N=266 (pais de crianças que tiveram alguma doença que limita as atividades diárias).</p>	<p>O coeficiente alfa de Cronbach sugere que o PedsQL demonstra confiabilidade da consistência interna aceitável para todos os domínios (alfa superior a 0,7), com exceção do domínio do funcionamento social.</p>

Psychometric evaluation of the FACT Colorectal Cancer Symptom Index (FCSI-9): reliability, validity, responsiveness, and clinical meaningfulness	Colwell, <i>et al.</i> , 2010	Avaliar as propriedades psicométricas da Escala FACT Colorectal Cancer Symptom Index (FCSI-9). N=391 (pacientes em metastático câncer colorretal).	A confiabilidade da consistência e teste-reteste interna do FCSI-9 eram aceitáveis (0,81 e 0,76, respectivamente). Assim, há evidências preliminares de confiabilidade, validade e capacidade de resposta do FCSI-9.
Validation of the revised Bakas Caregiving Outcomes Scale in Greek caregivers of patients with advanced cancer receiving palliative radiotherapy.	Govina <i>et al.</i> , 2012	O objetivo deste estudo foi validar a tradução grega do Bakas Caregiving Outcomes escala revisada (BCOS). N=100 (cuidadores informais familiares de pessoas com câncer avançado)	O estudo mostra que a tradução grega dos BCOS é um instrumento válido e confiável para uso com familiares cuidadores de pacientes com câncer avançado. A escala pode ser utilizada na prática clínica para identificar cuidadores na necessidade de intervenção ( $\alpha = 0.83$ ).
Validation of the Polish version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 15 - Palliative Care in patients with advanced cancer.	Leppert; Majkowicz, 2012	Adaptar o Questionário de Qualidade de vida da Organização Européia para Pesquisa e Tratamento do Câncer -Core 15 –Paliativos  Cuidados para a situação clínica polaca e avaliar suas propriedades psicométricas em pacientes com câncer avançado. N = 160 (pacientes com câncer consecutivo avançado)	Versão polaca do Questionário de Qualidade de vida da Organização Européia para Pesquisa e Tratamento do Câncer - Core 15 - Cuidados Paliativos é um instrumento válido e confiável, recomendado para avaliação da qualidade de vida e monitorização em pacientes com câncer avançado. A confiabilidade foi avaliada por meio da determinação de coeficientes alfa de Cronbach para as escalas funcionais e de sintomas EORTC QLQ-C-15-PAL. Alfa de Cronbach e os coeficientes de alfa padronizado de Cronbach para o EORTC QLQ-C15-PAL funcional (variação: 0,830-,925 e 0,830-0,932) e escalas de sintomas (intervalo: 0,784-0,940 e 0,794-0,941).

Reliability and validity of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative care (FACIT-Pal) scale.	Lyons <i>et al.</i> , 2009	Relatar a coerência interna, a estrutura dos fatores e a validade do instrumento para cuidados paliativos da subescala (FACIT-Pal) da escala geral de qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas (FACIT) do Dr. David Cella. N= 256 (pacientes com câncer avançado).	A consistência interna foi maior do que 0,74 ( $\alpha > 0,74$ ) para todas as subescalas e da pontuação total. Os resultados suportam a confiabilidade e validade do FACIT-Pal como uma medida relacionada com qualidade de vida para os pacientes com câncer avançado.
Caregiver assessment of patients with advanced cancer: concordance with patients, effect of burden and positivity.	Higginson; Gao, 2008	Avaliar a validade de relatos dos cuidadores sobre preocupações dos pacientes (tendo a avaliação dos pacientes como padrão ouro) e os papéis de cuidador, fardo e positividade por meio de duas escalas ( <i>Escala Palliative Outcome – POS</i> e <i>Escala de Sobrecarga do Cuidados Zarit Burden - ZBI</i> ) e três perguntas sobre realizações e relacionamentos. N=128(64 pacientes com câncer avançado e seus cuidadores informais)	POS: $\alpha = 0,49$ para pacientes e $\alpha = 0,55$ ; ZBI: $\alpha = 0,85$ e uma consistência interna de 0,82 ( $\alpha = 0,82$ ) para a escala de positividade. A partir dos resultados os autores concluíram que a sobrecarga e positividade do cuidador afeta suas avaliações sobre situação psicológica do paciente, além disso sobrecarga e positividade dos cuidadores afetam diretamente a qualidade de vida deste.

Tabela 1- Quadro síntese com os artigos incluídos na revisão integrativa sobre validação de escalas de qualidade de vida em cuidados paliativos, Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2016.

Do total de 14 artigos analisados, 64% tiveram suas atividades executadas até 2010 – 35,7% de 2010 – e 28,5% posteriores a 2010. Pelo menos 2442 pessoas entre pacientes e cuidadores ou familiares estiveram incluídos nos estudos. Todos os artigos abordam qualidade de vida em pacientes com câncer ou cuidadores de pacientes com câncer. Cerca de 40% dos artigos eram trabalhos exclusivos ou não para cuidadores, sendo apenas dois específicos sobre pais ou familiares. Um único artigo tinha como pacientes específicos crianças.

Destes trabalhos 35,7% foram realizados na Europa, 28% nos USA, 14,2% na Ásia e 21,4% na América central – destes, 2/3 brasileiros. 64% dos estudos tiveram como amostragem pacientes (ou seus cuidadores) com câncer avançado. 21,4% deles consecutivos ou metástases. Apenas 21% dos estudos apresentaram consistência interna menos que 0,6.

Segundo Leppert e Majkowicz (2012), Shin (2011), Nunes, (2014) e Miyazaki *et*

*al*, (2011) a escala EORTC QLQ-C15-PAL é um instrumento válido e confiável para avaliar a qualidade de vida dos pacientes com câncer avançado – consecutivo ou com metástase. Entretanto, não contém questões sobre a dimensão espiritual que envolve o paciente, concentra-se apenas na avaliação dos sintomas, relacionando-se com o provedor de Saúde e preparação para o fim da vida (Leppert e Majkowicz, 2012).

Leppert, Majkowicz (2012), Shin (2011), Miyazaki *et al* (2011) e Nunes (2014) encontraram valores semelhantes de consistência interna em seus trabalhos usando EORTC-QLQ-C15PAL, entre 0,83 e 0,93, estabilidade bastante satisfatória, exceto na variável fadiga analisada por Nunes que o alpha foi de 0,58, ou seja, não é uma estabilidade aceitável para o teste.

Nunes (2014) e Shin (2011) conseguiram observar que o EORTC QLQ-C15-PAL é capaz de diferenciar pacientes com baixo, moderado e alto nível de desempenho, ou seja, discriminar entre os subgrupos de pacientes com diferentes perfis clínicos.

Segundo Miyazaki *et al*, (2011) o significado de cada item da EORTC QLQ-C15-PAL não foi avaliado e, assim, diferenças culturais no julgamento do que é significativo deveriam ser avaliadas em estudos posteriores.

Além disso, Miyazaki *et al* (2011) comparou o original QLQ-C30 com a versão encurtada que é o EORTC QLQ-C15-PAL em questão, com o objetivo avaliada sua relação com o original e demonstrou a sua utilidade para pacientes em estado terminal, o que corrobora com a conclusão de que os formulários para pacientes de cuidados paliativos deve ter um número limitado de itens a ser preenchido pelo paciente.

Nos estudos realizados no Brasil, apesar dos autores terem explorado diferentes objetivos (Paiva (2014) concentra suas análises no paciente, enquanto Nunes (2014) no cuidador), pode-se relacionar a carência de escalas psicométricas validadas no território. Isso se apresenta como mais um ponto negativo para a inserção de cuidados paliativos no Brasil, pois tais escalas são de crucial importância para a análise da qualidade de vida tanto dos pacientes, quanto dos cuidadores. Também podemos destacar a necessidade de escalas mais completas para essa finalidade, já que em ambos os estudos as análises dos dados estatísticos indicaram que alguns pontos devem ser alterados, bem como a falta de escalas padrão ouro para a investigação do conforto das amostras.

Outro aspecto interessante da análise por Paiva (2014), diz-se em questão da diferença na aplicação da escala de qualidade de vida em cuidadores, em acompanhantes de pacientes internados e em pacientes ambulatoriais que, apesar dos diferentes cenários e condições clínicas, não foi observado diferença nas pontuações dos questionários aplicados.

Nos artigos que abordam a validação de escalas voltadas especificamente a cuidadores, de Paiva *et al* (2014), Schur *et al* (2014), Rodriguez *et al* (2009), Huang *et al* (2010), Govina *et al* (2012), Higginson (2008), percebe-se que a maioria dos parâmetros psicométricos foram testados em cuidadores informais, o que engloba

familiares, cônjuges ou pessoas que tiveram convivência direta com o paciente. Desses, apenas Rodriguez *et al* (2009) desenvolveu seu trabalho com familiares em amplo contexto, não necessariamente cuidadores diretos. Ademais, nenhum dos estudos abrangeram cuidadores formais, o que demonstra certa deficiência no cuidado e atenção com profissionais cuidadores.

Analisando-se ainda esses estudos aplicados em cuidadores, aproximadamente 66,66% desses artigos fizeram a avaliação das propriedades psicométricas com cuidadores de pacientes com câncer em estágio avançado e, dos outros 33,34%, 16,67% foram realizados com familiares, não necessariamente cuidadores diretos, de pacientes idosos em clínicas de cuidados paliativos geriátricos e 16,67% com cuidadores de pacientes infantis que apresentam doenças crônicas que limitam o tempo de vida.

Percebe-se, por fim, dentro da análise específica das escalas direcionadas à avaliação de qualidade de vida dos cuidadores que, embora todas as escalas abarcadas nesse contexto tenham apresentado consistências internas de aceitáveis a altamente confiáveis, todas foram avaliadas dentro de estudos que apresentaram limitações diversas. Paiva *et al* (2014) refere limitação dentro da ausência de dados e da inexistência de outros instrumentos de padrão referencial para comparação; Schur *et al* (2014), dentro da falta de análise fatorial para seu estudo e de sua amostra restrita de cuidadores; Rodriguez *et al* (2009), Govina *et al* (2012), Higginson (2008), acreditam que suas amostras foram relativamente pequenas para determinadas generalizações e Huang *et al* (2010) apontou fator socioeconômico como possível agente de diferenças entre os pais cuidadores.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos constituem uma importante ferramenta na promoção da melhoria da qualidade de vida, sobretudo pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Qualidade de vida foi definida no 2º Congresso de Epidemiologia por Rufino Netto (1994) da seguinte maneira: “qualidade de vida boa ou excelente é aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades...”. (MINAYO, 2000)

Essas atividades alternativas a tratamentos tradicionais estão em amplo processo de desenvolvimento e se apresentam cada vez mais inseridas em contextos terapêuticos. Desse modo, pode se observar que a quantidade de estudos e de pesquisas que buscam trazer embasamento teórico-científico nessa área está crescendo de forma evidente. A elaboração, validação e adaptação de escalas para tentar quantificar os efeitos surtidos pelas iniciativas paliativas é um exemplo desse crescente interesse por tal área na saúde. Diversas escalas que apresentam diferentes formas de avaliação dos pacientes crônicos têm sido criadas e esse processo de

validação requer intenso esforço científico para que os resultados sejam confiáveis e úteis para o aperfeiçoamento dos procedimentos que objetivam promoção da saúde.

Portanto, segundo Rameix, (MINAYO, 2000) a medida da qualidade de vida, apesar de ainda ser um instrumento recente e proveniente de uma tradição estrangeira anglo-saxônica, empirista e utilitarista, tem se afirmado como um fato irreversível, o que significa que tende cada vez mais estar presente na saúde e é inerente ao desenvolvimento das ciências médicas.

## REFERÊNCIAS

- ALBERS, G. et al. Evaluation of quality-of-life measures for use in palliative care: a systematic review. **Palliative Medicine**, v. 24, n. 1, p.17-37, 2010.
- COLWELL, H. H. et al. Psychometric Evaluation of the FACT Colorectal Cancer Symptom Index (FCSI-9): Reliability, Validity, Responsiveness, and Clinical Meaningfulness. **The Oncologist**, v. 15, n. 3, p.308-316, 2010.
- CORREIA, F.R.; DE CARLO, M.M.R. Avaliação de qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2012
- GOVINA, O. et al. Validation of the revised Bakas Caregiving Outcomes Scale in Greek caregivers of patients with advanced cancer receiving palliative radiotherapy. **Support Care Cancer**, v. 21, n. 5, p.1395-1404, 2012.
- HENOCH, I.; AXELSSON, B.; BERGMAN, B. The Assessment of Quality of life at the End of Life (AQEL) questionnaire: a brief but comprehensive instrument for use in patients with cancer in palliative care. **Quality of Life Research**, v. 19, n. 5, p.739-750, 2010
- HIGGINSON, I.J.; GAO, W. Caregiver assessment of patients with advanced cancer: concordance with patients, effect of burden and positivity. **Health And Quality Of Life Outcomes**, v. 6, n. 1, p.42-50, 2008
- HUANG, I. et al. Measuring quality of life in pediatric palliative care: challenges and potential solutions. **Palliative Medicine**, v. 24, n. 2, p.175-182, 2009.
- LEOW, M.Q.; Chan, M.F.; Chan S.W. Predictors of change in quality of life of family caregivers of patients near the end of life with advanced cancer. **Cancer Nurs**, v.37, n.5, p.391-400, 2013.
- LEPPERT, W.; MAJKOWICZ, M. Validation of the Polish version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 15 - Palliative Care in patients with advanced cancer. **Palliative Medicine**, v. 27, n. 5, p.470-477, 2012
- LYONS, K.D., et al. Reliability and Validity of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal) Scale. **Journal Of Pain And Symptom Management**, v. 37, n. 1, p.23-32, 2009
- MINAYO, M.C.D.S., et al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000
- MANFREDINI, L. L. Tradução e validação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) em pacientes com câncer avançado. **Dissertação para obtenção do título de mestre em Oncologia. Barretos**, 2014. Disponível em: <https://www.hcancerbarretos.com.br/upload/doc/>

lucianamanfredini.pdf, Acesso em: 13 jun. 2016.

MIYAZAKI, K., et al. Verification of the psychometric properties of the Japanese version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 15 palliative (EORTCQLQ-C15-PAL). **Quality of Life Research**, v. 21, n. 2, p.335-340, 2011.

NUNES, N.A.H. The quality of life of Brazilian patients in palliative care: validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 15 PAL (EORTC QLQ-C15-PAL). **Support Care Cancer**, v. 22, n. 6, p.1595-1600, 2014.

ONATE-OCAÑA, L.F. et al. Clinical validation of the EORTC QLQ-OG25 questionnaire for the evaluation of health-related quality of life in Mexican patients with esophagogastric cancers. **Psycho-oncology**, v. 21, n. 7, p.745-753, 2011.

PAIVA, B.S.R. et al. Validation of the Holistic Comfort Questionnaire- caregiver in Portuguese-Brazil in a cohort of informal caregivers of palliative care cancer patients. **Support Care Cancer**, v. 23, n. 2, p.343-351, 2014.

PAIVA, C.E. et al. A critical analysis of test-retest reliability in instrument validation studies of cancer patients under palliative care: a systematic review. **BMC Medical Research Methodology**, v.14, n. 8, 2014.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, p. 992-999, 2009

RODRIGUEZ, K.L. et al. Factor analysis and internal consistency evaluation of the FAMCARE Scale for use in the long-term care setting. **Palliative And Supportive Care**, v. 8, n. 02, p.169-176, 2010.

SAND, L.; O.M.; STRANG, P. Coping strategies in the presence of one's own impending death from cancer. **Journal of Pain e Symptom Management**, v 37, p.13–22, 2009

SCHUR, S, et al. Validation of the “Quality of Life in Life-Threatening Illness—Family Carer Version” (QOLLTI-F) in German-speaking carers of advanced cancer patients. **Support Care Cancer**, v. 22, n. 10, p.2783-2791, 2014.

SHIN, D.W. *et al.* Cross-Cultural Application of the Korean Version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 15-Palliative Care. **Journal Of Pain And Symptom Management**, v. 41, n. 2, p.478-484, 2011

**WORLD HEALTH ORGANIZATION.** National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines. 2nd ed. Geneva (SZ): World Health Organization; 180p. 2002.

## PAPEL DOS FISIOTERAPEUTAS ONCOLÓGICOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS EFETUADOS EM CRIANÇAS COM CÂNCER: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### **Wellington Jose Gomes Pereira**

UTFPR (Universidade Tecnológica Federal do Paraná)  
Curitiba-PR

### **Simone Cristina Pires Domingos**

UNIDOM (Centro Universitário Dom Bosco)  
Curitiba-PR

### **Cristiane Gonçalves Ribas**

UNIDOM (Centro Universitário Dom Bosco)  
Curitiba-PR

### **Edson Cit junior**

UNIDOM (Centro Universitário Dom Bosco)  
Curitiba-PR

### **Sonia Aparecida de Almeida Brito**

UNIDOM (Centro Universitário Dom Bosco)  
Curitiba-PR

**RESUMO:** A Fisioterapia pediátrica aplicada em Cuidados Paliativos (CP) oncológicos tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes em estágios terminais, focando em amenizar as dores no processo de morte. Entretanto, as necessidades dos pacientes com câncer terminal vão além dos aspectos físicos, pois com os agravos da doença podem afetar aspectos emocionais e psicológicos nos pacientes, neste caso, é fundamental uma abordagem humanizada por parte dos profissionais como forma de mitigar os efeitos da

doença em seu processo terminal. **Objetivos:** Os objetivos desta pesquisa é avaliar o Papel dos Fisioterapeutas Oncológicos em relação as suas atividades exercidas em CP efetuados em crianças com câncer, buscando identificar as principais técnicas fisioterapêuticas indicadas para reduzir os efeitos colaterais dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia em crianças. **Métodos:** Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa de revisão bibliográfica, sendo adaptado o método proposto por Pereira et al (2018). Os descritores aplicados: “Cuidados Paliativos” AND “Fisioterapia” AND “Crianças”, em português e inglês, seguindo especificações dos descritores aplicados nas ciências da saúde (DesCS). As bases de dados pesquisadas: CAPES; SciELO; BVS e Google Scholar, no período entre janeiro de 2008 até dezembro de 2018. Os critérios de exclusão aplicados: Artigos em idiomas diferentes de português e inglês, resumos, revisões de literatura, artigos indexados em periódicos com classificações inferiores a Qualis B3. **Resultados e Discussão:** Estudos apontam que o papel dos Fisioterapeutas Oncológicos é fundamental em uma equipe multidisciplinar de CP, pois estes profissionais possuem habilidades e competências para auxiliarem nos processos de reabilitação respiratória, cardiovascular e motora, como também na atenuação das dores oriundas dos tratamentos

de radioterapia e quimioterapia. Em relação as principais técnicas para os tratamentos dos efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia os estudos descrevem que para diminuição das dores a eletroterapia associada com terapia manual, cinesioterapia e crioterapia são recomendadas, já para disfunções respiratórias as técnicas de reexpansão pulmonar, higiene brônquica e exercícios de controle respiratório obtiveram resultados satisfatórios na melhora da qualidade de vida, em relação as alterações motoras é recomendável exercícios ativos e funcionais que associem a consciência corporal com o relaxamento do tônus muscular, porém, todos os autores descrevem em seus estudos que as condutas fisioterapêuticas tendem a variar conforme o tipo de câncer e o estágio da doença, devendo o Fisioterapeuta definir a melhor conduta a ser aplicada conforme a necessidades dos seus pacientes. **Conclusão:** É comprovado cientificamente a importância dos Fisioterapeutas como integrantes em equipes multidisciplinares em CP, pois estes profissionais possuem a capacidade técnica e conhecimentos para efetuarem diversos tipos de tratamentos e auxiliar na melhora da qualidade de vida e na autonomia dos seus pacientes. Porém, alguns estudos efetuaram um questionamento importante em comum, que é a preparação psicológica e emocional dos Fisioterapeutas em relação aos CP em crianças, alguns autores relatam que os Fisioterapeutas não estão preparados para administrar emocionalmente o processo de morrer de seus pacientes. Por estes motivos, recomendamos pesquisas futuras sobre este tema que visem responder esta questão: Os Fisioterapeutas estão preparados emocionalmente para atuarem em CP em crianças?

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados Paliativos; Crianças; Fisioterapia Oncológica ; Neoplasias

**ABSTRACT:** Pediatric Physiotherapy applied in Oncologic Palliative Care (CP) aims to improve the quality of life of patients in the terminal stages, focusing on easing the pain in the process of death. However, the needs of patients with terminal cancer go beyond the physical aspects, because with the diseases can affect emotional and psychological aspects in patients, in this case, it is fundamental a humanized approach by the professionals as a way to mitigate the effects of the disease in its terminal process. Objectives: The objective of this research is to evaluate the role of oncological physiotherapists in relation to their activities carried out in children with cancer, seeking to identify the main physiotherapeutic techniques indicated to reduce the side effects of chemotherapy and radiotherapy treatments in children. Methods: Descriptive research of qualitative approach of systematic review, being adapted the method proposed by Pereira et al (2018). The descriptors applied: "Palliative Care" AND "Physiotherapy" AND "Children", in Portuguese and English, following specifications of the descriptors applied in the health sciences (DesCS). The searched databases: CAPES; SciELO; VHL and Google Scholar, from January 2008 to December 2018. Exclusion criteria applied: Articles in languages other than Portuguese and English, abstracts, literature reviews, articles indexed in journals with ratings lower than Qualis B3. Results and Discussion: Studies show that the role of Oncological Physiotherapists is fundamental in a multidisciplinary team of CP, since these professionals have the skills and competences

to assist in the respiratory, cardiovascular and motor rehabilitation processes, as well as in the attenuation of the pains of the radiotherapy and chemotherapy. Regarding the main techniques for the treatment of the side effects of chemotherapy and radiotherapy, the studies describe that for the reduction of pain the electrotherapy associated with manual therapy, kinesiotherapy and cryotherapy are recommended, as for respiratory dysfunctions, pulmonary reexpansion techniques, bronchial hygiene and exercises of respiratory control have obtained satisfactory results in the improvement of the quality of life, in relation to the motor alterations it is recommended active and functional exercises that associate the corporal consciousness with the relaxation of the muscular tone, however, all the authors describe in their studies that the physiotherapeutic conducts tend to vary according to the type of cancer and the stage of the disease, and the Physiotherapist must define the best conduct to be applied according to the needs of its patients. Conclusion: It is scientifically proven the importance of Physiotherapists as members in multidisciplinary teams in CP, since these professionals have the technical capacity and knowledge to perform various types of treatments and to help improve the quality of life and autonomy of their patients. However, some studies have made an important question in common, which is the psychological and emotional preparation of Physiotherapists in relation to PC in children, some authors report that Physiotherapists are not prepared to emotionally administer the process of dying of their patients. For these reasons, we recommend future research on this topic to answer this question: Are Physiotherapists emotionally prepared to act in CP in children?

**KEYWORDS:** Palliative care; Children; Physiotherapy Oncology; Neoplasms

## INTRODUÇÃO

Segundo Florentino *et al* (2012), a Fisioterapia aplicada em Cuidados Paliativos (CP) tem como foco melhorar a qualidade de vida em pacientes com doenças em estágios terminais e que não possuam mais tratamentos clínicos efetivos para as suas enfermidades. Ainda segundo Florentino *et al* (2012), os Fisioterapeutas podem atuar por meio de protocolos ou condutas de reabilitação nos auxílios das manutenções ou melhora das funcionalidades dos pacientes durante os seus tratamentos.

Para Marcucci (2005), os Fisioterapeutas podem auxiliar os pacientes com doenças terminais no processo de reabilitação das suas tarefas diárias como por exemplo: Andar, tomar banho, escovar os dentes, entre outras funções importantes. Ainda segundo Marcucci (2005), ao melhorar estas condições físicas os pacientes tendem a ter mais autonomia e qualidade de vida, possibilitando a eles aproveitarem melhor os seus últimos dias de vida, estando mais próximos aos seus familiares e entes queridos, facilitando assim o processo de morrer.

Para Silva e Sudgursky (2008), o principal objetivo dos CP é buscar uma humanização no fim da vida em pacientes terminais, tendo como foco principal uma morte digna e sem dores seguindo todos os princípios éticos e morais relacionados com à vida humana. Segundo Paião e Dias (2015), os Fisioterapeutas possuem

um papel fundamental nestes processos de morte, pois segundo estes autores os Fisioterapeutas detêm os conhecimentos necessários para aumentarem ou manterem o conforto dos pacientes durante as suas internações clínicas, auxiliando na parte motora, respiratória e cardiovascular.

Ainda segundo Paião e Dias (2015), existem aproximadamente 7.000 serviços de CP em mais de 90 países em todo mundo principalmente em países desenvolvidos. Na América latina, estima-se que sejam mais de 100 serviços desta modalidade, porém no Brasil, este número é muito aquém em comparação a outros países desenvolvidos sendo estimado que existam aproximadamente pouco mais de 30 serviços de CP ofertados para toda a população brasileira.

Dentre as principais doenças que levam a morte e conseqüentemente aos CP no Brasil está o Câncer, que segundo Silva, Teles e Valle (2005) é uma doença que deve ser considerada como um problema de saúde pública em nossa sociedade, pois os seus tratamentos requerem elevados custos aos sistemas de saúde e infelizmente a maioria das variações dos tipos de câncer possuem uma elevada taxa de mortalidade.

Para Varella *et al* (2014), o câncer está sendo visto como uma doença do século XXI e poderá torna-se a principal causa de mortalidade em nossa geração. Segundo o estudo efetuado por Varella *et al* (2014), o câncer é responsável por 12% de todas as mortes no mundo acometendo diversas pessoas independentes do sexo, raça, religião ou idade.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no ano de 2005 foram registrados quase 500 mil novos casos de câncer no Brasil, dentre estes casos citados anteriormente cerca de 4% desta população eram crianças entre idades de 0 a 18 anos, número este que representa quase 20 mil casos de cânceres pediátricos todos os anos.

Para Morgan (2002), o câncer pediátrico é primeira causa de mortes em crianças entre idades de 0 a 14 anos, sendo os cânceres mais comuns nas crianças: Linfomas, neuroblastomas, leucemia, tumores dos Sistema Nervoso, tumor de Wilms, câncer ósseo, rabiomiossarcoma e retinoblastoma.

Segundo o estudo efetuado por Marcucci (2005), os cursos de graduação em Fisioterapia raramente abordam as necessidades dos pacientes terminais e tampouco sobre o tema da morte, sendo este assunto uma lacuna no processo de formação dos Fisioterapeutas. Ainda segundo Marcucci (2005), os Fisioterapeutas não estão preparados para administrar as questões psicológicas relacionadas com a morte, principalmente quando os pacientes terminais são crianças.

Para Paião e Dias (2015), a principal dificuldade que os Fisioterapeutas encontram nos CP com crianças é o vínculo emocional entre as partes que podem sofrer uma ruptura drástica quando estes pacientes morrem, podendo ocasionar um abalo emocional nos profissionais.

Ainda segundo Paião e Dias (2015), no Brasil, o assunto relacionado com o processo de morrer ainda é um tabu em nossa sociedade, infelizmente este tema é

pouco debatido ou pesquisado no meio acadêmico e científico. Um dos motivos desta falta de pesquisa pode ser explicado pelo fato da humanidade ainda ter medo em pensar que a sua existência neste plano é finita e tem um prazo de tempo específico para terminar, porém, infelizmente a morte um dia chegará para todos inevitavelmente e devemos estar preparados para este processo.

Por estes motivos relatados anteriormente esta pesquisa científica justifica-se pela necessidade de identificar qual o papel dos Fisioterapeutas nos Cuidados Paliativos, tendo como objetivo principal a identificação das principais técnicas e procedimentos fisioterapêuticos efetuados para os tratamentos dos efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia, como também a identificação de aspectos emocionais e éticos relacionados com as atividades destes profissionais na atuação em equipes multidisciplinares. A seguir serão apresentados a metodologia científica aplicada neste estudo, como também os resultados obtidos.

## **METODOLOGIA**

O método de científico aplicado nesta pesquisa é o estudo descritivo de análise documental com uma abordagem qualitativa do tipo revisão bibliográfica, sendo utilizado o método de pesquisa sistemática proposto por Pereira *et al* (2018). Esta pesquisa de revisão ocorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2019.

Os critérios de inclusão adotados foram os seguintes: Efetuar uma pesquisa sistemática de literatura utilizando os seguintes descritores: “Cuidados Paliativos” AND “Fisioterapia” AND “Crianças” em português e “Palliative Care” AND “Physiotherapy” AND “Child” em inglês, a escolha dos descritores seguiram as especificações e orientações segundo as normas de descritores em ciências da saúde (DesCS). A pesquisa bibliográfica foi efetuada nas seguintes bases de dados: CAPES, SciELO, BVS e Google Scholar.

Na pesquisa efetuada nas bases de dados citadas anteriormente foram adotados os seguintes critérios: Artigos científicos completos com publicação entre janeiro de 2008 a dezembro de 2018 nas bases de dados. Já os critérios de exclusão foram: Artigos em idiomas diferentes de português e inglês, resumos, revisões de literatura, cartas aos editores, artigos indexados em periódicos inferiores a classificação qualis B3.

Conforme o método de pesquisa sugerido por Pereira *et al* (2018), a pesquisa bibliográfica sistemática é estruturada em 4 etapas, conforme apresentado no quadro 01.

<b>Etapas</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Método</b>	<b>Crítérios de Exclusão</b>
1º	Pesquisar as literaturas científicas publicadas nas bases de dados: CAPES ; SciELO ; BVS e Google Scholar, no intervalo de janeiro de 2008 até dezembro de 2018.	Pesquisa sistemática, utilizando os descritores: “Cuidados Paliativos” AND “Fisioterapia” AND “Crianças” em português, e “ <i>Palliative Care</i> ” AND “ <i>Physiotherapy</i> ” AND “ <i>Child</i> ” em inglês.	Artigos em idiomas diferentes de português e inglês, artigos em duplicidade, Resumos, Revisões de Literatura e Cartas aos editores, publicações indexadas em periódicos inferiores a qualis B3.
2º	Filtrar os artigos científicos selecionados da primeira etapa, conforme os objetivos desta pesquisa.	Efetuar a leitura dos títulos e resumos dos artigos encontrados na primeira etapa, afim de verificar se os assuntos abordados estão de acordo com os objetivos desta pesquisa.	Pesquisas que não abordam os tópicos de tratamentos fisioterapêuticos para reduzir os efeitos colaterais dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia em crianças.
3º	Filtrar os artigos científicos selecionados da segunda etapa, conforme os objetivos desta pesquisa.	Efetuar a leitura na integra dos artigos selecionados na segunda etapa.	Pesquisas que não abordam os tópicos de tratamentos fisioterapêuticos para reduzir os efeitos colaterais dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia em crianças.
4º	Elaborar um panorama das pesquisas publicadas conforme os objetivos desta pesquisa.	Elaboração de tabela resumida com os objetivos, resultados e considerações dos autores em relação aos objetivos específicos deste estudo	Não se aplica.

Quadro 01 : Método de pesquisa Bibliográfica sistemática.

Fonte: Adaptado de Pereira *et al* (2019)

## RESULTADOS

Na primeira etapa do método de pesquisa foram encontrados 244 artigos com os seguintes descritores, porem deste número total de 115 publicações atendiam os critérios específicos de inclusão e exclusão.

Na segunda etapa foram efetuadas as leituras dos títulos e resumos dos artigos científicos obtidos da primeira etapa tendo como resultado 32 artigos científicos.

Na terceira etapa foram efetuadas as leituras na integra destes artigos, sendo constatado que 5 publicações apresentavam dados qualitativos ou quantitativos sobre esta temática.

Para a quarta etapa foi efetuado uma tabela resumida com os objetivos, métodos e os principais achados científicos, tabela esta utilizada para fundamentar a discussão, conforme apresentado na Tabela 01.

	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Objetivos da Pesquisa</b>	<b>Resultados e Considerações</b>
1	A contribuição da Fisioterapia nos Cuidados Paliativos em Crianças com leucemia (2016)	FREITAS, G. S. S.; GONÇALVES, C.; MORAIS, M. I. D. M.	Avaliar os benefícios da Fisioterapia nos Cuidados Paliativos em crianças com Leucemia	As técnicas de hidroterapia, cinesioterapia associadas com atividades lúdicas podem melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes.

2	Atuação da Fisioterapia no controle da Dor no câncer infantil (2017)	DE SOUZA, J. A. F.; ALVES, J. T.; CHAMMA, B. M.; MOUSSA, L.; MENDES, M. R. P.	Verificar o uso dos recursos e técnicas fisioterapêuticas utilizadas no controle da dor do câncer infantil	Aplicação de técnicas de massagem, cinesioterapia podem auxiliar no alívio das dores e promover o bem estar nos indivíduos.
3	O Papel da Fisioterapia nos Cuidados Paliativos da criança com câncer (2016)	GUEDES, T. C. A.	Analisar o papel da fisioterapia nos cuidados paliativos de crianças com câncer	Aplicação de termoterapia superficial auxilia na diminuições de dores e no relaxamento muscular, como também a utilização de TENS para diminuição de algias
4	A atuação da Fisioterapia nos Cuidados Paliativos da criança com câncer (2012)	PAIÃO, R. C. N.; DIAS, L. I. N.	Avaliar as principais técnicas fisioterapêuticas aplicadas nos tratamentos de Cuidados Paliativos	Para tratamento de dor as técnicas de eletroterapia, terapia manual, cinesioterapia, crioterapia e termoterapia apresentaram resultados satisfatórios
5	A Fisioterapia no Alívio da Dor: Uma visão reabilitadora em Cuidados Paliativos	FLORENTINO, D. M.; SOUSA, F. R. A. ; MAIWORN, A. I.; CARVALHO, A. C. A.; SILVA, K. N.	Pesquisar as principais técnicas fisioterapêuticas aplicadas nos Cuidados Paliativos	A termoterapia, eletroterapia, cinesioterapia, massagem e o uso de órteses apresentaram resultados significativos na melhora da qualidade de vida nos pacientes em Cuidados Paliativos

Tabela 01 : Resumos dos 5 artigos publicados entre janeiro de 2008 a dezembro 2018 que pesquisaram a atuação dos fisioterapeutas nos tratamentos de Cuidados Paliativos em crianças com cânceres.

Fonte: Os autores (2019)

## DISCUSSÃO

De acordo com Paião e Dias (2012), existem diversos tipos e modalidades de tratamentos voltados para os pacientes portadores de cânceres, sendo que cada técnica, medicamento ou tratamento podendo variar conforme o grau de comprometimento da doença ou as necessidades dos pacientes.

Segundo o INCA (2018), os tratamentos efetuados para os portadores de câncer no Brasil estão amparados por meio da Portaria 874/2013, que estabelecem a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, sendo aplicada pelo o SUS (Sistema Único de Saúde). No SUS é efetuado os tratamentos de forma integral e

gratuita destas doenças para todos os brasileiros possuindo atualmente no Brasil uma rede de 288 unidades e centros de assistência especializadas espalhados em todo o território nacional.

Ainda segundo o INCA (2018), os principais tratamentos efetuados são: (Radioterapia) que tem como objetivo a destruição das células cancerígenas ou tumores por meio de radiações locais evitando a proliferação e aumento das células comprometidas. (Quimioterapia), que consiste no processo da utilização de medicamentos específicos para combater o câncer, sendo estes medicamentos ministrados nas vias orais ou venosas. (Transplante de Medula Óssea), que tem como objetivo na substituição da medula óssea doente por outra oriunda de um doador sadio, visando a reconstituição de uma nova medula sendo aplicado este tipo de tratamento para portadores de leucemia. (Cirurgia) que tem como objetivo a extração do tecido ou tumor existente. (Terapias Alternativas e Complementares) são processos que auxiliam no bem-estar e nas reduções das dores associadas com as outras modalidades de tratamentos.

Porém, segundo Guerra, Gallo e Mendonça (2005), os tratamentos efetuados para o câncer podem causar efeitos colaterais e prejudiciais à saúde dos indivíduos, principalmente devido aos tratamentos terem características extremamente evasivas e nocivas ao corpo humano, podendo citar como por exemplo a Quimioterapia e Radioterapia que destroem as células cancerígenas porem ao mesmo tempo afetam as células sadias comprometendo à saúde dos pacientes.

Para Paião e Dias (2005), os principais efeitos colaterais associados aos tratamentos contra o câncer são: Enjôos, náuseas e vômitos, cansaço, alterações da pele, perda de apetite, perda de cabelo e pelos, probabilidade de infecções devido a redução do sistema imunológicos dos indivíduos, entre outros efeitos colaterais.

Para o INCA (2018), o tempo de duração dos tratamentos para os cânceres podem variar de pessoa para pessoa, porém, é comum a utilização de tratamentos de maneira combinada como por exemplo, a Quimioterapia + Radioterapia intercalando cada aplicação conforme a evolução do quadro clínico dos pacientes, sendo necessário nestes casos a reavaliação por parte dos médicos oncologistas para aumentar ou diminuir as doses ou duração dos tratamentos.

Segundo Silva *et al* (2008), atuação de uma equipe multidisciplinar formada por Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Psicólogos e Fisioterapeutas nos tratamentos oncológicos é de extrema importância pois cada profissional contribuem com técnicas específicas da sua profissão com enfoque de cuidar e promover uma assistência completa em seus pacientes, dentre estes profissionais citados anteriormente pode-se destacar os Fisioterapeutas, profissionais de nível superior que detêm os conhecimentos científicos necessários para avaliarem adequadamente e identificarem as disfunções neuromusculares, traumatológicas entre outras patologias cinésiológicas dos pacientes. (PAIÃO e DIAS, 2012)

Ainda segundo Paião e Dias (2012), atuação dos Fisioterapeutas na área

oncológica tem como objetivos buscarem a reabilitação física, preservar, manter ou recuperarem as integridades cinético-funcionais de órgãos e sistemas, como também atuarem no controle e diminuição das dores em pacientes com câncer.

Segundo Bergamann *et al* (2006), a Fisioterapia Oncológica pode ser aplicada em todas as fases dos tratamentos em pessoas com câncer, desde o pré-tratamento (diagnóstico e avaliação); durante o tratamento (quimioterapia, radioterapia, cirurgia e hormonioterapia); nos pós tratamento (período de seguimento). Ainda segundo Bergamann *et al* (2006), as condutas fisioterapêuticas devem ser efetuadas não apenas nos ambientes ambulatoriais como também em ambientes domiciliares por meio de orientações de exercícios para que os pacientes com câncer façam em suas casas, o que tendem aumentar a eficácia dos tratamentos.

Para Silva *et al* (2008), as recomendações e indicações fisioterapêuticas devem ser determinadas segundo as disfunções causadas pelas doenças dos pacientes, pois os tratamentos e condutas variam de paciente para paciente e de acordo com o tipo de câncer que eles possuem.

No estudo efetuado por Diniz *et al* (2010), a maior queixa dos pacientes em estágio terminal de câncer é o quadro algico, sendo esta queixa associada diretamente com a etiologia da doença ou os efeitos colaterais existentes com os tratamentos efetuados.

Na pesquisa aplicada por Diniz *et al* (2010), os Fisioterapeutas podem atuar no controle da exacerbação dos sintomas e dores que os pacientes sentem, pois, estes profissionais realizam tratamentos como cinesioterapias, terapias manuais, crioterapia entre outras técnicas para aumentam as mobilidades dos pacientes e reduzem os efeitos colaterais dos tratamentos.

De acordo com Paião e Dias (2012), escolher a técnica fisioterapêutica mais adequada para os pacientes é sempre um desafio para os Fisioterapeutas, pois as variações dos tipos de câncer e níveis de comprometimento da doença influenciam diretamente na definição do protocolo mais indicado, nesta situação é fundamental que os Fisioterapeutas efetuem avaliações adequadas e minuciosas para identificarem as disfunções e necessidades físicas e motoras dos seus pacientes. Entretanto, existem inúmeras condutas a serem aplicadas pelos Fisioterapeutas nos CP. (GUEDES,2015)

No estudo efetuado por Paião e Dias (2012), foi elaborado uma tabela resumida das principais técnicas aplicadas pelos Fisioterapeutas correlacionadas com as necessidades dos pacientes e tratamentos de câncer, conforme apresentado na tabela 02.

Disfunções	Condutas
Dor	Eletroterapia (Tens e CIV)
	Terapia Manual
	Cinesioterapia
	Crioterapia
	Termoterapia

Estresse	Terapia Manual
	Hidroterapia (Watsu)
	Consciência corporal e relaxamento
Depressão	Atividade física
	Apoio emocional
Síndrome de desuso	Alongamentos
Encurtamentos	Atividade física
Descondicionamento	Exercícios ativos com peso leve à moderado
Fraqueza muscular	Atividades funcionais
Fadiga	Posicionamento
Alterações posturais	Mudança de decúbito
Úlceras de decúbito	Massagens de alívio
Disfunções pulmonares	Mudanças de decúbito
	Manobras de reexpansão pulmonar
	Incentivadores de fluxo
Atelectasias	Exercícios respiratórios
	Exercícios de controle respiratório e relaxamento
Dispnéia	Ventilação não-invasiva
	Manobras de higiene brônquica
Secreção	Estimulação da tosse
	Instrumentos de oscilação expiratória
	Aspiração
Disfunções neurológicas	Exercícios ativos e funcionais
Plegias e paresias	Treino sensitivo
Parestesias	Fortalecimento de períneo
Disfunções vesicais	

Tabela 02: Possíveis condutas fisioterapêuticas em CP em portadores de Câncer.

Fonte: Adaptado de Paião e Dias (2012)

Entretanto, as necessidades dos pacientes oncológicos nos Cuidados Paliativos podem ir além das questões fisiológicas, pois de acordo com Marcucci (2003), os pacientes terminais que passam por CP podem enfrentar os cinco estágios do processo de morrer, sendo eles: (Negação) onde o paciente nega a sua condição clínica e sua doença ; (Raiva) momento no qual o paciente terminal busca algum culpado pela sua situação ; (Barganha) fase no qual o paciente começa a efetuar negociações e promessas como forma de negociar a sua melhora ; (Depressão) situação que o paciente começa a reconhecer a sua situação e percebe que a sua vida está terminando, efetuando neste momento uma reflexão sobre toda a sua vida ; (Aceitação) fase na qual o paciente aceita o seu fim e se prepara para a morte encontrando a paz interior.

Para Borges *et al* (2006), compreender todas estas etapas do processo natural da morte é fundamental tanto para os pacientes quanto para os profissionais da saúde que o cercam, pois somente assim será possível reduzir as dores e os sofrimentos dos pacientes e seus familiares.

De acordo com Paião e Dias (2012), os aspectos psicológicos relacionados com a morte podem interferir diretamente nos CP, sendo que os profissionais da saúde deverão estar preparados para darem os suportes necessários para os seus pacientes sempre seguindo todas as questões éticas que possam existir. Ainda segundo Paião e Dias (2012), existem três possibilidades de intervenção para os pacientes terminais, sendo eles: (Eutanásia) que é o ato de findar a vida do paciente de forma deliberadamente ou sem o consentimento do mesmo, sendo esta modalidade proibida segundo a legislação brasileira pois ferem todos os direitos e conceitos éticos e legais ; (Distanásia) é o protocolo que visa estender a vida dos pacientes por meios artificiais, não preocupando-se com o alívio das dores ou sofrimentos físicos ou psicológicos que possam ocorrer ; (Ortotanásia) conceito aplicado atualmente nos CP pois consideram o fato de não adiantar e nem retardar o processo da morte, tendo como foco o conceito de proporcionar a melhor qualidade de vida e a redução dos sofrimentos para os pacientes até as suas mortes.

Para Machado, Pessini e Hossne (2007), existe uma linha tênue entre a moralidade e a legalidade no exercício dos profissionais da saúde nos CP, pois a maioria das profissões possuem códigos de ética e condutas bem definidos que explicitam as responsabilidades e os deveres dos profissionais nos atendimentos aos pacientes terminais, neste caso, muitos profissionais utilizam artifícios e análises destes códigos de condutas e seguem o seguinte conceito: Se estiver no código profissional é legal e pode ser feito, caso não esteja no código de ética não pode ser feito.

Ainda segundo Machado, Pessini e Hossne (2007), os profissionais da saúde não podem aceitar tudo como verdade absoluta, é necessária uma visão pluralista e reflexões técnicas sobre estes assuntos de tal forma que os profissionais escolham as melhores condutas a serem seguidas.

Segundo a resolução o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia e Terapia ocupacional homologada pela resolução do COFFITO número 10 de 03/07/78 é especificado os deveres dos Fisioterapeutas no exercício da sua profissão, sendo que estes profissionais devem zelar e respeitar a vida humana desde a sua concepção até a sua morte, respeitando a dignidade e os direitos da pessoa humana. Ainda segundo o código de ética, é dever dos profissionais Fisioterapeutas utilizarem os seus conhecimentos técnicos e científicos para proporem o bem-estar dos indivíduos sem que suas ações afetem a sua liberdade e a dignidade.

Entretanto, diversos autores efetuam considerações específicas sobre as questões éticas e emocionais em relação atuação dos Fisioterapeutas nos Cuidados Paliativos, relatando uma carência e uma lacuna do conhecimento na literatura atual sobre como o profissional deve atuar eticamente, sendo que a referência base destes profissionais é o Código de Ética e Deontologia da profissão, possuindo poucos estudos científicos que abordem esta questão sobre a ótica das dificuldades que os profissionais podem encontrar em suas atividades laborais e os reflexos do processo

da morte de pacientes em estágio terminal na questão emocional dos profissionais.

Por fim, a literatura científica aponta a importância e a relevância da atuação dos Fisioterapeutas como membro de equipes multidisciplinares de Cuidados Paliativos, pois estes profissionais possuem a capacidade de auxiliar, e melhorar a qualidade de vida destes pacientes, porém, foi identificado nesta pesquisa outra lacuna do conhecimento, que é a falta de estudos científicos sobre a questão emocional e a influência que o processo de morte dos pacientes podem influenciar na vida profissional dos Fisioterapeutas atuantes neste segmento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos apontam que as principais queixas dos pacientes oncológicos nos Cuidados Paliativos é o quadro álgico, principalmente devido aos efeitos colaterais da Quimioterapia e Radioterapia, estes efeitos adversos tendem a influenciar diretamente na qualidade de vida destes pacientes.

Na literatura científica atual foi relatado que os Fisioterapeutas podem auxiliar nos tratamentos destas dores, principalmente por meio de técnicas específicas de cinesioterapia, eletroterapia, reabilitação cardiovascular e respiratória, demonstrando a importância dos Fisioterapeutas enquanto integrantes de equipes multidisciplinares de Cuidados Paliativos.

Porém, ao mesmo tempo que estudos enfatizam a importância dos Fisioterapeutas nos Cuidados Paliativos, é levantando uma hipótese que foi pouco debatida sobre este tema, que é as questões éticas e emocionais que estes profissionais podem encontrar em suas atividades, neste caso recomendamos pesquisas futuras que visem avaliar e dimensionar estas questões, tendo em vista que nenhum estudo científico foi publicado com esta temática nos últimos 10 anos.

## REFERÊNCIAS

BERGMANN, Anke et al. **Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III/INCA**. Rev Bras Cancerol, v. 52, n. 1, p. 97-109, 2006.

BORGES, A. D.V S. et al. **Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento**. Psicol. Estud., Maringá, v.11, n.2, p. 361-9, maio/ago. 2006.

BRASIL, I. N. C. A. et al. **Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer-INCA, Estimativas da incidência e mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro: INCA, p. 83, 2018.

DE SOUZA FREITAS, Gabrielle Silva; CALDAS, Cíntia Gonçalves. **A CONTRIBUIÇÃO DA FISIOTERAPIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM CRIANÇAS COM LEUCEMIA**. Revista Uniabeu, v. 9, n. 21, p. 182-192, 2016.

DINIZ, Andrea Borges et al. **Perfil epidemiológico do câncer infantil em população atendida por uma unidade de oncologia pediátrica em Salvador-Bahia**. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 4, n. 2, 2010.

FLORENTINO, Danielle et al. **A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em CP.** Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 11, n. 2, 2012.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro et al. Risco de câncer no Brasil: **tendências e estudos epidemiológicos mais recentes.** Rev bras cancerol, v. 51, n. 3, p. 227-34, 2005.

GUEDES, Thereza Christina Almeida. **O PAPEL DA FISIOTERAPIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS DA CRIANÇA COM CÂNCER.**

MACHADO, Karina DG; PESSINI, Leo; HOSSNE, William S. **A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética.** Centro Universitário São Camilo, v. 1, n. 1, p. 34-42, 2007.

MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto. **O papel da fisioterapia nos CP a pacientes com câncer.** Rev Bras Cancerol, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.

MORGAN, C. R. **Oncologia pediátrica.** In TECKLIN, J. S. Fisioterapia pediátrica. 3 ed Porto Alegre: Artmed, 2002. P. 290-310

PAIÃO, Renata Cristina Nascimento; DE NADAI DIAS, Luciara Irene. **A atuação da fisioterapia nos CP da criança com câncer. Ensaios e Ciência:** C. Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 16, n. 4, 2015.

PEREIRA, Welington Jose Gomes ; MATYAK, Marciana ; DOMINGOS, Simone Cristina Pires. **Comunicação entre os Surdos e os Profissionais da Saúde, uma questão de saúde pública: Revisão Sistemática.** III CONBRACIS (Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde) Campina Grande –PB, v.1, 2018

SILVA, Gisele Machado; TELES, Shirley Santos; VALLE, ERM do. **Estudo sobre as publicações brasileiras relacionadas a aspectos psicossociais do câncer infantil-período de 1998 a 2004.** Revista brasileira de cancerologia, v. 51, n. 3, p. 253-261, 2005.

SILVA, Ednamare Pereira da; SUDIGURSKY, Dora. **Conceptions about palliative care: literature review.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 21, n. 3, p. 504-508, 2008.

SOUZA, Jaqueline Augusto Ferreira et al. **ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO CONTROLE DA DOR NO CÂNCER INFANTIL.** Revista Pesquisa e Ação, v. 3, n. 2, p. 73-83, 2017.

VARELLA, D., BUZAID, A. C., MALUF, F. C. **Vencer o Câncer.** São Paulo: DENDRIX 2014.

## DESORDENS MENTAIS PROVOCADAS PELA SÍNDROME DE ALIENAÇÃO PARENTAL

### **Irismar Pereira**

Autor. Acadêmico do curso de Direito da UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas (CPTL). E-mail: irismar.dicky08@gmail.com

### **Adailson Silva Moreira**

Autor. Advogado e Psicólogo. Doutor em Psicologia Clínica (PUC/SP). Professor Adjunto da UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas (CPTL), cursos de Medicina, Enfermagem e Direito. E-mail: adailsonsm@hotmail.com

### **Silvia Araújo Dettmer**

Autora. Doutora em Direito Constitucional (PUC/SP). Professora Adjunta na UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas (CPTL), curso de Direito. Email: silviadettmer@globo.com

### **Elton Fogaça Costa**

Autor. Advogado. Doutor em Direito (UFSC). Professor Adjunto da UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas (CPTL), curso de Direito. E-mail: elton.fogaça@ufms.br

*parental* é um fenômeno recente que afeta a delicada e frágil relação familiar. A *alienação parental* é recorrente em contexto de disputas de custódia em que o *genitor(a) guardião*, detentor de guarda unilateral, não mede esforços para dificultar a manutenção do vínculo afetivo entre a criança e o *genitor(a) não guardião*, aquele que possui apenas o direito de visita, bem como avós ou tios. O excesso da prática de *alienação* é agravante e faz surgir a *síndrome de alienação parental*. O escopo deste estudo foi compreender os sintomas da *síndrome* e os variados processos patológicos que a definem como *síndrome*. Na plataforma SCIELO, LILACS e Periódicos CAPES, foi realizado pesquisa com os descritores *alienação parental* e *síndrome de alienação parental*. A partir do material encontrado, procedemos a uma *revisão bibliográfica sistemática*. No diagnóstico da *síndrome* foram identificados 8 sintomas que a definem como *síndrome*: campanha depreciativa em relação ao genitor alienado; frágeis ou inadequadas racionalizações para essa desqualificação; ausência de ambivalência no que diz respeito aos sentimentos direcionados ao genitor alienado; fenômeno do *pensamento independente*; defesa do alienador no conflito parental; ausência de culpa em relação ao genitor alienado; presença de relatos de situações não vivenciadas; extensão da animosidade a amigos, familiares e demais

**RESUMO:** A qualidade das relações pessoais com os pais é um importante marcador do funcionamento psicossocial para crianças e adultos. Restringir os filhos da presença de qualquer dos genitores pode produzir efeitos deletérios para o seu desenvolvimento e funcionamento psicossocial. A *alienação*

pessoas relacionadas ao alienado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Alienação Parental; Síndrome; Transtornos Mentais.

## MENTAL DISORDERS CAUSED BY PARENTAL DISEASE SYNDROME

**ABSTRACT:** The quality of personal relationships is important marker of psychosocial functioning for children and adults. Restricting the Sons of the Institution of Any Blood Generator Can Clear Deletion for Its Psychosocial Development and Functioning. *parental alienation* is a recent protocol that affects a delicate and familiar relationship. The *parental alienation* is recurring in a context of custody disputes where the guardian parent, guardian of unilateral custody, does not attempt to make it difficult to maintain the health care device between the child and the non-custodial parent, who it is just the right of visitation as well as grandparents or uncles. The excess of *alienation* practice is aggravating and gives rise to a *syndrome of parental alienation*. The scope of this study was to understand the symptoms of the *syndrome* and the various pathological processes that define the syndrome. In the SCIELO, LILACS and CAPES Periods platform, a research was conducted with the descriptors of *parental alienation* and *syndrome of parental alienation*. From the material found, we proceeded to a systematic bibliographical review. No diagnostic the *syndrome* were diagnostic 8 symptoms that define the syndrome: campaign depreciative in relation to alienated parent; fragile or insufficient rationalizations for this disqualification; absence of ambivalence regarding feelings toward the alienated parent; episode of independent thinking; defense of the foreigner in parental conflict; absence of guilt in relation to the alienated parent; presence of reports of unexperienced sessions; of animosity to friends, family, and other people related to the alienated.

**KEYWORDS:** Parental Alienation; Syndrome; Mental Disorders.

## 1 | INTRODUÇÃO

O fenômeno da *alienação parental* está diretamente ligado ao *poder familiar*, uma vez que se trata de manipulação psicológica de um adulto sobre uma criança, geralmente aquele/a que detém sua guarda.

O *poder familiar* é aquele que os pais detêm sobre os filhos, para seus próprios benefícios, traduzindo-se em decisões e ações para proteger a saúde e a integridade deles, enquanto forem incapazes de gerir sua própria pessoa. É inerente à maternidade e à paternidade e é atravessado por afetos e sentimentos formadores do núcleo mais reduzido e constitutivo da sociedade: a família.

Na vida real nem sempre a família é construída sobre afetos e sentimentos positivos; por vezes conflitos surgem no seio doméstico, provocando sérias consequências para todos os envolvidos. Quando a situação de convivência se torna insustentável, a separação do casal acaba por ser inevitável. Exatamente pelo caráter de intimidade destas relações, tais conflitos podem deixar mágoas e rancores que

vão se materializar na forma de animosidade recíproca, mesmo após o desenlace do vínculo marital.

Numa situação destas, é necessário uma grande dose de generosidade e desprendimento para compreender a dor e a dificuldade do/a outro/a. A não elaboração adequada do luto advindo da separação pode desencadear diversos distúrbios emocionais em todos os envolvidos, inclusive e principalmente nos filhos. Uma situação bastante típica é aquela em que o adulto começa a usar os filhos como meio de vingança para o outro. As crianças são trazidas ao ringue, e passam a ser manipuladas por um ou até mesmo pelos dois genitores (e não nos esqueçamos de avós e tios que podem agir da mesma forma!), mas, geralmente por aquele/a que possui a guarda, porque passa mais tempo com os filhos.

Trata-se de comportamento bastante comum na psicologia humana. Ter um projeto (no caso, o casamento) frustrado, produz enorme raiva por aquele/a que deu causa à frustração. As reações a tais frustrações poderão ser variadas, segundo o grau de amadurecimento individual. Quanto mais imaturo, mais tendente à vingança; inversamente, quanto mais maduro for o indivíduo, maior condição terá de compreender as necessidades do/a outro/a, ainda que produza efeitos negativos como uma separação, já que ninguém é obrigado a continuar uma relação da qual não tem mais vontade, podendo-se traduzir essa ausência de *vontade* por falta de interesse, de afeto/sentimento, etc., ou até mesmo por ter encontrado outro/a parceiro/a.

O tipo de vingança mais comum utilizado pelo parceiro que foi *deixado* acaba sendo denegrir, reiteradamente, a imagem do outro genitor para os filhos, muitas vezes, empreendendo verdadeira campanha para o afastamento de genitor e filho(s). Este comportamento, cercado de rancores e mágoas, é o que denominamos de *alienação parental*, que, se persistente, pode transformar-se na *síndrome da alienação parental*.

Em um contexto de divórcio litigioso os mais vulneráveis são as crianças e/ou adolescentes, pois não possuem uma estrutura de ego totalmente formada e capaz de lhes proteger. Dessa forma, o objetivo desse estudo é refletir sobre os efeitos psicológicos deletérios da *alienação parental*, bem como da *síndrome da alienação parental* em crianças e adolescentes que vivenciam a experiência desgastante da desconstituição familiar.

Contudo, é pertinente ressaltar que o papel dos profissionais da área da saúde é extremamente significativo, pois um tratamento eficiente depende muito do prévio e inequívoco diagnóstico médico, seguido do tratamento adequado e específico para cada quadro clínico.

Portanto, a identificação precoce de transtornos psicológicos pode facilitar a reversão dos efeitos degradantes da conduta alienante, favorecendo a manutenção do vínculo afetivo entre a criança e/ou adolescente com ambos os genitores após e durante a separação conjugal.

## 2 | A ALIENAÇÃO PARENTAL

A visão de família que temos hoje é completamente diferente da concepção que nossos ancestrais possuíam há tempos imemoráveis. Não é difícil compreender que o conceito de família é dinâmico e que no decorrer dos anos vem sofrendo mutações estruturais significativas. Em razão disso, é inevitável nos depararmos com problemas sociais inimagináveis em séculos passados.

Na sociedade contemporânea o instituto jurídico do divórcio é algo completamente comum e aceitável pela maioria das pessoas. Porém, nem sempre foi assim. Houve tempos em que não era possível dissolver o vínculo marital com a facilidade que temos hoje. Ademais, era imoral, reprovável e repudiável.

No Brasil, hodiernamente, são duas as modalidades de divórcio: o *consensual* ou por mútuo consentimento e o divórcio não consensual ou *litigioso*. A maioria dos problemas relacionados à *alienação parental* ocorre quando o divórcio é não consensual, pois acaba faltando maturidade ou equilíbrio psicológico por parte do genitor que não aceitou o fim do relacionamento.

Estudos demonstram que o ajustamento psicológico dos pais é um dos principais preditores do funcionamento equilibrado familiar após a dissolução conjugal, visto que quando um casal se separa ambos vivenciam um luto, independente de quem promoveu o fim do relacionamento, porém, todas essas emoções negativas tendem a passar se os ex-cônjuges estiverem empenhados na construção de um novo tipo de relação familiar e participativa, em que os pais estão separados maritalmente, mas unidos em benefício da educação e formação dos filhos comuns. Assim, o processo de divórcio é geralmente acompanhado de dor, sofrimento e angústia (SOUZA; NEVES, 2015, p. 23; SCHABELL, 2005, p. 14; CARUSO, 1986, p. 20).

Todo processo de divórcio litigioso implica na vivência de muito sofrimento. Assim, estudar a separação amorosa significa compreender a simbologia e o significado metafísico da presença da morte na vida, isto é, decifrar como os cônjuges vivenciam a sensação de morte recíproca, em que cada um tem que morrer simbolicamente dentro do outro. Trata-se da presença da morte na consciência e da consciência (CARUSO, 1986, p. 20).

O divórcio, assim como o recasamento, pode ocorrer em todos os momentos do ciclo vital de desenvolvimento de uma unidade familiar, desafiando sua estrutura e sua dinâmica relacional. Estudar tais transições nos demais estágios de desenvolvimento de uma família torna-se relevante para compreender o impacto gerado nos membros envolvidos, e as diferentes reorganizações no processo de separação e recasamento (CANO *et al.*, 2009, p. 218).

É pertinente destacar que a separação do casal não acaba com a família, e sim a transforma, devendo ambos os genitores se adequar à nova realidade sem gerar profundos desgastes às crianças e/ou adolescentes, pois o que está se rompendo é a relação conjugal e não a parental.

De acordo com as leis brasileiras, a guarda poderá ser *unilateral* ou *compartilhada*. Em observância ao bem-estar dos filhos e tendo em vista o caso concreto, as decisões judiciais definirão quais as modalidades de guarda atenderá o melhor interesse da criança e/ou adolescente. A guarda estará sempre sujeita à revisão, é sempre provisória, caso não sejam preservados os interesses dos menores poderá ser alterada. Portanto, ambos podem continuar a exercer a guarda jurídica dos filhos conjuntamente após a separação, desde que isto não cause prejuízos no desenvolvimento físico, mental, psicológico, moral e espiritual da criança (CANEZIN, 2005, p. 32).

Nessa nova fase os pais devem agir com maturidade para compartilhar da guarda dos filhos, independentemente de suas frustrações ou desavenças. O que se pretende é permitir que os pais continuem agindo como tais, dividindo responsabilidades, participando da vida da criança, que é o que não ocorre no modelo de *guarda unilateral* onde um possui a guarda e o outro apenas o direito de visitação. Na *compartilhada* a pretensão é conservar os laços que uniam pais e filhos antes da separação (CANEZIN, 2005, p. 18).

A *guarda compartilhada* busca atenuar o impacto negativo gerado pelo desmantelamento conjugal. Tal instituto viabiliza a manutenção do vínculo afetivo entre pais e filhos após a separação. Essa modalidade de guarda mantém os dois pais envolvidos na criação de sua prole, validando o papel permanente, ininterrupto e conjunto que ambos devem ter.

Entretanto, levantamentos nacionais feitos em 2015 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dizem que 78,8% das guardas unilaterais pertencem às mães e não aos pais (2015, p. 35). Em estudo diverso, foi grande o percentual dos entrevistados que permaneceram residindo com a mãe após o rompimento conjugal (83,3%). Alguns ressaltaram, inclusive, que a rotina não sofreu alterações, pois continuaram a morar na mesma casa junto com a mãe. Os entrevistados destacaram em uníssono o afastamento do pai como a maior consequência da separação, afastamento do qual se ressentiam constantemente, devido ao aspecto emocional, e, por vezes, físico (BRITO, 2007, p. 39).

Em contrapartida, existem muitos adolescentes que preferem que seus pais se separem devido aos desentendimentos no âmbito familiar (SOUZA; NEVES, 2015, p. 31). Ainda assim, são muitos os que optam em continuar residindo com a mãe e não com o pai.

O que deve ficar claro é que a guarda é um atributo do *poder familiar*, que nos tempos atuais é um direito e dever exercido por ambos os genitores, em igualdade de condições, não se alterando com o advento da ruptura do relacionamento, seja o casamento ou união estável (CANEZIN, 2005, p. 4). Portanto, o pai e a mãe, conjunta ou separadamente, são os titulares do *poder familiar*, um *munus* público (FONSECA, 2006, p. 262). Trata-se de um encargo imposto pela paternidade e maternidade.

A *alienação parental* significa programar ou induzir uma criança e/ou adolescente

a repudiar a convivência com um de seus genitores após o processo de separação. Na grande maioria dos casos trata-se de uma conduta exercida por quem detém a *guarda unilateral*. Conforme as estatísticas do IBGE referidas há pouco, pode-se inferir que, na grande maioria dos casos, o *genitor alienador* é a mãe e, em contrapartida, o *genitor alienado* é o pai. Entretanto, o inverso não é descartado. Isso significa que, no que tange ao fenômeno em estudo, alienar é sinônimo de afastar ou manter afastado, bem como dificultar a manutenção do vínculo afetivo entre a criança e/ou adolescente com o *genitor alienado*.

A *alienação parental* possui verdadeiras raízes no sentimento de orgulho ferido, vingança, além do sentimento de onipotência do *genitor alienador* (PINHO, 2019). Um dos objetivos do *genitor alienador* é fazer com que a criança e/ou adolescente passe a colaborar na campanha depreciativa contra o *genitor alienado*.

A melhor forma de reconhecer a *alienação parental* encontra-se no padrão de conduta do *genitor alienador*. Tal padrão de conduta restringe-se a: a) denigrir a imagem da pessoa do outro genitor; b) organizar diversas atividades para o dia de visitas, de modo a torná-las desinteressantes ou mesmo inibi-las; c) não comunicar ao outro genitor fatos importantes relacionados à vida dos filhos; d) tomar decisões importantes sobre a vida dos filhos, sem prévia consulta ao outro genitor; e) controlar excessivamente os horários de visitação; f) recordar à criança, com insistência, motivos ou fatos ocorridos pelos quais deverá ficar aborrecida com o outro genitor; g) emitir falsas imputações de abusos sexuais, além de uso de drogas e álcool; h) não permitir que a criança esteja com o progenitor alienado em ocasiões outras que não aquelas prévia e expressamente estipuladas (FONSECA, 2006, p. 166).

Com esse comportamento, a mensagem central dirigida aos filhos é a de que o outro genitor não é mais um membro da família e que *o melhor é esquecê-lo*, ou relega-lo a um lugar secundário na vida dos filhos. Esta manipulação psicológica e profunda distorção dos fatos corroem completamente a relação de afeto entre os filhos e o *genitor alvo*. O *genitor alienante* coloca-se equivocadamente como protetor do filho, violando o princípio de que cada genitor deve favorecer e contribuir para uma relação harmoniosa entre a prole e o outro genitor, sendo tal atitude fundamental para o salutar desenvolvimento psicológico e o equilíbrio emocional dos filhos (FIGUEIREDO, 2017, p. 123).

São inúmeras as condutas direcionadas a dificultar a convivência do *genitor alienado* com seus filhos/as. Porém, tais condutas são potencialmente lesivas à saúde psíquica de quem as sofrem diuturnamente. Estudos demonstram que crianças cujos pais são divorciados podem desenvolver: menor desempenho acadêmico e, mais problemas com relacionamentos sociais do que as crianças cujos pais não se divorciaram (LANSFORD, 2009, p. 141). Nesse sentido, entendemos que o divórcio é um evento traumático, que tem efeitos deletérios severos e duradouros no ajustamento psíquico das crianças (RAMIRES, 2004, p. 184).

Em contrapartida, a amplitude desses efeitos pode ser atenuada se houver

alguma preocupação dos pais com o ajustamento psicológico das crianças durante a fase do divórcio evitando frustrações potenciais no decorrer da mesma (LANSFORD, 2009, p. 141). As conclusões e recomendações têm sempre como objetivo o melhor interesse da criança, visando proteger sua saúde mental e, se possível, a manutenção de um bom relacionamento com ambos os pais, amenizando os efeitos negativos do divórcio (TELLES *et al.*, 2015, p. 513).

Portanto, a atuação do médico psiquiatra, bem como de psicólogos são imprescindíveis tanto para os vulneráveis quanto para os provocadores dessa situação degradante.

### 3 | A SÍNDROME DA ALIENAÇÃO PARENTAL

O excesso da conduta de *alienação parental* provoca potencial lesividade psíquica aos vulneráveis da relação conjugal em desconstrução, isto é, às crianças e adolescentes. Isso ocorre porque elas ainda não possuem a estrutura de ego formada e capaz de lhes proteger.

Conseqüentemente, os danos provocados pela *alienação parental* severa e contínua tende a torna-se evidente por meio da exteriorização comportamental das vítimas de tais agressões psicológicas. Em um estudo destinado a observar tais comportamentos identificou-se padrões comportamentais similares em crianças e/ou adolescentes que sofreram a *alienação parental* em processo de disputa de custódia provocado pelo divórcio não consensual.

Os efeitos danosos dessas agressões psicológicas foram compilados pelo psicólogo norte-americano Richard A. Gardner (1931-2003) que, ainda na década de 80, cunhou o termo *síndrome da alienação parental*. Segundo o criador dessa terminologia, a síndrome consiste em:

um distúrbio da infância que aparece quase exclusivamente no contexto de disputas de custódia de crianças. Sua manifestação preliminar é a campanha denegritória contra um dos genitores, uma campanha feita pela própria criança e que não tenha nenhuma justificação. Resulta da combinação das instruções de um genitor (o que faz a “lavagem cerebral, programação, doutrinação”) e contribuições da própria criança para caluniar o genitor-alvo. (GARDNER, 2003, p. 2)

É pertinente ressaltar que na fase inicial da campanha de *alienação parental* a criança apenas recebe passivamente as induções depreciativas. Em um segundo momento, isto é, em um estágio mais avançado de *alienação parental*, a criança e/ou adolescente sai do polo passivo e passa a atuar ativamente na campanha desmoralizante do genitor alienado.

A diferença entre a *síndrome da alienação parental* e a *alienação parental* consiste no fato de que a aquela nada mais é do que um subtipo desta (GARDNER, 2003, p. 2).

Notadamente, a doutrinação de uma criança através da *síndrome da alienação parental* é uma forma de abuso emocional, porque pode razoavelmente conduzir ao enfraquecimento progressivo da ligação psicológica entre a criança e um genitor amoroso. Em muitos casos pode conduzir à destruição total dessa ligação, com alienação por toda a vida (GARDNER, 2003, p. 2).

Sabemos que uma *síndrome* é entendida no meio acadêmico como um conjunto de sinais e sintomas observáveis em vários processos patológicos diferentes e sem uma causa específica. Em justificativa à terminologia ora em análise, Gardner disserta que:

Nesse distúrbio vemos não somente a programação (“lavagem cerebral”) da criança por um genitor para denegrir o outro, mas também contribuições criadas pela própria criança em apoio à campanha denegritória do genitor alienador contra o genitor alienado. Por causa da contribuição da criança, não considerarei que os termos *lavagem cerebral*, *programação* ou outra palavra equivalente pudessem ser suficientes. Além disso, observei um conjunto de sintomas que aparecem tipicamente juntos, um conjunto que garantiria a designação de *síndrome*. De acordo com isso, introduzi o termo Síndrome de Alienação Parental para abranger a *combinação* desses dois fatores, os quais contribuem para o desenvolvimento da síndrome. (2003, p. 2)

Para Gardner a *síndrome da alienação parental* é caracterizada por um conjunto de sintomas que aparecem na criança geralmente juntos, especialmente nos tipos moderado e severo (2003. p. 3-4). Esses incluem: a) campanha denegritória contra o genitor alienado; b) racionalizações fracas, absurdas ou frívolas para a depreciação; c) falta de ambivalência; d) fenômeno do “pensador independente”; e) apoio automático ao genitor alienador no conflito parental; f) ausência de culpa sobre a crueldade a e/ou a exploração contra o genitor alienado; g) presença de encenações ‘encomendadas’; h) propagação da animosidade aos amigos e/ou à família extensa do genitor alienado.

Na primeira hipótese a criança e/ou adolescente, por si só, exterioriza sentimentos de repulsa contra o *genitor alienado*. Entretanto, quando confrontada com seus sentimentos, e impelida a apresentar os motivos que a levam a odiá-lo, a criança apresenta justificações (racionalizações) fracas, absurdas ou frívolas e, muitas vezes, incoerentes.

A ausência de *ambivalência sentimental* ocorre quando se mantém um padrão retilíneo e contínuo de sentimentos relativos à pessoa do genitor alvo, isto é, sempre com carga negativa. Já o *fenômeno do pensador independente* consiste na evidência de que a tentativa de denegrir a imagem do genitor alvo é um sintoma que costuma manifestar-se aparentemente dissociado de qualquer influência externa. A criança passa a impressão de ser um *pensador independente*, alguém que tem suas próprias convicções e que procura externá-las de forma a tornar pública a má impressão que guarda do *genitor alienado* (FIGUEIREDO, 2017, p. 124).

Além da falta de ambivalência, a criança demonstra, ainda, não sentir culpa ou remorso quando obtém êxito na campanha denegritória. Comporta-se assim porque

torna-se difícil, quando não impossível, a elaboração de sentimentos de culpa.

Outro sintoma de fácil percepção é a presença de situações encenadas, distantes de uma reação espontânea, isto é, a criança é manipulada pelo *genitor alienador* no que tange à noção entre realidade e fantasia. Elas são forçadas a encenar sentimentos e simular reações. Nesses termos, a criança demonstra a maquinação de que é vítima por meio de choro falso, gritaria exagerada, dentre outros comportamentos de repulsa (FIGUEIREDO, 2017, p. 125).

Por fim, todo sentimento de rancor induzido pela prática da conduta de *alienação parental* faz com que a criança opte por transferir os sentimentos negativos aos membros do tronco familiar desse genitor e ao círculo social em que este se encontra inserido. Ademais, pode evoluir com o tempo, para um completo e, via de regra, irreversível afastamento, não apenas do genitor alienado, como também de seus familiares e amigos.

#### 4 | DESORDENS MENTAIS PROVOCADOS PELA SAP

A saúde mental do indivíduo é condição para que se possa ter uma boa e sadia qualidade de vida. Todos os abusos emocionais provocados pela conduta de *alienação parental*, bem como pela *síndrome da alienação parental* produz consequências em maior ou menor grau à sanidade psíquica da criança e/ou adolescente.

São inúmeras as patologias psicológicas decorrentes de um divórcio litigioso. Nessa situação, comportamentos inconsequentes provocam efeitos devastadores que podem perdurar por anos, senão para a vida toda (FIGUEIREDO, 2017; BRITO, 2007; CANEZIN, 2005; RAMIRES, 2004, GARDNER, 2003).

Estudos demonstram que o potencial lesivo da *síndrome da alienação parental* pode gerar na criança e/ou adolescente: depressão crônica, incapacidade de adaptação social, transtornos de identidade e de imagem, desespero, sentimento de isolamento, comportamento hostil, falta de organização, tendência ao uso de álcool e drogas quando adultas e, às vezes, suicídio (LAGO; BANDEIRA, 2009, p. 295).

No início da separação é comum surgir nos adolescentes, dificuldades, preocupações e sintomas. Após a separação, os filhos têm que enfrentar o medo de também serem separados, perder o contato com uma das figuras parentais. O medo de perder o contato com o pai que está indo embora é um dos principais desajustes causado pelo divórcio (SOUZA; NEVES, 2015, p. 25). É comum os filhos sentirem-se mais deprimidos e irritados, podendo apresentar queda no rendimento escolar, problemas de ajustamento e de relacionamento interpessoal (HACK; RAMIRES, 2010, p. 89).

Além disso, a criança pode demonstrar completa amnésia com relação às experiências positivas vividas anteriormente com o genitor que é alvo dos ataques injustos (TELLES *et al.*, 2015, p. 513). Portanto, dependendo do grau de afetação é

possível gerar lacunas emocionais e/ou sentimentais irreparáveis.

Nesse sentido, o sentimento de rancor e amargura podem trazer sérias consequências para o desenvolvimento das crianças, principalmente quando as mesmas são afastadas do convívio do *genitor não-guardião* (LAGO; BANDEIRA, 2009, p. 293). Sem contar nos sentimentos incontroláveis de culpa quando a criança, na fase adulta, constata que foi cúmplice inconsciente de uma grande injustiça ao genitor alienado (TELLES *et al.*, 2015, p. 513).

Todos esses sintomas demonstram a premente necessidade de acompanhamento médico-psicológico. O quanto antes for identificado tais mazelas, maior será a probabilidade de se reverter os danos psíquicos gerados pela *alienação parental* e síndrome da alienação parental (LANSFORD, 2009).

Nesse sentido, a prática indica que, diante dos primeiros sintomas apresentados pelo grupo familiar, faz-se importante uma avaliação e, se recomendado, o encaminhamento e o acompanhamento da família por profissionais de saúde mental, evitando que os danos se alastrem e se cronifiquem (TELLES *et al.*, 2015, p. 514).

É necessário que os psicólogos conheçam a síndrome da alienação parental, a fim de identificar suas características em um processo de disputa judicial e de intervir de forma a amenizar as consequências da mesma (LAGO; BANDEIRA, 2009, p. 294).

Em situações extremas, o genitor alienador aponta falsas acusações de abusos sexuais com o objetivo de utilizar a medida protetiva e o processo judicial como ferramentas de alienação. Assim, em situações de alegações de abuso sexual que envolve a disputa de guarda exige-se do psicólogo uma postura mais crítica e responsável sobre o assunto (LAGO; BANDEIRA, 2009, p. 296).

Ademais, configura ato de *alienação parental* expor os filhos a um contexto de longas disputas judiciais, induzindo-os a rejeitar o genitor que vem sendo difamado e tendo seu acesso restringido ao longo do processo (JESUS; COTTA, 2016, p. 286). Principalmente em casos de falsas acusações de abusos sexuais, pois na maioria dos casos os juízes determinam o afastamento da criança e/ou adolescente do genitor acusado.

Diante da *alienação parental* e da síndrome da alienação parental, é pertinente ainda, realizar entrevistas conjuntas, com todas as partes envolvidas e em todas as combinações possíveis, pois é durante as entrevistas conjuntas que o examinador tem a possibilidade de confrontar as informações e investigar a verdade dos fatos (LAGO; BANDEIRA, 2009, p. 6).

É fundamental a interdisciplinaridade entre os profissionais que se deparam com tais situações no dia a dia. Assim, a partir da intervenção dos profissionais da psiquiatria forense o sistema de Justiça, pouco a pouco, começa a perceber que sem a adoção de ações de cunho interdisciplinar, pouco contribuirá para amenizar os danos que a *alienação parental* produz na vida da criança e do adolescente (TELLES *et al.*, 2015, p. 515).

## 5 | CONCLUSÃO

São inúmeras as condutas direcionadas a dificultar a convivência do *genitor alienado* com seus filhos/ as. Conforme disposto no presente estudo, tais condutas são potencialmente lesivas à saúde psíquica de quem as sofrem diuturnamente.

Apesar de ser aceito pela sociedade contemporânea o divórcio litigioso pode se tornar um ambiente propício para que ocorra *alienação parental* e seus variados desdobramentos negativos, tais como: a *síndrome da alienação parental* e diversos transtornos psicológicos dela decorrente.

A *alienação parental* é uma conduta reprovável que afeta a delicada e frágil relação familiar. Nesse sentido, deve ser constantemente desestimulada por quem a percebe, pois, o convívio saudável com ambos os genitores é direito subjetivo da criança e/ou adolescente.

Em observância ao princípio do melhor interesse da criança e/ou adolescente, bem como a pertinente manutenção do vínculo afetivo entre pais e filhos após o processo de divórcio, é fundamental a interdisciplinaridade entre os profissionais que se deparam com tais situações no dia a dia.

Assim, a intervenção dos profissionais da psiquiatria forense no sistema de justiça em casos que envolvem *alienação parental* contribui para amenizar os danos psicológicos causados, bem como possibilita o saudável desenvolvimento psíquico do menor ainda em processo de formação.

## REFERÊNCIAS

BRITO, Leila Maria Torraca de. Família pós-divórcio: a visão dos filhos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 27 n. 1, p. 32-45, 2007.

CANEZIN, Claudete Carvalho. Da guarda compartilhada em oposição à guarda unilateral. **Revista Brasileira de Direito de Família**. Porto Alegre: IBDEFAN/Síntese, n. 28, p. 24-46, 2005.

CANO, Débora Staub *et al.* As transições familiares do divórcio ao recasamento no contexto brasileiro. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22 n. 2, p. 214-22, 2009.

CARUSO, Igor A. A separação dos amantes. Trad. João Silvério Trevisan. 4. ed. São Paulo. **Cortez Editora**, 1986.

FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Separação: o doloroso processo de dissolução da conjugalidade. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 367-74, 2003.

FIGUEIREDO, Cláudia Roberta Leite Vieira. A ira dos anjos: uma análise psicológica e jurídica da alienação parental. **JURIS**, Rio Grande, v. 27, n. 2, p. 119-38, 2017.

FONSECA, Pricila Maria Pereira Corrêia da. Síndrome de alienação parental. **Revista Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 162-8, 2006.

GARDNER, Richard Alan. *Does DSM-IV have equivalents for the parental alienation syndrome (PAS) diagnosis?* **The American Journal of Family Therapy**, v. 31, p. 1-21, 2003.

HACK, Soraya Maria Pandolfi Koch; RAMIRES, Vera Regina Röhnelt. Adolescência e divórcio parental: continuidades e rupturas dos relacionamentos. **Rev. Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 85-97, 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do registro civil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. v. 42.

JESUS, Jéssica Alves de; COTTA, Manuela Gomes Lopes. Alienação parental e relações escolares: a atuação do psicólogo. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 285-90, maio/ago., 2016.

LAGO, Vivian de Medeiros; BANDEIRA, Denise Ruschel. A psicologia e as demandas atuais do direito de família. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 29, n. 2, p. 290-305, 2009.

LANSFORD, Jennifer E. *Parental divorce and children's adjustment*. **Perspectives on Psychological Science**, v. 4, n. 2, p. 140-52, 2009.

PINHO, Marco Antônio Garcia de. Alienação parental: histórico, estatísticas, projeto de lei 4053/08 & jurisprudência completa. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,alienacao-parental-historico-estatisticas-projeto-de-lei-405308-jurisprudencia-completa,25670.html>>. Acesso em 17/05/2019.

RAMIRES, Vera Regina Röhnelt. As transições familiares: a perspectiva de crianças e pré-adolescentes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 183-93, maio/ago., 2004.

SCHABBEL, Corinna. Relações familiares na separação conjugal: contribuições da mediação. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 7, n. 1, p. 13-20, 2005.

SOUZA, Marjane Bernardy; NEVES, Gabriela Baptista. A separação dos pais e a reação dos filhos adolescentes. **Revista Ciência e Conhecimento**, v. 9, n. 2, p. 20-36, 2015.

TELLES, Lisieux Elaine de Borba, *et al.* O psiquiatra forense frente às demandas dos tribunais de família. **Revista da Faculdade de Medicina**, v. 63, n. 3, p. 511-6, 2015.

## ESTIGMATIZAÇÃO E ARTE: A REPRESENTAÇÃO ARTÍSTICA DA LEPRA EM PINTURAS DE BRUEGEL – O VELHO

**Wenberger Lanza Daniel De Figueiredo**

Universidade Nilton Lins / wenbergerf@gmail.com

**Diego Monteiro de Carvalho**

Fundação Hospital Adriano Jorge / dmdcarvalho@uea.edu.br

**RESUMO:** A lepra é uma doença tropical historicamente conhecida e estigmatizada. Referências à esta condição infecciosa são presentes em textos bíblicos, afrescos, pinturas, poemas e demais representações artísticas, certamente, como reflexo da forte presença da lepra no imaginário popular. Este trabalho teve por objetivo analisar duas pinturas – A luta entre Carnaval e Quaresma e Os Aleijados - feitas pelo artista holandês Pieter Bruegel – O velho, em referência às características e o contexto histórico em que estão inseridas, afim de discutir as inter-relações com o padrão estigmatizante da sociedade em relação às manifestações clínicas da lepra. A metodologia utilizada para analisar a obra foram os preceitos de Kandinsky, assim como a pesquisa do contexto, história do autor e relatos de críticos sobre a composição. Em suma, observa-se a segregação e estigma social provocados pela doença, a qual é evidenciada por marcadores sutis e explícitos, comuns da época, para questionar os valores vigentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** lepra; pinturas; estigma

### ALUTA ENTRE O CARNAVALE E A QUARESMA

Pieter Bruegel, conhecido pela sua habilidade em retratar a realidade de forma crítica mostra no seu quadro "A luta entre o Carnaval e a Quaresma" diversos elementos para representar festival ocorrido no sul da Holanda. No lado esquerdo da pintura vê-se o festival celebrado, e no lado direito religiosos em uma igreja. Este contraste ilustra, na visão do autor a dualidade humana e a luta entre o sagrado e o profano.



Figura 1 - "A batalha entre a Quaresma e o Carnaval"

Fonte: Disponível em: < <https://pt.wahooart.com/@/8LT57A-Pieter-Bruegel-The-Younger-A-batalha-entre-a-Quaresma-eo-Carnaval> > Acesso em: 17 mai. 2019, 00:08

### O PINTOR E SUAS INFLUÊNCIAS

Pieter Bruegel não era de família rica, no entanto, devido às suas origens no catolicismo

se relacionou com o Cardeal Granvelle e pôde conhecer cidades importantes da Europa, principalmente as regiões comerciais emergentes da Itália e Países Baixos, época onde aprofundou seus conhecimentos de pintura, geografia e filosofia, por meio do convívio com variados tipos de pessoas, principalmente geógrafos, cosmógrafos, pintores e impressores, os quais são percebidos em sua arte.

*"Bruegel era católico, gozou nas boas graças de Felipe II, da proteção do "seu todo poderoso ministro", Cardeal Granvelle, este, aliás, aficionado pelas artes, colecionador de livros, esculturas e quadros. Apesar de suas origens modestas, não era um simplório. Suas relações de amizade demonstram-no. Foi amigo de Abraam Ortelius, cosmógrafo do rei. Desde sua viagem à Itália, Bruegel estabeleceu relações com o grande geógrafo Scipio Fabius de Bolonha. Foi amigo de Jérôme Cook (o grande impressor), que editou suas obras pelo menos a partir de 1556". (Baumann, Thereza de B., 1997, p. 73).*

Alguns relatos mostram Bruegel como um homem calmo e observador. Ele é reconhecido por seu olhar detalhista, pela precisão em descrever o cotidiano, e por críticas sociais com um realismo cruel e implacável. Dessa forma, é considerado o maior artista flamengo do século XVI. Ao observarmos a obra "A luta entre carnaval e quaresma", fica claro que a representação artística carrega individualidades culturais, temporais, sociais e pessoais, que podem influenciar a percepção sobre a lepra além de fomentar preconceitos, soma-se a isto, a inexistência de tratamento fora do ambiente sagrado. É possível, inclusive, imaginar, que tais realidades incorreram negativamente na estruturação do diagnóstico etiológico e terapia para esta doença secular, só descobertos em 1973 pelo médico norueguês Gerhard Armauer Hansen e o tratamento à base de antibiótico só foi possível após 1929 com Fleming.

- **A doença**

A lepra é uma das doenças mais conhecidas em todo o mundo, está presente em diversos textos e pinturas ao longo da história. Ela é retratada principalmente por suas feridas, falta de sensibilidade e a perda de membros, assim como os problemas sociais, todos relacionados com a incapacidade física provocada em estágios mais avançados.

É uma doença causada pela *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, uma bactéria com afinidade pelas células da imunidade inata (macrófagos) e células neuronais (células de schwann). Seu contágio é pelo contato direto ou por inalação de secreções respiratórias por um longo período de tempo. A lepra tem uma evolução lenta, está intimamente relacionada com a pobreza e falta de cuidados com a higiene.

Até a descoberta do bacilo de Hansen, quaisquer doenças de pele como psoríase e vitiligo poderiam ser chamadas de lepra devido à dificuldade de diferenciar as causas das patologias. Doenças de caráter deformador eram tratadas utilizando-se de leprosários e vestimentas específicas para afastar o restante da população desses indivíduos.

*“Não há dúvida, desde a alta Idade Média, no século XI, quanto ao extremo rigor de exclusão social a que foram submetidos os doentes leprosos ou suspeitos da doença.” (Botelho, 2009, p. 44).*

Conhecida e temida na Europa já desde a Idade Média a partir dos séculos XII e XIII, devido ao contexto de miséria para a maior parte da população da época, teve uma diminuição considerável de registros na Baixa Idade Média (entre os séculos XIII e XV) sem uma razão clara.

## **METODOLOGIA DA ANÁLISE**

Foram utilizadas análises qualitativas através de técnicas próprias das artes visuais como observação da composição, pesos visuais, centros, eixos, equilíbrios, linhas, tensão dinâmica, a tendência a simplicidade, a relação figura-fundo, o conteúdo, a textura, a forma e a cor para destacar a mensagem presente na obra. As obras destacadas foram: os quadros “Os aleijados” e “A luta entre o carnaval e a quaresma” de Pieter Bruegel do século XVI.

*“O conteúdo das imagens é apreendido pela determinação daqueles princípios subjacentes que revelam a atitude básica de uma nação, de um período, de uma classe social, a crença religiosa ou filosófica, qualificados por uma personalidade e condensados numa obra”. De acordo com Panofsky (1991, p. 52, apud Baumann, Thereza de B., 1997, p. 3)*

## **OS ALEIJADOS**

A presença da lepra no dia a dia de Pieter Bruegel parece ter sido intensa, não à toa também na obra “Os aleijados” nota-se a representação da doença devido ao uso das capas cauda de raposa, utilizadas para sinalizar ou suspeitar da doença, em que se aconselhava manter distância.



Figura 2 - Os Aleijados (1568). Pieter Bruegel. "O Velho". Óleo sobre madeira. 22 x 18 cm.

Na pintura, percebemos a existência de seis pessoas, três mantêm o olhar para o observador, seus rostos mostram dor e possível deficiência mental, cada um é representado com um chapéu diferente para identificar a sua classe social. Dessa forma, vê-se um rei, um guerreiro, um membro do clero, um comerciante e um camponês para representar como a doença atingia a todas as classes sem distinção. Ao fundo, pode-se ver uma freira de costas, afastada e se retirando do local para criticar a posição da igreja ao negligenciar ajuda a essas pessoas que estão em um único grupo, unidas e distantes da sociedade. Uma característica relevante da obra é a utilização das sombras em contraste a tons de ocre, utilizados para dar sensação de tristeza devido ao efeito da doença sobre a pessoa.

- **O quadro A luta entre carnaval e quaresma**

A doença é retratada em uma zona isolada no quadrante superior esquerdo do quadro há um total de 6 pessoas com características semelhantes ao quadro “Os aleijados” citado anteriormente. Evidencia-se a utilização de órteses artesanais feitas de madeira, houve a utilização de tintas com tendência ao ocre e a mistura com sombras onde esses indivíduos estão localizados. É nítida a feição de diminuição intelectual e sofrimento. As vestimentas demonstram que anteriormente ao desenvolvimento da doença essas pessoas possivelmente eram comerciantes e camponeses devido aos chapéus comuns em representações dessas classes sociais.

Ademais, aqui também observamos a utilização das capas cauda de raposa, o restante da população deveria se afastar para evitar adquirir a doença. A separação social é reforçada ao evidenciar a falta de olhares dos outros cidadãos que passam ao redor talvez para demonstrar o descaso da população quanto aos doentes. Os leprosos são evidenciados como um grupo a parte de pedintes, separados do restante do quadro, não podendo ser encaixados como trabalhadores, religiosos ou mesmo ao profano e alegre.

É importante salientar que talvez os aleijados sejam parte de uma composição maior, uma metáfora à figura do louco, localizada no centro do quadro próximo a fonte e conceito do humanismo da época devido a dualidade entre as ideias do profano e o sagrado.

*“Desse modo, os signos aí representados partilham ou comunicam ao louco o seu próprio poder simbólico: do lado esquerdo, por exemplo, os mendigos, os aleijados, os leprosos, e adiante o selvagem (na farsa do Urso e Valentim), constituem uma metáfora da fragilidade, da degradação moral e física do ser humano, dos seus vícios e fraquezas e que correspondem à uma das faces do louco, a essa figura, como disse Klein, cuja ambivalence en quelque sorte est constitutionnelle, expressa, inclusive, nas cores de sua própria indumentária, dividida, verticalmente: vermelha*

A percepção da doença no quadro pode ser analisada também pela diferença de centros retratada nos quadrantes inferior esquerdo, inferior direito e superior direito onde são destacados o carnaval, os religiosos e os trabalhadores, respectivamente, dali, foram distribuídos os outros componentes em seus eixos, distanciando ainda mais os aleijados. Há um peso visual maior devido ao uso exacerbado de sombras e cores tristes na área em que os leprosos são retratados reforçando a ideia da degradação psíquica da doença.

## CONCLUSÃO

Bruegel parece retratar a lepra como símbolo da degradação física e psicológica do indivíduo, associada à extrema pobreza, além de destacar aparentemente de maneira depreciativa, deficientes físicos e mentais, unidos em franca separação da sociedade circundante - marcadamente na tela "A luta entre o Carnaval e a Quaresma". Ademais, elementos visuais como as capas de cauda de raposa destacam o portador da moléstia, alertando a todos sobre a manutenção da distância para evitar o contágio. A doença surge como o contraponto do ser religioso, do ser feliz, ou mesmo da virtude; vê-se ainda a destruição social pela marginalização, assim como a degeneração do indivíduo a partir do uso de sombras para salientar o desconhecido por trás dessa enfermidade.

## REFERÊNCIAS

**A Batalha entre o Carnaval e a Quaresma – Bruegel**, Instituto Poimênica. Disponível em: <https://institutopoimenica.com/2015/02/19/a-batalha-entre-o-carnaval-e-a-quaresma-bruegel/>; Acesso em: 15 nov. 2018.

**"A batalha entre a Quaresma e o Carnaval"** Disponível em: < <https://pt.wahooart.com/@/8LT57A-Pieter-Bruegel-The-Younger-A-batalha-entre-a-Quaresma-eo-Carnaval>> Acesso em: 17 mai. 2019, 00:08

**A Luta Ou Batalha Entre Carnaval E Quaresma, Pieter Bruegel, O Velho**. Disponível em: <https://www.historiadasartes.com/sala-dos-professores/a-luta-ou-batalha-entre-carnaval-e-quaresma-de-pieter-bruegel-o-velho/>. Acesso em: 15 nov. 2018. 12fevereiro 2018.

BAUMANN, Thereza de B., **Da iconografia, da loucura, da história**, Revista de história regional, 1997, n. 2,

BOTELHO, João Bosco. **Epidemias – a humanidade contra o medo da morte**. Manaus: Editora Valer, 2009.

GODINHO, Breno Vianey Pinto et al. **Hanseníase: revisão de literatura**. Vol.9,n.1,pp.49-53 (Dez 2014 - Fev 2015). Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR

GRUMAN, M. **Caminhos da cidadania cultural: o ensino de artes no Brasil.** *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil, n. 45, p. 199-211, jul/set. 2012. Editora UFPR

VIANA, Renata Calheiros. **Os Aleijados (1568). Pieter Bruegel. "O Velho". Óleo sobre madeira. 22 x 18 cm.** Disponível em: <<http://medicineisart.blogspot.com/2010/10/os-aleijados-pieter-bruegel.html>>. Acesso em: 16 mai. 2019, 23:47

## UP, ALTAS AVENTURAS E O ENVELHECIMENTO ATIVO

### **Luis Eduardo Gloss de Moraes Marquardt**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul -  
UFMS, Campus Três Lagoas  
Três Lagoas - MS

### **Anelise Côbo Prata**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul -  
UFMS, Campus Três Lagoas  
Três Lagoas - MS

### **Caroline Gabriela Xavier Ferreira**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul -  
UFMS, Campus Três Lagoas  
Três Lagoas - MS

### **Ellen Moreira Cordeiro**

Universidade Federal de Jataí - UFJ  
Jataí - GO

### **Fernando Sugimoto**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul -  
UFMS, Campus Três Lagoas  
Três Lagoas - MS

### **Adailson da Silva Moreira**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,  
Campus Três Lagoas  
Três Lagoas - MS

**RESUMO:** O envelhecimento ativo é caracterizado por ser um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida no envelhecimento. O presente trabalho foi realizado por meio da

metodologia qualitativa (estudo de caso), sendo realizada uma análise do filme *Up, Altas Aventuras*, no que se refere ao envelhecimento ativo, à autonomia, às relações interpessoais, à solidão e ao *delirium* e sua relação com o idoso. Para tal, foram realizadas pesquisas bibliográficas em livros, artigos e periódicos de bases científicas. Conclui-se com isso que o processo de envelhecimento é ainda muito estigmatizado na sociedade, de modo que os idosos ainda são desvalorizados, e que o bem-estar físico é diretamente dependente do bem-estar psíquico dos idosos, sendo necessários maiores cuidados nessa fase da vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Envelhecimento; Senescência; Filme; Qualidade de vida.

### UP AND ACTIVE AGEING

**ABSTRACT:** The active ageing is characterized by being a process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to improve the quality of life in ageing. This work was carried out by means of qualitative methodology (case study), being made an analysis of the movie *Up*, regarding to active ageing, autonomy, interpersonal relationships, loneliness and delirium and its relationship with the elderly. To this end, there were carried out bibliographic researches in books, articles and journals of scientific basis. Concludes from this,

that the ageing process is still very stigmatized in society, so the elderlies are still undervalued, and that the physical well-being is directly dependent on the psychic welfare of elderlies, requiring greater cares in this phase of life.

**KEYWORDS:** Ageing; Senescence; Movie; Quality of life.

## 1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, ocorrendo tanto em países desenvolvidos quanto naqueles que ainda estão se desenvolvendo. Tal situação é considerada como um sucesso de desenvolvimento, uma vez que atesta as melhorias nas condições de vida. Esse aumento é tanto que, em 2012 o número de pessoas com 60 anos ou mais foi 11,5% do total populacional do mundo, totalizando 810 milhões. Já a projeção para 2050 é um aumento de 100% nesse número, atingindo 2 bilhões de pessoas, ou 22% do total. No cenário nacional o reflexo é o mesmo, chegando a 23,5 milhões de habitantes idosos (BRASIL, 2017). Estamos, de modo geral, envelhecendo e ainda não compreendemos em profundidade e amplitude esta etapa do ciclo vital humano.

O processo de envelhecimento repercute nas diferentes esferas da estrutura social, política, econômica e cultural da sociedade. Isso, porque o indivíduo não deixará de ser parte da sociedade com a velhice; além de influenciar e receber influências do meio em que está inserido. De modo que esse grupo social requer modificações na organização da sociedade para melhor atendê-los (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002).

Sendo assim, é nosso objetivo com esse trabalho abordar a questão do envelhecimento ativo por meio do *estudo de caso*, a partir de uma abordagem qualitativa, que se caracteriza pelo estudo de uma unidade, um objeto de interesse delimitado. Esse objeto individualizado pode ser o estudo de uma patologia específica, de eventos, processos, organizações, grupos, comunidades ou indivíduos (VENTURA, 2007, p. 384) ou mesmo um filme.

A linguagem cinematográfica tem o dom de condensar em imagens uma grande quantidade de narrativas representativas da experiência humana, comunicando diferentes códigos e elementos como luz, som, música, fala, texto, etc., "... o cinema tem a seu dispor infinitas possibilidades de produzir significados" (BOTTI; COTA, 2011, p. 316). E apresenta esses significados, tanto na forma de histórias reais como das ficcionais, que não foram inspiradas em nenhum caso real, mas poderia sê-lo, uma vez que a ficção busca suas fontes na própria vida.

O tema do *envelhecimento ativo* ganha projeção atualmente em todo o mundo, porque parcela significativa da população está chegando até esta etapa adiantada da vida. Este tema também chegou aos cinemas; e dentre as inúmeras produções dos últimos anos, optamos por analisar o desenho animado *Up, altas aventuras*, uma

produção de 2009, em que o envelhecimento é mostrado de forma lúdica, com o personagem sr. Carl Fredricksen, idoso e recém viúvo, saindo em uma aventura com o menino Russel numa casa voadora sustentada por balões. Nesta jornada chegam ao *Paraíso das Cachoeiras*, e lá encontram Dug, um cachorro com uma coleira que o permite falar, juntos passarão por alguns desafios, e confrontos com o malvado explorador Charles Muntz, o qual deseja capturar uma ave rara existente neste lugar especial.

Com este estudo de caso ficcional pretendemos identificar e compreender os empecilhos ligados ao envelhecimento ativo, a extensão das perdas acarretadas pela velhice, os prejuízos ligados às restrições sociais, os danos provocados pela diminuição da autonomia pessoal e as intercorrências relacionadas ao isolamento social e à solidão. Mas, antes de adentrarmos a essas temáticas, precisamos compreender o processo de envelhecimento e suas repercussões sociais.

## 2 | ENVELHECIMENTO ATIVO

Nos últimos anos cientistas, médicos e outros profissionais de saúde têm empreendido enormes esforços para compreender o processo de envelhecimento, que resultou no conceito de *envelhecimento ativo* e tem sido determinante para a elaboração de políticas públicas direcionadas às pessoas em fase de envelhecimento.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, dinâmico e inerente a todo ser vivo, faz parte do ciclo vital e implica decadência física, de modo que nenhuma velhice é isenta de limitações e resistências (NÉRI; CACHIONI, 1999). Contudo, situações incapacitantes decorrentes do envelhecimento podem ser prevenidas ou retardadas, por meio de intervenções sociais, econômicas e ambientais (BRASIL, 1996).

Envelhecer é inexorável para aqueles que não morrem cedo. Contudo, a cada dia ganha mais consistência a ideia de que, embora inevitável, podemos dirigir nosso próprio processo de envelhecimento com o desenvolvimento de hábitos, costumes e visão de mundo mais saudáveis, de modo a se prevenir doenças e mal-estares advindos de hábitos inadequados. É nesse contexto que surgiu o conceito de envelhecimento ativo.

Essa nova visão busca aliar o envelhecimento à qualidade de vida, ou seja, como a senescência é um processo inevitável, é preferível amenizar seus impactos negativos e garantir que o indivíduo tenha autonomia e independência, com boa saúde física e mental (ASSIS, 2005), enquanto isso for possível.

Nesse contexto, a autonomia, quando viável, garante que o idoso tenha a capacidade de praticar atividades sem a ajuda de outra pessoa, além de possuir liberdade para tomar decisões. Todavia, autonomia e independência não estão necessariamente relacionadas, como é o caso de pessoas que apresentam

demências, e podem ser independentes, embora não autônomas. E há também indivíduos autônomos e dependentes fisicamente, como nos casos daqueles com sequelas de doenças em que não há alterações cognitivas, e sim motoras (FERREIRA *et al.*, 2012).

Como a velhice se caracteriza pela condição de incapacidade progressiva, é importante que o meio social esteja atento às condições dessas pessoas, entendendo que mesmo que haja incapacidade (total ou parcial, temporária ou permanente, etc.), ainda assim elas possuem desejos, vontades e necessidades específicas. O respeito a essas condições também pode ser entendido como qualidade de vida, apesar de depender de diversos elementos que influenciam o curso desse processo.

Os principais fatores determinantes do envelhecimento ativo envolvem os indivíduos, as famílias e os governos. No filme é possível ver a participação da comunidade por meio do garoto Russell, que se preocupa com o Sr. Fredricksen e tenta estimulá-lo a participar mais da vida em sociedade. Em contraste, há o Estado, que dirige seus esforços para institucionalizá-lo em vez de criar condições para deixá-lo em sua casa, o que demonstra um desestímulo à independência e autonomia do idoso.

Os fatores determinantes transversais incluem cultura e gênero. De modo que é de suma importância entender a influência da cultura e sua relação com o envelhecimento ativo, levando em consideração que sociedades que tendem a atribuir sintomas de doenças à senescência têm menor probabilidade de oferecer serviços de prevenção, detecção precoce e tratamento apropriado. Além disso, há a influência em relação ao gênero, uma vez que, normalmente, as mulheres ocupam papel como cuidadoras da família, não possuindo renda própria e tendo sido prejudicadas no acesso à educação e aos serviços de saúde. Em contrapartida, os homens são mais sensíveis a lesões incapacitantes ou morte devido à violência, aos riscos ocupacionais e ao suicídio; além de apresentarem alguns comportamentos de maior risco como fumar, consumir bebidas alcoólicas e drogas e sujeitar-se desnecessariamente ao risco de lesões (OMS, 2016).

Os sistemas de saúde também são fatores determinantes e, por isso, devem estar preparados para o aumento da expectativa de vida, buscando a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o acesso a serviços de qualidade para todos. Para isso, o modelo de serviço de saúde deve sofrer modificações para conseguir suportar a nova demanda que o envelhecimento da população carrega consigo. De modo que o foco na atenção secundária e terciária deve passar para a primária, uma vez que é nela que se concentra a maior parte dos cuidados e da prevenção de saúde (OMS, 2001).

A saúde mental enquadra-se nos fatores determinantes relacionados ao serviço social, merecendo destaque devido aos altos índices de suicídio e doenças mentais entre idosos; visto que essas doenças aumentam a probabilidade do desenvolvimento de incapacidade funcional. Parte dos transtornos pode ser controlada por meio do

uso de medicamentos ou junto com outras formas de terapia (ANDRADE *et al.*, 2010).

Há um mito na sociedade de que nos últimos anos de vida é tarde para adotar hábitos saudáveis. Essa ideia é limitante e errônea, uma vez que a prática de exercícios físicos, alimentação saudável, privação do fumo e do álcool e uso correto de medicação melhoram a qualidade de vida do idoso e sua longevidade, mesmo que ele não tenha feito isso ao longo de sua vida. Isso ocorre, por que os fatores comportamentais são determinantes para o envelhecimento ativo (ASSIS, 2005).

Agenética é outro fator muito influente no processo de envelhecimento. Baseando-se no fato de que a velhice é um conjunto de processos geneticamente determinados, a longevidade pode estar relacionada a doenças crônicas como diabetes, doenças cardíacas, alguns tipos câncer e ao mal de Alzheimer, dentre outras. Todavia, vale destacar que a trajetória saúde e doença de um indivíduo por toda a vida é resultado, além da combinação genética, de fatores ambientais e de estilo de vida (KIIKWOOD, 1996).

Os fatores psicológicos são igualmente determinantes quando se fala em envelhecimento ativo, incluindo a inteligência e a capacidade cognitiva. Naturalmente, com a velhice, a capacidade cognitiva tende a diminuir, porém, alguns fatores potencializam ainda mais essa perda, como o desuso, doenças, fatores comportamentais, psicológicos e sociais (CHARCHAT-FICHMAN *et al.*, 2005).

O ambiente é um fator muito importante, pois ele tem a capacidade de facilitar o acesso do idoso ou isolá-lo. As moradias devem ter uma estrutura a fim de evitar lesões decorrentes de quedas e de outros acidentes; devendo ser utilizados tapetes emborrachados (ou não usá-los), corrimão nas escadas, alças de apoio no banheiro, etc. (BRASIL, 2006).

Nos fatores determinantes relacionados ao ambiente social, destaca-se o apoio de pessoas no entorno (parentes ou não), responsáveis por ajudar o idoso a lidar melhor com os problemas da idade e também a melhorar a saúde física e mental. As pessoas idosas são mais vulneráveis à solidão e ao isolamento social, uma vez que já perderam muitos parentes e amigos. Ainda há um fator muito preocupante que é a fragilidade em relação a crimes, como furtos, estelionatos e agressões. Nesse contexto, os crimes contra idosos são muitas vezes praticados por pessoas próximas a eles – membros da família ou acompanhantes – e os maus tratos incluem abuso físico, sexual, psicológico e financeiro. Como as denúncias não são frequentes, os idosos são obrigados a conviver com seus agressores e com a continuidade das agressões (MINAYO, 2003).

Envelhecer, tanto para o indivíduo como para a sociedade, requer reflexão e planejamento; as mudanças e adaptações são de várias ordens: saúde, ocupação, moradia, locomoção, etc. Estratégias precisam ser implementadas com antecedência, para não se correr o risco de deixar parte considerável da população sem proteção e amparo social.

O Brasil foi um dos pioneiros na América Latina a iniciar um programa

assistencial para sua população. No que se refere ao idoso, desde os anos 60 já há uma movimentação para o amparo desses indivíduos, principalmente após a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (em 1961). O Serviço Social do Comércio (Sesc) da cidade de São Paulo também foi de suma importância pois, apesar de não ser uma instituição voltada para o atendimento asilar, começou a prestar serviços assistenciais a idosos, como os centros de convivência, que visam a promoção da sociabilidade entre os indivíduos da mesma geração (CAMARANO, PASINATO 2004).

Na Constituição Federal de 1988, os idosos começaram a ter destaque frente às Políticas Públicas nacionais. Nela, os idosos têm como direitos a vida, a igualdade, a cidadania, a dignidade humana, a previdência e assistência social.

Em 1994 se legitimou a Política Nacional do Idoso (lei n. 8.842, regulamentada pelo decreto n. 1.948/96), que tem como finalidade assegurar os direitos sociais do idoso e promover autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Por fim, o Estatuto do Idoso (lei n. 10.741) entrou em vigor em 2003, visando o bem-estar dos idosos e assegurando a garantia de direitos fundamentais.

Santos e Silva nos lembram que:

As políticas públicas trazem a descentralização das responsabilidades e a participação social no enfrentamento das necessidades geradas pelo envelhecimento, havendo, assim, uma redistribuição de papéis, tornando a família, a sociedade, a comunidade e o Estado responsáveis pela assistência à pessoa idosa, inclusive nas situações de dependência. (2013, p. 368-9)

### 3 | DISCUTINDO O ENVELHECIMENTO

A partir desta história de ficção foi possível identificar quatro categorias de análise, a partir das quais discutiremos o envelhecimento; são elas: institucionalização e as relações interpessoais, a autonomia, a solidão e a fantasia; essas categorias presentes no filme, são também facilmente detectáveis na vida real, porque fazem parte da condição humana, além de serem elementos inerentes à maneira como a cultura ocidental concebe o envelhecimento.

O envelhecimento implica na diminuição progressiva das capacidades físicas, acarretando a necessidade de cuidados cada vez mais presentes. Tradicionalmente essa função essencial sempre foi de responsabilidade da família, mais especificamente das mulheres da família, porque eram as que ficavam em casa.

Atualmente, com o ingresso das mulheres no mercado de trabalho, esta possibilidade está se extinguindo, já que todas as pessoas adultas da família acabam possuindo atividades estudantis e/ou profissionais fora de casa durante grande parte do dia. Além disso, as famílias diminuíram muito o número de filhos e a figura dos agregados praticamente não existe mais.

Com isso, envelhecimento apresenta a difícil questão da institucionalização para

uma cultura tão passional como a brasileira (latina), calcada na estrutura da velha família patriarcal, e tendo as responsabilidades de cuidados parentais intrínsecos aos vínculos afetivos (ALCÂNTARA, 2009, p. 21). Desse modo a ideia de se colocar um ente idoso em uma ILPI (Instituição de Longa Permanência de Idoso) pode parecer, à primeira vista, como uma grande infração aos deveres parentais e ao sentimento de família.

Por outro lado, questões financeiras acabam se apresentando para a manutenção de um idoso, seja morando com a família, seja sozinho. “Na maioria dos casos, a situação financeira é a causa imediata que leva a família a institucionalizar o parente, decisão está geralmente dolorosa para ambas as partes” (ALCÂNTARA, 2009, p. 42).

Do ponto de vista da sociedade/família, asilar o idoso resolve o problema, já que este terá os cuidados de que necessita; além da atenção profissional especializada permanente. Porém, do ponto de vista do indivíduo idoso, esta decisão pode significar o fim de sua vida social e a ruptura, ou pelo menos a diminuição drástica, das relações interpessoais. Pode significar uma espécie de exílio no fim da vida, uma fase já decidida por natureza.

O envelhecimento, por seu caráter de incapacitação progressiva, acaba também por restringir gradativamente as relações interpessoais do indivíduo, que cada vez se retira mais do mundo externo, muitas vezes ficando limitado aos membros da família ou da instituição asilar que o abriga.

As relações sociais têm sido associadas como um dos fatores que influenciam diretamente no envelhecimento saudável, de modo que idosos satisfeitos com suas relações pessoais, com o apoio recebido por amigos e que possuem rede favorável de suporte social apresentam melhor percepção de sua qualidade de vida (DIAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2013).

Embora o ambiente familiar seja extremamente enriquecedor para a convivência do idoso, algumas desestruturações como separação/divórcio e dificuldades financeiras podem diminuir a capacidade de suporte familiar determinando o asilamento. Também, não se deve esquecer que alguns idosos simplesmente não têm núcleo familiar, sendo obrigados a viverem sozinhos, enquanto isso for possível. “O fato de morar só, para o idoso, tem sido associado a um decréscimo na qualidade de vida e a um agravamento da morbidade, constituindo, até mesmo, um indicador de risco de mortalidade” (DIAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2013, p. 129).

No filme, após Carl perder sua esposa, ele se encontra sozinho, tornando-se um idoso isolado, triste e rancoroso. Contudo, após conhecer Russell e, juntos viverem a aventura em busca do *Paraíso das Cachoeiras*, ele se torna mais ativo, feliz e realizado; evidenciando a importância das relações sociais para que o envelhecimento ocorra de forma saudável.

Quando falamos da possibilidade de asilamento e/ou permanência do idoso em casa, seja sozinho ou com a família, estamos nos referindo também à capacidade da autonomia, a qual é responsável por gerir a vida e os interesses pessoais.

No filme, a autonomia de Carl é evidenciada desde o início, uma vez que ele mora sozinho e realiza todas as suas atividades de maneira independente; além de se recusar a ir para uma instituição asilar.

O indivíduo autônomo é definido como aquele capaz de responsabilizar-se por suas próprias decisões, realizando-as de maneira lúcida e plena, independentemente da faixa etária na qual se encontra (PASCHOAL, 2002). De tal modo que a permanência da autonomia em idades avançadas contribui para que o processo de envelhecimento ocorra com a promoção de bem-estar físico, mental e social.

No filme, foi possível observar que o personagem principal tenta de todas as formas manter a sua autonomia, impedindo que as decisões a respeito do seu futuro sejam tomadas por outras pessoas, como na cena em que ele enche sua casa de balões, fazendo-a voar; evitando, assim, a sua mudança para uma instituição asilar.

Nessa perspectiva, a autonomia se apresenta como característica fundamental para a manutenção da sua qualidade de vida, levando em consideração que eles sentem-se mais valorizados e reconhecidos em seu seio familiar quando possuem um maior grau de independência, passando a ser protagonistas de sua própria vida e possibilitando uma maior interação com o meio no qual estão inseridos (FLORES *et al.*, 2010; SANTOS, 2015).

É importante considerar também que a qualidade de vida relaciona-se diretamente com a saúde, conceito definido pela Organização Mundial da Saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Sendo possível depreender que um idoso saudável é aquele que além de apresentar pouca ou nenhuma enfermidade, é também independente do ponto de vista funcional, sendo capaz de executar funções e atividades relacionadas à vida diária (FERREIRA *et al.*, 2012).

A obra cinematográfica usada como referência constata tal situação, uma vez que o protagonista continua realizando seus afazeres diários e mantendo a sua autonomia; evidenciando que essa conjuntura proporciona uma maior qualidade de vida.

Outro elemento importante para ser abordado é a solidão, que afeta principalmente, idosos, uma vez que esta é uma fase que apresenta fragilidades tanto físicas quanto psicológicas. Além disso, dentro do contexto psicológico, a saúde mental merece destaque, já que a solidão pode promover um ambiente propício para o surgimento de diversos transtornos mentais, como depressão, angústia e ansiedade, dentre outros.

Nesse mesmo contexto, pode-se afirmar que a solidão é um sentimento que consiste no isolamento emocional que resulta do retraimento social ou da perda ou inexistência de laços íntimos (WEIS, 1957). Os idosos podem ter uma extensa rede de convívio e, ao mesmo tempo, sentirem-se sós, caso esta não corresponda às suas necessidades. (FREITAS, 2011).

A palavra depressão deriva do latim *depremere*, e significa pressionar para

baixo. Descrita pelos leigos como uma tristeza profunda, esta patologia ainda é pouco compreendida pela sociedade e por muitas vezes confundida com a solidão. A depressão é muito mais do que se sentir triste, pois é considerada um tipo de distúrbio mental que afeta o humor e prejudica o funcionamento físico, mental e social (BECK, 2011; PENNINX *et al.*, 2000).

As várias causas de depressão nos idosos são decorrentes das alterações biológicas, psicológicas, cognitivas, comportamentais e sociais próprias do processo de envelhecimento normal. A depressão apresenta fatores de risco associados: fatores sócio-demográficos – ruralidade, estado civil, status socioeconômico, psicossociais – acontecimentos de vida, rede social, apoio familiar, e a própria saúde - doenças incapacitantes e deficiências (VAZ, 2009).

No filme é possível observar o luto, a solidão e o isolamento social do Sr. Fredricksen após o falecimento de Ellie, sua esposa. Como não tiveram filhos, ele sente-se muito solitário, e não recebe nenhum tipo de ajuda para criar qualquer condição socializante.

Sonhos e fantasias estão ligados a capacidade de abstração que, apesar de ser mais evidente na infância, contribui para a homeostase psíquica do indivíduo adulto. No filme, fica nítido que realizar a fantasia foi a forma que o protagonista encontrou para modificar uma realidade que não lhe agradava mais e juntamente com o jovem Russel explorar novas perspectivas. A fantasia juntamente com os fatos concretos quando submetidos a subjetividade do indivíduo dão origem a realidade.

#### 4 | CONCLUSÃO

Com o presente trabalho pôde-se avaliar como os hábitos de vida e fatores sociais influenciam diretamente na vida de uma pessoa e, assim, em como ela irá envelhecer. O bem-estar psíquico reflete também no bem-estar físico, de modo que o equilíbrio, em conjunto, determinará a saúde.

Envelhecer não é encarado como algo bom pelos indivíduos em geral, sendo um processo estigmatizado pelas dificuldades que o idoso passa a encontrar com a diminuição das suas capacidades cotidianas. Foi possível compreender que a senescência é natural, sendo a senilidade, em sua definição, patológica, e algo que ocorre quando o processo de envelhecimento está deturpado. Isso, como constatado, pode ocorrer devido à desestruturação da própria família do idoso para atender às suas demandas; pela diminuição da sua autonomia, ficando à mercê de vontades alheias e, também, devido à solidão, sendo por abandono ou não, que pode desencadear estresse e depressão.

Assim, discutiu-se aqui os caminhos para que o envelhecimento possa ser de qualidade e, ao mesmo tempo, o que atrapalha ou dificulta essas vias. Desse modo, este estudo de caso permite a análise de como esse processo em si é complexo e

envolve diversas variáveis, colocando em foco o indivíduo idoso, inúmeras vezes marginalizado. É de suma importância esse enfoque, visto que permite compreender melhor uma fase da vida pela qual a sociedade busca que possa ter cada vez mais anos, com os avanços medicinais. Como moral da história do filme, há o Sr. Fredricksen que, apesar de solitário e já amargurado, recusou-se a abandonar a sua autonomia e continuou tentando manter como hábito suas atividades e vontades, encontrando nisso, ao final, sua própria felicidade, compartilhada com seu novo amigo, Russell. Adaptando-se à vida fora do cinema, é possível que vários senhores Fredricksen encontrem no envelhecimento ativo uma forma de manter a qualidade de vida e, então, a felicidade.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003: **dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Disponível em <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10741.htm)>. Acesso em 22 fev. 2017a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994: **dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm)>. Acesso em 06 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS. **Pessoa idosa: dados estatísticos**. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos>>. Acesso em 21 fev. 2017b.

ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. 2. ed. Campinas-SP: Alínea, 2009. (Coleção velhice e sociedade)

ANDRADE, F. B. *et al.* **Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 129-36, jan./mar. 2010.

ASSIS, M. **Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos**. Revista APS, v. 8, n. 1, p. 15-24, jan./jun. 2005.

BECK, A.; ALFORD, A. **Depressão causas e tratamento** 2. ed. Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BOTTI, N. C. L.; COTA, F. V. H. **Cinema e psiquiatria: filmes para o estudo do autismo**. Rev. Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v. 1, n. 3, p. 313-23, jul./set. 2011.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano de ação integrada para o desenvolvimento da política nacional do idoso**. Brasília, 1996.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CHARCHAT-FICHMAN, H. *et al.* **Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento**. Rev. Bras. Psiquiatr., v. 27, n. 12, p. 79-82, 2005.

- DIAS, D. S. G.; CARVALHO, C. S.; ARAÚJO, C. V. **Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 127-138, 2013.
- FERREIRA, O. G. L. *et al.* **Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional.** Texto Contexto Enferm., Florianópolis-SC, v. 21, n. 3, p. 513-8, jul./set. 2012.
- FLORES G. C., *et al.* **Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre-RS, v. 31, n. 3, p. 467-74, set. 2010.
- MINAYO, M. C. S. **Violência contra idosos: relevância para um velho problema.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, maio/jun. 2003.
- NÉRI, A. L.; ACHIONI, M. **Velhice bem-sucedida e educação.** In: A. L. NÉRI; G. G. DEBERT. Velhice e sociedade. São Paulo: Papirus, 1999. p. 113-140
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento\\_ativo\\_idoso.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo_idoso.pdf)>. Acesso em 31 jun. 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Innovative care for chronic conditions.** Meeting Report, 30-31, Genebra, maio 2001.
- PASCHOAL, S. M. P. **Autonomia e independência.** In: NETO, P. M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002 p. 3-12.
- PENNINX, B. W., *et al.* **Changes in depression and physical decline in older adults: a longitudinal perspective.** Journal of Affective Disorders, 61, p. 1–12, 2000.
- SANTOS, C. R. A. **O fortalecimento da autonomia no processo de envelhecimento: protagonismo da pessoa idosa.** Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo6/o-fortalecimento-da-autonomia-no-processo-de-envelhecimento-protagonismo-da-pessoa-idosa.pdf>>. Acesso em 01 ago. 2016.
- SANTOS, N. F.; SILVA, M. R. F. **As políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice.** Rev. FSA, Teresina, v. 10, n. 2, p. 358-71, abr./jun. 2013.
- SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. **A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais.** Ciências & Saúde Coletiva, v. 7, n. 4, p. 899-906, 2002.
- UP, altas aventuras.** Direção: Pete Docter, Bob Peterson. EUA. Disney/Buena Vista. 2009, DVD (95 min).
- VAZ, S. F. **A depressão no idoso institucionalizado:** estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança. 2009. Tese (Mestrado em Psicologia do Idoso): Universidade do Porto, Portugal.
- VENTURA, M. M. **O estudo de caso como modalidade de pesquisa.** Rev. SOCERJ, v. 20, n. 5, p. 383-86, 2007.

## ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL PARA PREVENÇÃO DA OCORRÊNCIA E RECIDIVA DE UROLITÍASE

**Priscylla Tavares Almeida**

Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN)  
Juazeiro do Norte- CE

**Maria Auxiliadora Macêdo Callou**

Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN)  
Juazeiro do Norte- CE

**RESUMO:** A litíase urinária é uma condição patológica de fenômeno multifatorial resultante da formação de cristais sólidos endurecidos em razão da concentração de substâncias normalmente excretadas na urina, tais como cálcio, o oxalato e o ácido úrico, que podem acometer qualquer parte da via urinária. Assim, objetivou-se revisar e analisar o impacto das medidas preventivas no âmbito nutricional que possam repercutir a fim de diminuir a incidência e recidiva de litíase renal. Trata-se de uma revisão sistemática a cerca das recomendações nutricionais para prevenção e recidiva de urolitíase realizada na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PUBMED), na Literatura Latino- Americana e do Caribe (LILACS) E na Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando os termos: prevenção, urolitíase e dieta renal. A seleção respeitou os critérios de inclusão/ exclusão previamente elencados. Foram selecionados 22 artigos, dentre eles 10 cumpriram aos requisitos. Os estudos

mostram que às modificações dietéticas e incentivas à alimentação equilibrada diminuem a prevalência de cálculos urinários e apresenta papel importante na prevenção, pois atenua o desenvolvimento de morbidades que são determinantes para altas taxas de nefrolitíase. Portanto, alimentação e ingestão de água adequadas é fundamental para o controle da prevenção da litíase renal, bem como a redução nos índices de recidiva, com isso cabe aos profissionais da saúde, em especial o nutricionista, nortear de maneira individualizada, respeitando os hábitos alimentares e levando em consideração o distúrbio metabólico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dieta; Litíase urinária; Prevenção.

### NUTRITIONAL ADVICE FOR PREVENTION OF OCCURRENCE AND RECURRENCE OF UROLITÍASE

**ABSTRACT:** Urinary lithiasis is a pathological condition of multifactorial phenomena resulting from the formation of hardened solid crystals due to the concentration of substances normally excreted in the urine, such as calcium, oxalate and uric acid, which can cause any part of the urinary tract. Thus, the objective was to review and analyze the impact of preventive measures in the nutritional scope that may have repercussions in order to reduce the incidence and relapse of renal lithiasis. This is a systematic

review of the nutritional recommendations for the prevention and recurrence of urolithiasis performed in the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE / PUBMED), in Latin American and Caribbean Literature (LILACS), and in the Scientific Electronic Library Online (SciELO), using the terms: prevention, urolithiasis and renal diet. The selection met the inclusion / exclusion criteria previously listed. Twenty-two articles were selected, among which 10 fulfilled the requirements. Studies show that dietary modifications and incentives to a balanced diet reduce the prevalence of urinary calculi and play an important role in prevention, as it attenuates the development of morbidities that are determinant for high rates of nephrolithiasis. Therefore, adequate food and water intake is essential for the control of renal lithiasis prevention, as well as the reduction in relapse rates, so it is up to the health professionals, especially the nutritionist, to guide in an individualized manner, respecting the eating habits and taking into account the metabolic disorder.

**KEYWORDS:** Diet; Urine lithiasis; Prevention.

## 1 | INTRODUÇÃO

Litíase urinária é definida como uma das patologias mais recorrentes do trato urinário, sendo caracterizada pela formação de conglomerados solidificados de matriz orgânica, podendo se diferenciar quanto a sua localização no interior de canais do sistema urinário, desde os cálices renais até a bexiga, por conseguinte, esta apresenta diversos fatores envolvidos, dentre eles destacam-se a supersaturação urinária, decorrente de baixa ingestão hídrica, hipercalcúria, hiperuricosúria e hipocitratúria (OLIVEIRA, 2016). É sabido que as doenças renais se caracterizam como um problema de saúde pública, visto que está associada à redução da produtividade, gerando grande impacto social e econômico no sistema único de saúde em decorrência das complicações metabólicas provenientes da patologia, além disso, apresenta alta recorrência (SEBBEN, 2007). A incidência e progressão da doença está associada, na sua grande maioria, às mudanças nos padrões alimentares e estilo de vida incidindo de forma para o desenvolvimento de distúrbios metabólicos como obesidade, diabetes mellitus tipo II, hipertensão, síndrome metabólica e sedentarismo aumentando o risco para formação de cálculos urinários bem como, duplicando o risco em indivíduos com história familiar de cálculos urinários (SANTOS, 2017). Segundo FARIA (2017) A prevenção pautadas na dietoterapia individualizada juntamente com a adoção de hábitos dietéticos saudáveis e conhecimento dos riscos relacionados consiste em estratégias eficazes que evitam a formação de novos cálculos e o crescimento dos pré-existentes concatenados investigação metabólica dos fatores associados a predisposição irá auxiliar na tentativa de reduzir a formação de cálculos durante a vida, pois em linhas gerais, cerca de 90% dos cálculos têm como componente o cálcio e o ácido úrico, tornando-se fundamental sua avaliação.

## 2 | OBJETIVO

Revisar e analisar o impacto das medidas preventivas no âmbito nutricional possam repercutir a fim de diminuir a incidência e recidiva de litíase renal.

## 3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura as quais foram selecionados 22 artigos, dentre eles 10 cumpriram aos requisitos a cerca das recomendações nutricionais para prevenção e recidiva de urolitíase. A coleta dos dados foi realizada na Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem On-line (MEDLINE/PUBMED), na Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO), com ano de publicação entre 2007 a 2017 utilizando os termos: prevenção, urolitíase e dieta renal. A seleção respeitou critérios de inclusão/exclusão previamente elencados.

## 4 | RESULTADOS

Santos e colaboradores (2017) Observaram que uma dieta com teor adequado de cálcio, baixo teor de proteína animal, sódio e oxalato previnem a formação de novos cálculos adicionado a terapia hídrica que reduz a excreção urinária de sódio, cálcio e oxalato, além disso alimentos ricos em magnésio e citrato inibem os cálculos urinários por meio da formação de um complexo cálcio na urina. Em contrapartida, SCHLEICHER (2013) destaca que uma alimentação rica em proteína, sal e diminuição da ingestão hídrica predispõe o aumento do risco para o desenvolvimento de cálculos renais. Foi analisado que medidas preventivas concatenadas a modificações do padrão dietético se enquadram como um dos melhores métodos para o indivíduo que almeja qualidade de vida e redução das doenças, muito assim, atenuar os episódios de recidiva de cálculos. Desta forma, a restrição de proteína animal juntamente com a inclusão de frutas e vegetais ricas em potássio e citratos demonstrou diminuição na predisposição de formação de cristais de oxalato e de fosfato de cálcio (RAMOS, 2015). De acordo com MIRA (2013) pode-se inferir que o sucesso do tratamento renal e prevenção da remissão da litíase renal tornam-se fundamental a inclusão do profissional nutricionista no cuidado nutricional e controle das doenças renais, visto que estimará de maneira adequada a ingestão alimentar traçada por meio das necessidades pautadas na individualidade para consentir um aporte nutricional estratégico.

## 5 | CONCLUSÃO

Portanto, alimentação e ingestão de água adequadas é fundamental para o controle da prevenção da litíase renal, bem como a redução nos índices de recidiva, com isso cabe aos profissionais da saúde, em especial o nutricionista, nortear de maneira individualizada, respeitando os hábitos alimentares e levando em consideração o distúrbio metabólico.

## REFERÊNCIAS

FARIA, Luciana Neves; DE SOUZA, Anelise Andrade. Análise nutricional quantitativa de uma dieta da proteína destinada a todos os públicos. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 12, n. 2, p. 385-398, 2017

FREITAS, Ronilson Ferreira; VIEIRA, Débora Ribeiro; FRANÇA, Dorothea Schmidt. PREVENÇÃO DE LITÍASE URINÁRIA A PARTIR DE TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE CITRATOS DE POTÁSSIO E MAGNÉSIO: relato de caso DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v15i1.3398>. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 15, n. 1, p. 49-53, 2017.

DE PAULA RAMOS, Antonielela; VITELLO, Rodrigo Lopes Luís; PIMENTEL, Luciana Cristina.

MORETTO DOS SANTOS, Francilayne et al. Investigação metabólica em pacientes com nefrolitíase. **Einstein (16794508)**, v. 15, n. 4, 2017

MIRA, Ana Rita et al. Manual de nutrição e doença renal. **Dial Transplant**, v. 28, n. 6, p. 1390-6, 2013.

NERBASS, Fabiana Baggio. Orientação dietética e litíase renal. **CEP**, v. 89227, p. 680, 2014.

OLIVEIRA, Larissa Marques Tondin de. Adequação dietética e estado nutricional em pacientes com nefrolitíase. *Novos alvos e objetivos*. 2016.

SILVA JUNIOR, Geraldo Bezerra da et al. Obesidade e doença renal: artigo de revisão. 2017.

SCHLEICHER, Maria Mouranilda Tavares. Pacientes com nefrolitíase e hipertensão arterial tem maior calciúria do que aqueles com nefrolitíase ou hipertensão isoladas. 2013.

KOVESDY, Csaba P.; FURTH, Susan L.; ZOCCALI, Carmine. Obesidade e doença PREVENÇÃO DE LITÍASE RENAL ATRAVÉS DE MUDANÇAS DE HÁBITOS DE VIDA E DIETÉTICOS. **Brazilian Journal of Health**, v. 3, n. 2, 2015.

## ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS CUIDADORES NO MANEJO DE PACIENTES SEQUELADOS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

**Kleitton Ferreira Sousa**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz-MA

**Pedro Henrique Rocha Martins**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz-MA

**Aldicleya Lima Luz**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz-MA

**RESUMO:** O Acidente Vascular Cerebral (AVC) consiste numa das principais causas de óbito e incapacidade não traumática, no mundo. Dependendo da extensão e localização da lesão, o quadro clínico pode se apresentar de maneiras distintas, resultando em dependência parcial ou total dos pacientes acometidos. Nesse contexto do surgimento de dependência aos sequelados de AVC, que se entende a importância do cuidador. O cuidador, que pode ser informal (familiar, amigo) ou formal (profissional remunerado), auxilia os pacientes nas diversas atividades diárias, como alimentação, locomoção, auxiliando uma adequada recuperação do paciente e reduzindo as complicações. O presente estudo objetivou avaliar a percepção dos cuidadores, em relação à assistência, de pacientes sequelados de AVC em uma cidade do Maranhão. A

pesquisa foi realizada através de questionário objetivo, aplicado a cuidadores, buscando-se informações referentes aos conhecimentos relacionados ao AVC, suas sequelas e manejo dos pacientes. Sobre os resultados, observou-se que 65,7% tinham noção sobre a doença. No entanto, a maioria dos entrevistados (71,5%), desconhecia suas sequelas. Nos quesitos relacionados aos cuidados com alimentação, hidratação, mudança de decúbito e fisioterapia motora, todos os entrevistados responderam desconhecer existência da necessidade de manejo diferenciado a esses pacientes, sendo que todos os cuidadores entrevistados possuíam grau de parentesco com paciente, sem remuneração. Houve uma prevalência do sexo feminino de (80%) entre os cuidadores entrevistados. Os resultados permitiram concluir que, o conhecimento dos cuidadores no manejo de pacientes sequelados de AVC precisa ser otimizado, de modo a reduzir tempo de internação, reinternações, surgimento de úlcera de pressão, trombose, dentre outras.

**PALAVRAS-CHAVE:** AVC, Cuidador, pacientes, sequelados.

ANALYSIS OF PERCEPTION OF  
CAREGIVERS IN THE MANAGEMENT OF  
PATIENTS DURING CEREBRAL VASCULAR  
ACCIDENTS

**ABSTRACT:** Stroke is one of the main causes

of death and non-traumatic disability in the world. Depending on the extent and injured site, the clinical condition present itself in different ways, being able to make the patient with partial or total dependency (bedridden). In this context of the emergence of dependence on stroke sequelae, the importance of the caregiver is understood. The caregiver, who may be informal (family, friend) or formal (paid professional), assists patients in various daily activities, such as feeding, locomotion, helping an adequate recovery of the patient and reducing complications. The present study aimed to evaluate the caregivers' perception, in relation to care, of stroke sequelae patients in a city of Maranhão. The research was conducted through an objective questionnaire, applied to caregivers, seeking information regarding the knowledge related to stroke, its sequelae and management of patients. Regarding the results, it was observed that 65.7% had a notion about the disease. However, the majority of respondents (71.5%) were unaware of its sequelae. In the questions related to feeding, hydration, change of decubitus, and motor physiotherapy, all interviewees answered that they were unaware of the need for differentiated management of these patients, and that all caregivers interviewed had a degree of kinship with the patient, without remuneration. There was a female prevalence of (80%) among the caregivers interviewed. The results allowed concluding that the knowledge of caregivers in the management of sequelae stroke patients needs to be optimized in order to reduce hospitalization time, readmissions, onset of pressure ulcers, thrombosis, among others.

**KEYWORDS:** Stroke, Caregiver, Patients, Sequels.

## 1 | INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode ser definido como síndrome originada de um distúrbio da circulação encefálica, proveniente de um processo anatomopatológico nos vasos sanguíneos, que pode levar a uma isquemia ou hemorragia do parênquima cerebral. É uma afecção grave, sendo no Brasil, segundo dados do DATASUS, uma das principais causas de morte e sequelas em adultos (BRASIL, 2016).

Em termos técnicos, o AVC pode ser classificado em dois grupos: Hemorrágico (AVCH) e Isquêmico (AVCI). O hemorrágico é causado principalmente por ruptura de aneurisma ou hipertensão arterial, ocasionando extravasamento de sangue oriundo de pequenas artérias em áreas cerebrais. O isquêmico caracterizado por uma obstrução localizada, que leva a uma interrupção do fornecimento de oxigênio e glicose ao cérebro (PIASSAROLI et al, 2012).

A extensão e o local da lesão geram um quadro clínico variável, acarretando ou não ao paciente uma dependência para atividade de vida diária, que pode ser considerada parcial (restrição leve para realização de alguma atividade como ir ao banheiro, se alimentar e outros) ou total (acamado com total dependência).

A perda de autonomia, ocorrida a partir do momento em que o paciente deixa de exercer sua liberdade de decisão ou capacidade de executar alguma atividade,

causa um impacto muito grande na sua vida, gerando a dependência fazendo surgir a figura do cuidador.

O cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressa pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação ao próximo. A ocupação de cuidador integra a classificação brasileira de ocupação – CBO sob o código 5162, sendo definido como: a pessoa que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos. São indivíduos que prestam cuidados a pessoas de qualquer idade, acamadas com limitações físicas ou mentais. O bom cuidador pode ser considerado aquele que identifica o que a pessoa pode fazer, avaliando situações e estimulando a sua autonomia na medida do possível para certas atividades, mesmo que sejam as mais simples. Esse trabalho exige paciência e doação (BRASIL, 2008).

Os familiares e as pessoas que acompanham o paciente são designados de cuidadores: do tipo formal ou informal. Os formais consistem em pessoas com formação específica (com curso ou treinamento técnico e remunerado), já os informais são aquelas pessoas da família ou da comunidade que se dispõem a dar apoio ao paciente, sem a devida habilitação para tal tarefa (BRASIL, 2012).

Na grande maioria, os cuidados ficam sobre responsabilidade das mulheres, podendo ser cônjuge, filha ou parentes em graus menores. O ônus físico e emocional dessas mulheres repercute na sua própria saúde e no isolamento social (PRIMO, 2008).

Apesar da assistência prestada ao indivíduo com seqüela do AVC, ser realizada por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos, etc.) quando hospitalizado, o acompanhante ou cuidador informal, não recebe todas as orientações necessárias para zelo apropriado desse paciente. No retorno ao domicílio a família encontra-se fragilizada, muitas vezes não tendo recebido orientação adequada, levando a atitudes empíricas que podem levar a complicações e a reinternações.

## **2 | OBJETIVO**

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a percepção dos cuidadores no manejo, quanto à assistência, de pacientes sequelados de AVC, admitidos em um hospital público de Imperatriz-MA.

## **3 | METODOLOGIA**

Este estudo se caracteriza de forma transversal, descritivo com abordagem quantitativa (LAKATOS, 2003).

A escolha da amostra se deu por oportunidade, uma vez que foi aplicado o instrumento da pesquisa (questionário) aos familiares e cuidadores dos pacientes

internados diagnosticados com AVC no momento da visita técnica do pesquisador, pesquisa realizada no período de fevereiro de 2017 a fevereiro de 2018.

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 18 anos, o paciente do cuidador devia estar internado no Hospital Municipal de Imperatriz e diagnosticado com AVC na internação.

Considerado como critério de exclusão: responder parcialmente ao questionário, recusar a aplicação do questionário e pacientes diagnosticados com ataque isquêmico transitório (Acometimento ocasionado por interrupção de fluxo sanguíneo em alguma região do cérebro com resolução sem dano ao parênquima, não sendo observadas alterações em exames de imagem)

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário, composto de questões objetivas, destinadas aos cuidadores, através do qual era possível identificar o perfil socioeconômico, conhecimento sobre AVC, condutas a serem tomadas em relação ao paciente, bem como aspectos relativos à percepção do cuidar ao desafio que se inicia. A aplicação deste instrumento de coleta foi feita durante visitas ao Hospital Municipal de Imperatriz-MA conhecido como Socorrão.

A análise foi através da planilha de cálculo do Microsoft Excel 2007.

Foram aplicados os procedimentos éticos presentes na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Bioética da Faculdade de Imperatriz (COEB) sob número 015-1/2017, apresentados aos entrevistados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando os motivos da pesquisa e solicitando sua assinatura.

## 4 | RESULTADOS

No total foram avaliados 35 cuidadores, os dados encontrados revelam que, 100% dos cuidadores pesquisados possuem algum tipo de grau de parentesco com o paciente, outra característica importante encontrada foi uma predominância do sexo feminino, sendo 80,0% dos cuidadores. A idade observada possuía uma média de 46,8 anos, quanto à cor, destacaram-se os indivíduos que se autodeclararam pardo chegando a um total de 65,7%. Em relação à escolaridade, ressaltaram dois valores encontrados o de maior e menor percentuais, 42,8% alegaram possuir ensino médio e 5,7% relataram ter cursado ensino superior. Também foi questionado se o mesmo recebia alguma remuneração pra cuidar do paciente, 100,0% dos entrevistados eram cuidadores informais, ou seja, não possuem treinamento, habilitação, capacitação ou remuneração para exercer a função (Tabela 1).

VARIÁVEL	UNIDADE
<b>Sexo</b>	(%)
Feminino	80,0
Masculino	20,0
<b>Parentesco</b>	(%)
Sim	100,0
Não	-
<b>Cor</b>	(%)
Negro	22,8
Branco	11,4
Pardo	65,7
<b>Escolaridade</b>	(%)
Analfabeto	14,2
Ens. Fundamental	37,1
Ens. Médio	42,8
Ens. Superior	5,7
<b>Cuidador Formal</b>	(%)
Sim	-
Não	100
<b>Idade</b>	Anos
Intervalo	Entre 29 e 78
Media de Anos	46,8

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico dos cuidadores de pacientes com sequelas de AVC no município de Imperatriz-MA, 2017

Quando se avalia o conhecimento do cuidador a cerca do Acidente Vascular Encefálico (AVC), 65,7% dos cuidadores afirmaram ter conhecimento sobre AVC, porém apenas 28,5% tinham conhecimentos sobre as sequelas.

Os entrevistados demonstraram que com relação à alimentação e hidratação 100% não possuem qualquer informação sobre maneira adequada de como abordar essas duas variáveis no dia a dia.

Quando indagados do surgimento de escaras 100% relataram desconhecer sobre sua etiologia e a maneira de evitá-las.

Sobre o conhecimento dos benefícios da realização de fisioterapia motora para o paciente, as respostas para essa variável foram negativas, 100,0% dos entrevistados não possuíam conhecimentos sobre a necessidade desse procedimento, o que possibilita a atenuação da atrofia muscular<sup>19</sup>. Outro fator de destaque foi à falta de informação sobre posicionamento adequado do enfermo, 100% dos cuidadores alegaram desconhecer a existência de tal conduta. Todas as variáveis na Tabela 2 estão intimamente ligadas a fatores como, prolongamento de tempo de internação hospitalar ou complicações que possam originar internações após alta.

VARIÁVEIS	FREQUENCIA (%)
<b>Já ouviu falar de AVC (Derrame)</b>	
Sim	65,7
Não	34,3
<b>Conhece as sequelas?</b>	
Sim	28,5
Não	71,5
<b>Conhece os tipos de cuidado?</b>	
Sim	0,0
Não	100,0
<b>Conhecimento sobre o melhor tipo de alimento utilizar?</b>	
Sim	0,0
Não	100,0
<b>Conhecimento sobre como realizar a hidratação?</b>	
Sim	0,0
Não	100,0
<b>Conhecimento sobre o surgimento de escaras</b>	
Sim	0,0
Não	100,0
<b>Conhecimento sobre realização de fisioterapia</b>	
Sim	0,0
Não	100,0
<b>Conhecimento sobre posicionamento do paciente</b>	
Sim	0,0
Não	100,0

**Tabela 2.** Conhecimento dos cuidadores a cerca de AVC, em Imperatriz-MA, 2017

Cruzando os dados das tabelas 1 e 2 percebemos que o nível escolar está ligado proporcionalmente a um melhor nível de conhecimento sobre AVC e suas sequelas. Na Tabela 3, observa-se que à medida que o nível escolar do cuidador se eleva maiores são os conhecimentos prévios existentes sobre AVC e suas sequelas. Verificou-se que no caso dos entrevistados que possuíam nível superior, 100% alegaram conhecer sobre o AVC e suas sequelas. Porém, independente do nível escolar do entrevistado todos responderam não detinham informações necessárias sobre os cuidados diferenciados que devem ser destinados ao paciente sequelado de AVC.

Nível Escolar	Conhecimento sobre AVC		Conhecimento sobre os tipos de Sequela		Conhecimento sobre cuidados com o paciente	
	SIM	80%	SIM	20%	SIM	0%
<b>Analfabeto</b>	NÃO	20%	NÃO	80%	NÃO	100%
	SIM	46%	SIM	23%	SIM	0%
<b>Fundamental</b>	NÃO	54%	NÃO	77%	NÃO	100%

<b>Médio</b>	SIM	26%	SIM	40%	SIM	0%
	NÃO	74%	NÃO	60%	NÃO	100%
<b>Superior</b>	SIM	100%	SIM	100%	SIM	0%
	NÃO	0%	NÃO	0%	NÃO	100%

**Tabela 3.** Cruzamento de dados tabela 1 e 2

Fonte: Elaboração própria.

Vale destacar que todos os entrevistados alegaram não ter recebido qualquer orientação do corpo técnico do hospital, com relação a cuidados voltados ao paciente.

## 5 | DISCUSSÃO

O grupo analisado era constituído majoritariamente por mulheres. De modo semelhante, um estudo que traçou o perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC) também mostrou que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (SANTOS; PAVARINI, 2012).

O resultado mencionado evidencia o descrito na literatura quanto ao papel sociocultural da mulher no ato de cuidar, seja da casa ou dos filhos. Embora, atualmente as mudanças sociais tenham atribuídos novos papéis as mulheres, a tendência para o ato de cuidar tanto do ambiente doméstico como da saúde dos seus familiares ainda recai para as mulheres, devido à cultura simbólica construída pela sociedade (VIEIRA et al, 2012).

No tocante ao grau de parentesco, a literatura destaca que o papel de cuidador é deslocado para os filhos quando o cônjuge já é falecido ou não pode assumir essa função. Nesse caso, o cuidar é permeado por uma obrigação moral proveniente de valores impostos pela cultura familiar, a qual considera que os filhos devem cuidar de seus pais como retribuição aos cuidados prestados por estes durante a infância e adolescência daqueles (VIEIRA et al, 2012).

Com relação à escolaridade, os dados encontrados neste estudo vão ao encontro a outro estudo também realizado com cuidadores familiares de idosos, segundo o qual a maioria dos participantes possuíam nível fundamental e poucos eram analfabetos (SOUZA; MANIVA; FREITAS, 2013).

A pesquisa demonstrou que o conhecimento sobre AVC ainda está muito aquém do necessário, no sentido de propiciar uma melhor qualidade de vida pra o enfermo, tendo em vista que mais da metade dos entrevistados não conhecem as sequelas do AVC. Os níveis de conhecimento se verificaram insatisfatórios (COSTA et al, 2008).

Quanto ao tipo de cuidado prestado, a pesquisa mostrou que os cuidadores não sabiam qual o tipo de manejo deveria ser realizado, essa falta de conhecimento pode levar ao surgimento de doenças e lesões que poderiam ser evitadas como a pneumonia e úlceras de pressão (BORGHARDT et al, 2016).

Com relação ao tipo de alimentação e a forma de sua administração, a literatura mostra que essa falta de conhecimento pode ocasionar distúrbios eletrolíticos, anemia e pneumonia. Existe uma relação estreita entre as alterações da deglutição e a predisposição para pneumonias bacterianas de repetição (CARVALHO; XEREZ; ARAULO, 2006).

Verificando a hidratação, observou-se que nenhum cuidador detinha consciência sobre o manejo adequado, algo que pode acarretar problemas graves de distúrbio eletrolítico e desidratação a qual pode fazer surgir injúria renal aguda nos pacientes (COSTA; NETO, 2003).

As úlceras de pressão são um dos grandes motivos para reinternação de pacientes acamados, a falta de mudança de decúbito e a inexistência de colchões especiais (tipo caixa de ovo) aceleram o seu surgimento e aparecimento de infecções (DUARTE; DIOGO, 2006). Aliado a uma série de fatores como alterações nutricionais, metabólicas, vasculares e imunológicas aceleram seu surgimento.

Sobre a realização de fisioterapia motora, a falta de atividade leva a atrofia muscular, em qualquer idade, trata-se de um fator contribuinte importante na perda de massa e força muscular (FREITAS, 2013).

Avaliando o fator posicionamento do paciente, cabeça e tronco mais elevados, os cuidadores devem ter plena atenção e compreensão de sua importância, pois caso contrário pode acarretar em broncoaspiração. Tendo em vista que a incidência de aspiração de saliva, alimentos e ou líquidos varia de 20 a 45% nos primeiros cinco dias nos pacientes acamados (MOURÃO, 2016).

Estudo realizado com idosos com AVC residentes em instituições de longa permanência, onde os mesmos possuíam altos níveis de incapacidades funcionais e cognitivas, aponta que os cuidados não são abordados de forma sistemática pelo cuidadores e sugere maiores esforços das equipes multiprofissionais e melhores investimentos (SANTOS; PAVARINI, 2012).

Esses dados reforçam a necessidade do serviço de saúde estar preparado para identificar as pessoas que irão realizar a atividade de cuidador informal, fornecendo-lhes assistência diferenciada e pautada na participação de diferentes profissionais da área da saúde, seja em âmbito hospitalar ou domiciliar após alta do paciente.

Conhecer o perfil dos cuidadores de pacientes sequelado de AVC proporcionará a tomada de ações mais efetivas para a promoção, a manutenção e a reabilitação em saúde. Neste estudo, o perfil dos cuidadores dos pacientes com AVC, quanto as variáveis citadas apresentaram resultados similares aos da literatura (GAGLIARD, 2010; GOUVE et al, 2015).

## 6 | CONCLUSÃO

Os resultados permitiram concluir que a maioria dos cuidadores apresentaram

conhecimentos escassos e não obtiveram orientações e/ou treinamentos em relação à doença e seus desafios.

As abordagens errôneas podem contribuir prejudicando o processo de reabilitação/readaptação do paciente, o que posteriormente em casos mais graves podem acarretar outras enfermidades como pneumonia, úlcera de pressão ou distúrbio eletrolítico.

O modo de cuidar dos pacientes sequelados é um caminho que pode não só beneficiar os pacientes os reintegrando ao convívio social, como também o poder público, pela economia nos custos em saúde.

O cuidador formal e informal precisa estar preparado e informado para realizar uma assistência adequada, pois o bem cuidar previne as complicações e evita o retorno dos pacientes aos leitos de internação hospitalar.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático do Ceuidador**. Normas e Manuais técnicos; Biblioteca virtual da Saúde; Brasília; 2008.

BOCCHI, S. C. M. **Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento**. Revista Latino-Am Enfermagem; Janeiro-fevereiro; nº 12; p. 115-121; 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da saúde. Informações de Saúde (TABNET)**. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz>. Acesso em: 10/11/2016.

BORGHARDT AT, PRADO TN, BICUDO SDS, CASTRO DS, BRINGUENTE MEO. Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. Rev. Brasileira de Enfermagem; Vol 69(3); p. 431-438; 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de atenção domiciliar**. Vol 1; Brasília; 2012.

CHAGAS, N.R; MONTEIRO ARM. **Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral**. Acta Scientiarum Health Sciences; Vol 26; n. 1; p. 193-204; Maringá; 2004.

COSTA F, OLIVEIRA S, MAGALHÃES P, et al. **Nível de conhecimento da população adulta sobre acidente vascular cerebral (AVC) em Pelotas-RS**. Rev. Brasileira de Neurocirurgia; Vol. 19; p. 31-37; 2008

CARVALHO YSV, XEREZ DR, ARAULO AQC. **Identificação de broncoaspiração por disfagia orofaríngea em pacientes com pneumonia comunitária**. Rev. ACTA Fisiátrica; p. 13; p. 59-62; 2006.

COSTA JAC, NETO OMV. **Insuficiência renal aguda**. Facul. Medicina; Vol 36; p. 307-324; Ribeirão Preto; 2003.

DUARTE YAO, DIOGO MJD. **Atendimento domiciliar: Um enfoque Gerontológico**. 2º Ed.; Editora Atheneu; São Paulo; 2006.

FERNANDES MGM, GARCIA TR. **Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos**

**dependentes.** Rev. bras. Enferm.; Vol 62; p. 57-63; . 2009.

FREITAS EV, PY L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 3º ed.; Editora Guanabara Koogan; Rio de Janeiro; 2013.

GREENBERG, D.A.; AMINOFF, M.S.; SIMON, R.P. **Acidente cérebro-vascular. Neurologia clínica.** 2.ed.; Artes médicas; p.273-306. Porto Alegre; 1996.

GAGLIARD RJ. **Acidente vascular cerebral ou acidente vascular encefálico? Qual a melhor nomenclatura?** Rev. Neurociencia; Vol 18; p.131-132; 2010.

GOUVE D, GOMES CSP, MELO SC, ABRAHÃO PN, BARBIERE G. **Acidente Vascular encefálico uma revisão da literatura.** Rev. Ciência Atual; Vol 6; p.3-6; Rio de Janeiro; 2015;

GARANHANI MR, ALVES JF, JUJISAWA DS. **Adaptação da pessoa pós AVC e seu cuidador: Ambiente familiar cadeira de rodas e de banho.** Univ. Estadual de Londrina. <http://www.uel.br/eventos/congressomultidisciplinar/>. Acesso em: 05/10/16.

LAKATOS, Eva **Maria. Fundamentos de metodologia.** 5º ed.; Atlas; São Paulo; 2003.

MOREIRA, ACA. **Cuidado domiciliar a pessoa acometida por acidente vascular cerebral (AVC) na perspectiva da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta.** Monografia apresentada à Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, como requisito para obtenção do título de Especialista- Residente em Saúde da Família. Universidade Estadual do Vale do Aracáú – UVA. 2004.

MOURÃO AM, ALMEIDA EO, LEMOS SMA, VICENTE LCC, TEIXEIRA AL. **Evolução da deglutição no pós-AVC agudo: estudo descritivo.** Rev. CEFAC; Mar-Abril; Vol 18(2); p. 417-425; 2016.

PEREIRA BSR. **Envelhecimento, força muscular e atividade física: uma breve revisão bibliográfica.** Rev. Científica FacMais; Vol 12; n 1; p. 149-151; 2012.

PIASSAROLI, C. A. P; ALMEIDA, G. C; LUVIZOTTO, J. C; SUZAN, A. B. B. M. **Modelos de reabilitação fisioterápica em pacientes adultos com sequelas de AVC isquêmico.** Rev. Neurociencia; Vol 20; p.128-137; 2012.

PRIMO AP. Ônus físico pela **ótica das cuidadoras familiares de idosos com episódios de acidente vascular cerebral.** Rev Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; Vol 4; p. 233; Rio de Janeiro; 2008.

SANTOS AA, PAVARINI SCL. **Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador.** Rev Esc Enferm USP; Vol 46; p. 1141-1147. São Paulo; 2012.

SOUZA NPG, MANIVA SJCF, FREITAS CHA. **Cuidadores de vitimados por acidente cerebrovascular.** Rev. enferm. UERJ; Vol 21; p. 101; Rio de Janeiro; 2013.

VIEIRA L, NOBRE JRS, BASTOS CCBC, TAVARES KO. **Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde.** Rev Bras Geriatr Gerontol; Vol. 15; p. 255-263. 2012.

## PERFIL FARMACOLÓGICO DE PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

### **Danielle Cristina Tonello Pequito**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
(UFMS), Campus de Três Lagoas  
Três Lagoas – MS

### **Monica Mussolini Larroque**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
(UFMS), Campus de Três Lagoas  
Três Lagoas – MS

### **Silvana Cristina Pando**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
(UFMS), Campus de Três Lagoas  
Três Lagoas – MS

### **Jessica Penha Passos**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
(UFMS), Campus de Três Lagoas  
Três Lagoas – MS

### **Letícia Nunes Gontijo**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
(UFMS), Campus de Três Lagoas  
Três Lagoas – MS

### **Letícia Ferreira Amaral**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
(UFMS), Campus de Três Lagoas  
Três Lagoas – MS

### **Rusllan Ribeiro de Paiva Ferreira**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
(UFMS), Campus de Três Lagoas  
Três Lagoas – MS

### **Josnei De Menech**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
(UFMS), Campus de Três Lagoas  
Três Lagoas – MS

### **Laisa Mansano**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
(UFMS), Campus de Três Lagoas  
Três Lagoas – MS

### **Luiz Gustavo Bernardes**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
(UFMS), Campus de Três Lagoas  
Três Lagoas – MS

### **Laís Queiroz Moraes**

Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas  
Três Lagoas – MS

### **Julie Massayo Maeda Oda**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
(UFMS), Campus de Três Lagoas  
Três Lagoas – MS

**RESUMO:** As doenças crônicas não-transmissíveis são consideradas, na atualidade, uma epidemia. Representam grande parte das internações hospitalares, gerando custo elevado ao sistema de saúde. Complicações a longo prazo ocorrem nestas doenças acarretando perda de mão-de-obra e, como consequência da capacidade produtiva. Dentre os exemplos de doenças crônicas incluem-se hipertensão, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crônicas, entre outras. Intervenções não-farmacológicas, como mudança de hábitos de vida, podem ser suficientes para alguns pacientes, por alterarem fatores de risco.

Entretanto, a maioria dos casos requer um esquema de tratamento farmacológico. Diversas classes de fármacos são utilizadas e, muitas vezes o tratamento exige a associação de medicamentos de diferentes classes, o que pode aumentar o risco de efeitos adversos e reduzir a adesão ao tratamento. A reduzida eficácia terapêutica compromete o tratamento e pode resultar na piora do quadro clínico e da qualidade de vida do paciente. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil de fármacos prescritos em unidades de saúde do Município de Três Lagoas, MS, Brasil. Este estudo transversal permitiu a determinação dos principais medicamentos utilizados em cada doença crônica considerada, tais como hipertensão, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, dislipidemias e transtornos mentais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doenças crônicas, medicamentos, prescrição

## PHARMACOLOGICAL PROFILE OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASE PATIENTS

**ABSTRACT:** Chronic non-communicable diseases are now considered an epidemic. They represent a large part of hospital admissions, generating a high cost to the health system. Long-term complications occur in these diseases leading to loss of labor and, as a consequence of, productive capacity. Examples of chronic diseases include hypertension, diabetes, neoplasias and chronic respiratory diseases, among others. Non-pharmacological interventions, such as changes in lifestyle, may be sufficient in some patients because they change risk factors. However, there may be a need for pharmacological treatment. Several classes of drugs are used and often treatment requires the combination of drugs of different classes, which may increase the risk of adverse effects and reduce adherence to treatment. Reduced therapeutic efficacy compromises treatment and may result in worsening of clinical picture and quality of life of the patient. Thus, the objective of this work is to evaluate the profile of drugs prescribed in health units of the Municipality of Três Lagoas, MS, Brazil. This cross-sectional study allowed the determination of the main drugs used in each chronic disease, such as hypertension, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, asthma, dyslipidemias and mental disorders.

**KEYWORDS:** Chronic diseases, medicines, prescription

## 1 | INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas as principais causas de óbito no Brasil e no mundo, gerando aumento de casos de morte prematura, redução ou perda da qualidade de vida, além de prejuízos econômicos e sociais para famílias, comunidades e sociedade. Os óbitos estão principalmente relacionados a doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias crônicas, diabetes, e câncer, todas elas com alta prevalência nas camadas mais pobres da população (LOBO et al., 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Um dos principais fatores de risco para DCNT é a hipertensão arterial sistêmica

(HAS). Contudo, esta condição é tratável e quando controlada corretamente pode retardar e até mesmo evitar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Neste sentido a utilização de fármacos e suas combinações tem demonstrado ser uma das estratégias custo-efetiva de grande relevância.

As principais classes de anti-hipertensivos utilizados são: antagonistas de angiotensina II, betabloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio, diuréticos tiazídicos e inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA). O tratamento medicamentoso pode ser realizado por meio da associação de dois ou mais anti-hipertensivos ou pela monoterapia (MENGUE et al., 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Outra importante DCNT é a diabetes que trata-se de uma doença crônica que requer tratamento e monitoramento contínuos para reduzir a morbidade e a mortalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que glicemia elevada é o terceiro fator, em importância, para a causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco (MUHURI; MACHLIN, 2018; SBD 2017).

As doenças respiratórias crônicas (DRC) representam cerca de 7% da mortalidade global (GOULART, 2011). Essas doenças acarretam limitações físicas, emocionais e intelectuais, gerando consequências negativas na qualidade de vida do paciente e de sua família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). As principais DRC são a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), os estados alérgicos, a hipertensão pulmonar, algumas doenças relacionadas ao processo de trabalho e a asma, sendo esta última a mais comum (GOULART, 2011).

A DPOC é reconhecida como um problema da saúde pública. Trata-se de uma das principais causas de morbidade crônica e mortalidade, no Brasil e no mundo (MENEZES et al, 2005). A DPOC é definida como uma doença respiratória prevenível e tratável, caracterizada pela obstrução crônica do fluxo aéreo, geralmente progressiva e não totalmente reversível, manifestada por sinais e sintomas como dispneia, tosse e expectoração (VESTBO et al. 2013).

Tanto a asma quanto a DPOC são doenças crônicas tratáveis, e, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de DPOC do Ministério da Saúde inclui as seguintes classes de medicamentos: 1) broncodilatadores de curta ação (salbutamol e fenoterol - em monoterapia) para os pacientes sintomáticos; 2) broncodilatadores de longa ação (LABA) (salmeterol e formoterol - em monoterapia) para os portadores de DPOC em estágio avançado (III e IV) que persistem sintomáticos e com limitação funcional significativa; 3) corticosteróides inalatórios (ICS) (budesonida e beclometasona – em monoterapia) e 4) LABA + ICS (formoterol + budesonida) para os pacientes com DPOC moderada a grave e, por fim, incluem 5) corticosteróides orais (prednisona) para pacientes graves que não respondem aos demais medicamentos (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2011).

Outra importante vertente dentre as DCNT é relativa aos transtornos psiquiátricos.

Os principais transtornos são: transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, esquizofrenia, transtorno bipolar, obsessivo-compulsivo, transtornos do sono-vigília, entre outros (ARAÚJO; NETO, 2014).

Ainda no cenário de saúde mental cerca de 24 milhões de pessoas em todo o mundo com idade superior a 18 anos possui esquizofrenia. Esta costuma ter início em idade precoce, causando perda das habilidades adquiridas. Trabalhos mais recentes, conduzidos com metodologia mais sofisticada, têm apresentado resultados próximos a 1% da população (REGIER et al, 1988). Os principais psicofármacos em uso na atualidade indicados para doenças mentais são: benzodiazepínicos, antidepressivos, antipsicóticos ou neurolépticos e estabilizadores do humor. É importante ressaltar que a utilização desses medicamentos deve ser realizada de maneira racional por conta dos efeitos adversos e dos problemas de saúde relacionados ao seu uso prolongado (BRASIL, 2013b).

Por fim, o acesso gratuito a medicamentos para tratamento das DCNT no SUS tem auxiliado profundamente o tratamento de várias doenças em todo território brasileiro fortalecendo políticas públicas importantes, como a Atenção Básica, o que vem contribuindo na manutenção da qualidade de vida e na redução das complicações e dos óbitos.

## **2 | METODOLOGIA**

O presente estudo é observacional de delineamento transversal. Foram coletadas informações referentes ao perfil farmacológico de 139 prontuários de unidades de saúde do Município de Três Lagoas, Mato Grosso do Sul (MS). As coletas ocorreram entre os anos de 2015 a 2016, avaliando-se prontuários a partir do ano de 2014. Os critérios de inclusão foram: paciente com idade superior a 18 anos, portador de alguma DCNT, estar cadastrado nas unidades de saúde do município, e ter realizado tratamento com utilização de pelo menos um medicamento para DCNT. Os dados foram analisados com o software Microsoft Excel® e expressos como número de prescrições medicamentosas para cada DCNT considerada. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número 1.044.867, em 30 de abril de 2015.

## **3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam importante fator causal de morbimortalidade no Brasil, correspondendo a cerca de 72% das causas de morte, no ano de 2007. A transição demográfica aliada ao desenvolvimento econômico e social ocorridas no Brasil podem ter contribuído para este quadro (SCHMIDT et al. 2011). Outro importante aspecto diz respeito à adesão ao tratamento medicamentoso

dos pacientes portadores de DCNT. Sabe-se que a baixa adesão resulta em maior número de hospitalizações e, conseqüentemente em aumento dos gastos públicos (LEMSTRA et al, 2018). Assim, o conhecimento do perfil farmacológico dos pacientes portadores de DCNT pode auxiliar na definição de possíveis fatores que promoveriam baixa adesão ao tratamento.

DCNT	Média de idade feminino	Média de idade masculino
DPOC	67,8 anos	52,4 anos
ASMA	46,5 anos	52,5 anos
DISLIPIDEMIAS	63 anos	45 anos
HIPERTENSOS	61,6 anos	57,5 anos
DIABETES <i>MELLITUS</i>	64,4 anos	53,6 anos
TRANSTORNOS MENTAIS	39,5 anos	32,4 anos

Tabela 01 – Média de idade dos pacientes

Baseado nesse contexto, foram analisados 139 prontuários de pacientes atendidos na atenção básica em saúde da Região Leste do Mato Grosso do Sul que apresentavam algumas das DCNT, a saber hipertensão, transtornos mentais, diabetes *mellitus* e doenças respiratórias crônicas. Na tabela 01 encontram-se as médias de idades, por sexo, dos pacientes portadores das DCNT consideradas no presente estudo. Observou-se que a média de idade para o sexo feminino foi de 57,1 anos e para o sexo masculino foi de 48,9 anos. A média de idade de pacientes portadores de transtornos mentais foi menor (35,9 anos) comparados aos portadores das demais DCNT (Tabela 01). MULÈ et al (2017) encontraram, na população italiana, que a média de idade do primeiro contato com serviços psiquiátricos foi de 28 anos, para todos os tipos de psicoses, sendo menor nos homens (26,5 anos) do que nas mulheres (32,5 anos). Na tabela 02 encontram-se as distribuições dos fármacos prescritos para hipertensão, diabetes e dislipidemias, na tabela 03 encontram-se os fármacos prescritos para as doenças respiratórias crônicas e a tabela 04 demonstra os fármacos de atuação no sistema nervoso central. Deste total, 56,8% (n=79) consistiram em prontuários de pacientes hipertensos, 14,4% (n=20) de pacientes com transtornos mentais, 9,3% (n=13) de pacientes diabéticos, 11,5% (n=16) de pacientes com doenças respiratórias crônicas (sendo, n=12 para DPOC e n=4 para asma) e 7,9% (n=11) de pacientes portadores de dislipidemias.

Considerando-se os fármacos prescritos para os pacientes com as diversas patologias supracitadas, os hipertensos corresponderam ao maior número analisado (n=79), constando de 197 prescrições. Hidroclorotiazida teve 23,8% das prescrições (n=47) (Tabela 02). Hidroclorotiazida é um diurético tiazídico que atua por meio do aumento na excreção urinária de sódio e, conseqüentemente promovem redução do volume de líquido extracelular (LEC). (FUCHS; WANNMACHER, 2017; MALACHIAS

et al, 2016). Diuréticos, como um dos fármacos para tratamento de primeira linha na HAS, são fármacos bem tolerados e com considerável relação custo-benefício. Possuem boas evidências na redução de eventos cardiovasculares (BRASIL, 2013; BURNIER et al, 2019). Diuréticos tiazídicos podem ser considerados agentes preferenciais para a HAS, em monoterapia, no início do tratamento, em casos indicados (MALACHIAS et al, 2016). Losartana foi outro fármaco com elevado número de prescrições (22,3%) (Tabela 02). É um fármaco da classe dos antagonistas do receptor de angiotensina. Agem por meio do bloqueio da ação da angiotensina II, a qual promove vasoconstrição e aumento da liberação de aldosterona, ocasionando retenção de sal e água, ao atuar em receptores específicos. A angiotensina II apresenta importantes efeitos proliferativos, que contribuem para as complicações associadas à HAS (FUCHS; WANNMACHER, 2017; MALACHIAS et al, 2016). Considera-se que o sistema renina-angiotensina-aldosterona atue de forma regulatória e contribua para o remodelamento ventricular. Eventos proliferativos e fibróticos estão envolvidos e auxiliam na ocorrência de dilatação cardíaca, piorando o prognóstico dos pacientes (SILVA-CARDOSO et al, 2019; REIS FILHO et al, 2015). BERTOLUCI et al (2019) encontraram efeitos benéficos semelhantes entre diuréticos e losartana, como terapêutica inicial, em parâmetros ecocardiográficos.

Assim, o antagonismo à ação da angiotensina II promove efeitos benéficos no controle da pressão arterial e no remodelamento reverso, ou seja, previnem a dilatação cardíaca, além do próprio efeito benéfico advindo do controle da PA (BERTOLUCI et al, 2019; MALACHIAS et al 2016; REIS FILHO et al, 2015). Captopril é um fármaco pertencente à classe dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (iECA). A inibição desta enzima acarreta em redução da produção de angiotensina II a partir da angiotensina I (FUCHS; WANNMACHER, 2017). iECA também são utilizados como fármacos preferenciais para HAS, em condições indicadas (MALACHIAS et al, 2016). Estes fármacos também atuam no processo de remodelamento reverso, prevenindo a dilatação cardíaca, como citado para os BRA (REIS FILHO et al, 2015). Fármacos das classes iECA e BRA estão relacionados com desfechos benéficos em pacientes portadores de doença cardiovascular, uma vez que podem promover redução da pré-carga e inibir a proliferação de cardiomiócitos e, assim reduzir o remodelamento cardíaco (GONG et al, 2018).

<b>FÁRMACOS HIPERTENSÃO</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Hidroclorotiazida	47	23,86
Losartana	44	22,34
Captopril	24	12,18
Enalapril	14	7,11
Atenolol	14	7,11
Anlodipino	11	5,58
Propranolol	10	5,08
Furosemida	10	5,08
Metildopa	8	4,06

Espironolactona	6	3,05
Nifedipina	4	2,03
Carbidiol	2	1,02
Valsartana	1	0,51
Isossorbida	1	0,51
Verapamil	1	0,51
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>100</b>
<b>FÁRMACOS DIABETES MELLITUS</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Metformina	14	60,9
Gliclazida	3	13,04
Glimepirida	1	4,35
Glibenclamida	4	17,39
Insulina	1	4,35
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>
<b>FÁRMACOS DISLIPIDEMIAS</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Sinvastatina	10	90,91
Rosuvastatina	1	9,09
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Tabela 02 – Fármacos prescritos para DCNT

Pode-se considerar que o controle da glicemia é o pilar do tratamento medicamentoso do diabetes *mellitus* (DM). Sabe-se que o descontrole glicêmico pode estar associado com o desenvolvimento das complicações de longo prazo do DM, tais como neuropatia e nefropatia. Assim, ressalta-se a importância do adequado controle glicêmico para evitar-se a ocorrência das complicações crônicas, melhorar a qualidade de vida do paciente e reduzir a mortalidade (BRASIL, 2011). No presente trabalho, metformina foi o fármaco com maior prescrição (60,9%) (Tabela 02). Insulina foi prescrita para um paciente (4,35%, tabela 02), diagnosticado com diabetes insulino-dependente com complicações (cetoacidose) (dados não mostrados). Diversos fatores podem explicar a predominância da metformina no presente estudo. É um fármaco pertencente à classe das biguanidas que é capaz de aumentar a sensibilidade à insulina e reduzir a produção hepática de glicose, assim é um fármaco anti-hiperglicemiante (SBD, 2017). Por ser um fármaco considerado seguro a longo prazo e capaz de reduzir a incidência de desfechos cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, ela é o fármaco preferencial como primeira escolha farmacológica no tratamento do DM tipo 2. A associação de insulina ou outros agentes antidiabéticos deverão ser considerados, dependendo do paciente e de suas condições (ADA, 2019; BRASIL, 2011).

Para pacientes portadores de dislipidemias, houve a prescrição de sinvastatina (90,9%) e rosuvastatina (9,09%), dois exemplos de estatinas (Tabela 02). O tratamento da dislipidemia, juntamente com a da HAS, é uma importante estratégia para o controle da aterogênese, processo em que o colesterol possui papel-chave na fisiopatologia, principalmente aquele relacionado às lipoproteínas de baixa densidade (LDL-C) (GOLAN et al, 2018; FALUDI et al, 2017). Para a escolha do fármaco, é

importante o conhecimento das alterações de lipídios séricos do paciente, uma vez que as classes terapêuticas de fármacos usados para o tratamento das dislipidemias são definidas de acordo com o tipo de dislipidemia (FALUDI et al, 2017). As estatinas inibem a enzima HMG-CoA redutase (hidroximetilglutaril coenzima A redutase), que participa da biossíntese de colesterol, reduzindo a concentração intracelular de colesterol associado à maior expressão do receptor de LDL. Isto resulta em redução da concentração plasmática de LDL, em virtude de sua maior captação (FUCHS; WANNMACHER, 2017; GOLAN et al, 2018).

Dentre os principais objetivos do tratamento com as estatinas, pode-se considerar sua capacidade em reduzir a ocorrência de eventos cardiovasculares e suas consequências, fatores de impacto positivo na qualidade de vida da população acometida e na queda da mortalidade. A redução de LDL-colesterol, a partir do aumento na expressão do receptor de LDL (LDLR), é um importante fator que explica a eficácia destes fármacos (GOLAN et al, 2018; FALUDI et al, 2017).

Doenças respiratórias crônicas possuem grande impacto na população acometida. O tratamento destas doenças visa a melhora da qualidade de vida do indivíduo acometido. Para o tratamento da asma e da DPOC observou-se predomínio de prescrição de metilxantinas (Tabela 03). Mucolíticos também obtiveram elevado número de prescrições na DPOC (Tabela 03). O objetivo do tratamento da DPOC é o alívio dos sintomas, além da melhora da qualidade de vida, sendo baseado na gravidade da doença. Enquanto o da asma consiste em controle do processo inflamatório e alívio sintomático (BRASIL, 2013a; MENEZES et al, 2011). Metilxantinas possuem efeito broncodilatador por inibição de fosfodiesterase e, conseqüente relaxamento do músculo liso. Além disso, exercem efeitos imunomoduladores que podem ser úteis em pacientes portadores de asma (GOLAN et al, 2018). Possuem estreita janela terapêutica, sendo maior o seu efeito broncodilatador quando em doses mais altas. A teofilina é menos eficaz que os beta 2 – agonistas. O maior número de prescrições pode ser devido ao custo mais baixo deste fármaco e à maior facilidade de administração, uma vez que pode ser administrado via oral (FUCHS; WANNMACHER, 2017).

A hipersecreção de muco é comum em pacientes portadores de asma e DPOC (HILAL-DANDAN; BRUNTON, 2014). A prescrição de mucolíticos sobressaiu-se em pacientes portadores de DPOC no presente estudo. O uso de mucolíticos foi associado somente com melhora na prevenção das exacerbações na DPOC, sem efeitos importantes sobre qualidade de vida, alívio de sintomas (como a dispneia), melhora da função pulmonar e mortalidade (MENEZES et al, 2011).

Formoterol associado a budesonida teve ampla prescrição para pacientes portadores de DPOC (Tabela 03). Formoterol é agonista beta 2 - adrenérgico de longa ação (LABA), enquanto budesonida é corticosteróide. Broncodilatadores são os pilares do tratamento farmacológico da DPOC. A combinação de um fármaco broncodilatador (formoterol) com um corticosteróide (budesonida) melhora a adesão do paciente ao tratamento, pela maior facilidade de administração, além

de promover um efeito sinérgico. Formoterol garante longa ação broncodilatadora enquanto budesonida age no controle da inflamação associada ao quadro crônico (HILAL-DANDAN; BRUNTON, 2014; BRASIL, 2013). A associação de LABA mais corticosteroide inalatório demonstrou melhora sutil dos sintomas, redução da taxa de declínio da função pulmonar e da qualidade de vida, além da prevenção das exacerbações, sem efeitos demonstrados na mortalidade (MENEZES et al, 2011).

<b>FÁRMACO DPOC</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Mucolítico	8	33,33
Metilxantina	7	29,17
Formoterol+Budesonida	5	20,83
B2CA (Salbutamol)	1	4,17
Brometo de ipratrópio	1	4,17
Brometo de tiotrópio	1	4,17
Sulfametoxazol+Trimetoprima	1	4,17
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>33,33</b>
<b>FÁRMACO ASMA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Metilxantina	4	25
Corticosteróides não inalatórios	4	25
Anti- histamínico	3	18,75
B2CA (Salbutamol)	2	12,5
Mucolítico	2	12,5
Beclometasona+Formoterol	1	6,25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Tabela 03 – Fármacos prescritos para Doenças Respiratórias

Considerando-se os fármacos prescritos para doenças neuropsiquiátricas (n=48), carbamazepina e clonazepam foram aqueles com maior número de prescrições (12,5%, cada), seguidos por fenitoína e biperideno (8,3%, cada). Carbamazepina e fenitoína agem bloqueando canais de sódio dependentes de voltagem e, assim promovem redução da transmissão sináptica. São fármacos antiepilépticos, indicados para o tratamento das crises epiléticas, uma condição crônica que se caracteriza por atividade neuronal anormal, sendo classificadas como focais/parciais ou generalizadas (FUCHS; WANNMACHER, 2017). Epilepsia é uma condição caracterizada pela predisposição permanente para gerar crises epiléticas (BRASIL, 2018; FUCHS; WANNMACHER, 2017). Neste trabalho eles foram indicados para pacientes com diagnóstico de epilepsia não especificada e convulsões dissociativas, além de um paciente com hemiplegia não especificada e disfasia e afasia, provavelmente decorrentes de AVE. A carbamazepina foi indicada também para um paciente diagnosticado com esquizofrenia paranóide. Outras indicações foram para pacientes sem diagnóstico definido (dados não mostrados). A escolha do fármaco para o tratamento da epilepsia deve ser individualizado e levar em consideração o tipo de crise (BRASIL, 2018; FUCHS; WANNMACHER, 2017). A carbamazepina é considerada um fármaco de primeira linha no tratamento das crises epiléticas focais

(BRASIL, 2018).

O clonazepam é um fármaco pertencente à classe dos benzodiazepínicos (GOLAN et al, 2018). Neste trabalho, ele foi indicado para pacientes diagnosticados com insônia não orgânica, convulsões dissociativas, esquizofrenia, episódio depressivo leve, atrofia cerebral circunscrita e epilepsia não especificada (dados não mostrados). Os benzodiazepínicos podem apresentar efeito hipnótico, sendo capazes de induzir o sono em certas doses, além disso o clonazepam é indicado no tratamento de crises epiléticas (BRASIL, 2018; FUCHS; WANNMACHER, 2017).

O tratamento de escolha para a esquizofrenia são os fármacos antipsicóticos (FUCHS; WANNMACHER, 2017). A Portaria nº 1203, do Ministério da Saúde (2014) não incluiu alguns fármacos não pertencentes à classe dos antipsicóticos, como a carbamazepina e benzodiazepínicos, no Protocolo para Transtornos Esquizoafetivos, pela ausência de evidências clínicas.

Classe	Medicamento	Prescrições	% por Classe
	Ácido Valproico	1	2,1
	Carbamazepina	6	12,5
	Fenitoína	4	8,33
	Fenobarbital	2	4,2
	Oxcarbazepina	1	2,1
	Topiramato	2	4,2
	Amitriptilina	3	6,25
	Fluoxetina	1	2,1
	Imipramina	1	2,1
	Nortriptilina	1	2,1
	Sertralina	3	6,25
	Bromazepam	1	2,1
	Clonazepam	6	12,5
	Diazepam	1	2,1
	Clorpromazina	2	4,2
	Flufenazina	1	2,1
	Haloperidol	1	2,1
	Periciazina	1	2,1
	Risperidona	3	6,25
	Biperideno	4	8,3
	Prometazina	2	4,2
	Tramadol	1	2,1
Total		48	100

Tabela 04 - Fármacos prescritos para Doenças Neuropsiquiátricas

## 4 | CONCLUSÃO

O conhecimento do perfil de fármacos utilizados para algumas das principais DCNT deve seguir protocolos bem definidos, de acordo com as evidências clínicas

disponíveis. A instituição de regimes terapêuticos inadequados pode resultar em piora do quadro clínico do paciente e abandono da terapêutica. Estes fatores acarretam em maiores gastos públicos. A polifarmácia também é outro fator importante, principalmente em pacientes idosos portadores de diversas condições crônicas. A relação médico-paciente é imprescindível e auxilia na adesão ao tratamento. O levantamento dos fármacos realizado neste trabalho permitiu o estabelecimento do perfil farmacológico para as DCNT consideradas. Isto auxiliará na compreensão de questões referentes à adesão ao tratamento farmacológico, bem como possíveis estratégias para melhorá-la.

## REFERÊNCIAS

- American Diabetes Association. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Medical Care in Diabetes 2019. *Diabetes Care* 2019;42(Suppl.1):S90–S102.
- ARAÚJO, A.C.; NETO, F. L. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. Vol. XVI, no. 1, 67 – 82, 2014.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS no 609, de 06 de junho de 2013, retificada em 14 de junho de 2013a. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Doença pulmonar obstrutiva crônica.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). ISBN 978-85-334-2019-9.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Portaria Conjunta Nº 17, De 21 De Junho De 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Epilepsia.
- BERTOLUCI et al. Diuréticos são Similares à Losartana na Avaliação Ecocardiográfica de Lesão a Órgãos-Alvo no Estágio I da Hipertensão. Estudo PREVER-Treatment. *Arq Bras Cardiol*. 2019; 112(1):87-90.
- BURNIER, M.; BAKRIS, G.; WILLIAMS, B. Redefining diuretics use in hypertension: why select a thiazide-like diuretic? *Journal of Hypertension* 2019, 37:000–000.
- FALUDI A. A. et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *Arq Bras Cardiol* 2017; 109(2Supl.1):1-76.
- FUCHS, FD; WANNMACHER, L. Farmacologia clínica e terapêutica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 5 ed. 2017.
- GOLAN, D. E. et al. Princípios de farmacologia: a base fisiopatológica da farmacoterapia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. ISBN 978-85-277-2599-6.
- GONG, X.; ZHOU, R.; LI, Q. Effects of captopril and valsartan on ventricular remodeling and inflammatory cytokines after interventional therapy for AMI. *EXPERIMENTAL AND THERAPEUTIC MEDICINE* 16: 3579-3583, 2018.

GOULART F.A.A. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os Sistemas de Saúde [Internet]. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2011. [citado 2014 nov 14]. Disponível em: [http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas\\_flavio1.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf).

HILAL-DANDAN, R.; BRUNTON, L. Manual de farmacologia e terapêutico de Goodman e Gilman. Porto Alegre:AMGH. 2014.

LEMSTRA, M. et al. Primary nonadherence to chronic disease medications: a meta-analysis. *Patient Preference and Adherence* 2018;12 721–731.

LOBO, L.A.C, CANUTO, R, DIAS-DA-COSTA, J.S, PATUSSI, M.P. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2017 33 (6): 1-12 DOI: 10.1590/0102-311X00035316.

MENEZES A.M., PEREZ-PADILLA R., JARDIM J.R., MUIÑO A., LOPEZ M.V., VALDIVIA G., et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet*. 2005; 366(9500):1875-81.

MENEZES, A. M. B. et al. Tratamento farmacológico da DPOC. *J Bras Pneumol*. 2011 ;37(4):527-543.

MENGUE, S.S, BERTOLDI, A.D, RAMOS, L.R, FARIAS, M.R, OLIVEIRA, M.A, TAVARES, N.U.L, ARRAIS, P.S.D, LUIZA, V.L, PIZZOL, T,S,D. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 2016, 50 (supl 2): 1-8, DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006154.

MUHURI, P.; MACHLIN, S. Treatment and Monitoring of Adults with Diagnosed Diabetes by Race/ Ethnicity, 2015-2016. *Statistical Brief #518*. December 2018. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.

MULÈ, A. et al. Low incidence of psychosis in Italy: confirmation from the first epidemiological study in Sicily. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017 February ; 52(2): 155–162. doi:10.1007/s00127-016-1322-4.

REGIER D.A; BOYD JH; BURKE JD.Jr; RAE D.S; et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:977-86.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 377(9781):1949-61, 2011.

SILVA-CARDOSO, J. et al. Neurohormonalmodulation: The new paradigm of pharmacological treatment of heart failure. *RevPortCardiol*.2019;38(3):175---185.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Editora Clannad. 2017.

VESTBO J, HURD SS, AGUSTÍ AG, JONES PW, VOGELMEIER C, ANZUETO A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013; 187(4):347-65. DOI: 10.1164/rccm.201204-0596PP.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. World Health Day 2013. Geneva: World Health Organization; 2013.

## PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ DO CAMPUS JOÃO UCHÔA – RJ SOBRE A IMPORTÂNCIA DA SUA INSERÇÃO NA PRÁTICA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**Tereza Claudia de Andrade Camargo**  
**Amanda Aparecida da Silva Machado**  
**Vitoria Sousa Melo de Oliveira**

**RESUMO: Objetivos:** identificar a percepção do discente sobre sua inserção na prática da ESF, compreender os desafios e conquistas na adesão à medicina de Família e Comunidade enquanto disciplina e proporcionar um novo olhar do estudante para a estratégia, para que a Medicina de Família (MFC) e Comunidade possa ser uma opção de especialidade futura. **Métodos:** trata-se de um estudo quantitativo que teve como proposta realizar um levantamento, através de entrevista semiestruturada, da percepção do estudante de medicina da Universidade Estácio de Sá, Campus João Uchôa – RJ acerca da sua inserção prática na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Resultados e Discussão:** vinte e dois discentes do curso de medicina do Campos João Uchôa responderam ao questionário e a maioria (22,7%) pertencia ao 10º período. No que tange à contribuição da ESF na formação, a maioria dos estudantes afirma que a disciplina auxilia na compreensão da estrutura do SUS e na experiência profissional cotidiana. Já na percepção da inserção na ESF durante a formação, a maioria afirma que poderia participar mais do cotidiano das unidades. Quando sobre

a Medicina de Família e Comunidade ser vista como futura especialidade, 31,8% diz que sim e 68,2 aponta que não escolheria esta área para seguir carreira na medicina. **Conclusão:** a forma como o acadêmico percebe a disciplina, não garante a adesão à especialidade e a inserção do mesmo nas unidades deve ser realizada de forma precoce para que o estudante se sinta um membro das equipes, participante efetivo das atividades e reconhecedor da importância da Estratégia de Saúde da Família tanto na sua formação, como na saúde da população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estratégia de Saúde da Família; Educação em Saúde; Formação médica.

### PERCEPTION OF THE MEDICAL STUDENTS OF THE ESTÁCIO DE SÁ UNIVERSITY OF JOÃO UCHÔA CAMPUS - RJ ON THE IMPORTANCE OF THEIR INSERTION IN THE PRACTICE OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

**ABSTRACT: Objectives:** to identify students' perception about their insertion in the FHS practice, to understand the challenges and achievements in adherence to Family and Community Medicine as a discipline and to provide a new perspective of the student to the strategy so that Family Medicine (CFM) and Community may be a future specialty option. **Methods:** this is a quantitative-qualitative study

whose purpose was to carry out a survey, through a semi-structured interview, of the perception of the medical student of the Universidade Estácio de Sá, Campus João Uchôa - RJ, about their practical insertion in the Health Strategy of the Family (ESF). **Results and Discussion:** twenty-two students from the medical course at Campos João Uchôa answered the questionnaire and the majority (22.7%) belonged to the 10th period. Regarding the contribution of the ESF in the training, most of the students affirm that the discipline helps in understanding the structure of the SUS and in the daily professional experience. Already in the perception of the insertion in the FHT during the training, the majority affirms that it could participate more in the daily life of the units. When about Family and Community Medicine being seen as a future specialty, 31.8% said yes and 68.2 indicated that they would not choose this area to pursue a career in medicine. **Conclusion:** the way the academic perceives the discipline, does not guarantee the adherence to the specialty and the insertion of the same in the units must be done in a way that feels integral to the teams, an effective participant in the activities and recognizing the importance of the Family Health Strategy both in their training and in the health of the population.

**KEYWORDS:** Family Health Strategy; Health Education; Education, Medical, Education.

#### PERCEPCIÓN DE LOS ACADÉMICOS DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD ESTADIO DE SÁ DEL CAMPUS JOÃO UCHÔA - RJ SOBRE LA IMPORTANCIA DE SU INSERCIÓN EN LA PRÁCTICA DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

**RESUMEN: Objetivos:** identificar la percepción del alumnado sobre su inserción en la práctica de la ESF, comprender los desafíos y logros en la adhesión a la medicina de Familia y Comunidad como disciplina y proporcionar una nueva mirada del estudiante a la estrategia, para que la Medicina de Familia (MFC) y la Comunidad pueda ser una opción de especialidad futura. **Métodos:** se trata de un estudio cuantitativo cualitativo que tuvo como propuesta realizar un levantamiento, a través de entrevista semiestructurada, de la percepción del estudiante de medicina de la Universidad Estadio de Sá, Campus João Uchôa - RJ acerca de su inserción práctica en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). **Resultados y Discusión:** veintidós discentes del curso de medicina del Campos João Uchôa respondieron al cuestionario y la mayoría (22,7%) pertenecía al 10 ° período. En lo que se refiere a la contribución de la ESF en la formación, la mayoría de los estudiantes afirma que la disciplina auxilia en la comprensión de la estructura del SUS y en la experiencia profesional cotidiana. En la percepción de la inserción en la ESF durante la formación, la mayoría afirma que podría participar más de lo cotidiano de las unidades. Cuando sobre la medicina de la familia y la comunidad se ve como futura especialidad, el 31,8% dice que sí y 68,2 señala que no escogía esta área para seguir carrera en la medicina. **Conclusión:** la forma como el académico percibe la disciplina, no garantiza la adhesión a la especialidad y la inserción del mismo en las unidades debe ser realizada de forma que se sienta integrante de los equipos, participante efectivo de las actividades y reconocedor de la

importancia de la Estrategia de Salud de la Familia tanto en su formación, como en la salud de la población.

**PALABRAS CLAVE:** Estrategia de Salud Familiar; Educación en Salud; Educación Médica.

## INTRODUÇÃO

A disciplina Saúde da Família tem como objetivo aprofundar a reflexão do graduando de medicina com relação aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a construção do cuidado em saúde em redes de atenção, a participação popular a partir da gestão participativa e do controle social, bem como, conhecer a percepção do usuário acerca do sistema e dos serviços ofertados. Teófilo et al<sup>1</sup> caracteriza a ideia da Estratégia Saúde da Família (ESF) como o principal espaço de articulação do ensino com o sistema de saúde, identificada no currículo como assistência básica à saúde, tendo de estar presente em toda sua trajetória, do primeiro ao último ano.

Na instituição onde o estudo foi realizado, cada disciplina de acordo com seu respectivo período, propõe a atuação por ciclos de vida e suas respectivas linhas de cuidado até finalizar com a prática no internato nas Unidades de Atenção Básica/Clínicas de Saúde da Família. Isto amplia o conhecimento e auxilia na compreensão da importância dos determinantes sociais, dos aspectos que envolvem o processo saúde/doença e da política de promoção à saúde.

O graduando que ingressa na primeira disciplina do curso adquire conhecimentos sobre os antecedentes históricos do SUS, a partir de sua formulação no contexto da Reforma Sanitária, até a implementação de políticas públicas recentes, no caso, o atual modelo de atenção tendo como foco a saúde da família. Segundo Menicucci,<sup>2</sup> a reforma sanitária que foi feita visando à criação do SUS, arcabouço na Constituição de 1988, foi de fato uma ruptura com todos os princípios que ordenavam a política de saúde, pois reformulou as práticas de saúde, considerando-se os determinantes em saúde no processo de adoecimento.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014:<sup>3</sup>

O curso de graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional: um médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.<sup>3</sup>

Os graduandos do curso de medicina passam a compreender a importância da participação popular e como se atua com o mecanismo de gestão participativa. Visto que a participação da comunidade na formulação, avaliação e fiscalização das

políticas públicas no Brasil é uma conquista social que, ao longo dos anos, tem se ampliado em concepção e ferramentas que a viabilizem, de fato.<sup>4</sup> Os estudantes além de adquirirem a compreensão deste mecanismo, passam a entender e garantir o exercício de cidadania, como atores que protagonizam, compõem e integram o sistema de saúde estabelecido no país.

A participação popular no cuidado em saúde pode ser fortalecida a partir da ação do controle social nos distritos sanitários e municipais, assim como, na gestão participativa.<sup>5</sup> No entanto, observa-se que usuários e profissionais de saúde e a sociedade têm dificuldade em identificar o papel de cada ator como cidadão no processo de construção cotidiana do SUS.

A partir desse entendimento a disciplina Saúde da Família no cumprimento de seus objetivos observa a relevância de uma reflexão sobre a realidade dos estudantes de medicina na gestão do cuidado na ESF e principalmente a “percepção” deste cuidado. Segundo Gusso e Lopes,<sup>6</sup> na relação entre pessoas, o sentimento de afeição entre elas pode ser “à primeira vista” apaixonante ou seguir um caminho de construção por meio do conhecimento mútuo, progressivo, longitudinal, em que se estabelece uma relação harmonizada baseada na confiança e no afeto. Essa possibilidade de uma segunda chance na relação ou na construção é uma característica da Atenção Primária à Saúde (APS).

Por compreender que a Estratégia de Saúde da Família é modelo norteador e primordial para a entrada dos indivíduos no Sistema Único de Saúde, o estudo teve como objetivos: identificar a percepção do discente sobre sua inserção na prática da ESF; compreender os desafios e conquistas na adesão à medicina de Família e Comunidade enquanto disciplina e proporcionar um novo olhar do estudante para a estratégia, para que a Medicina de Família (MFC) e Comunidade possa ser uma opção de especialidade futura.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa é de cunho descritivo, quanti-qualitativo, e utilizou como instrumento de coleta de dados um formulário online, aplicado aos graduandos de medicina do 1º ao 12º períodos, constando do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com perguntas abertas sobre a Estratégia de Saúde da Família. Uma revisão de literatura, foi construída ao longo de toda a pesquisa, cujo referencial teórico está situado no Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed. A análise dos dados foi apoiada em Bardin.<sup>7</sup>

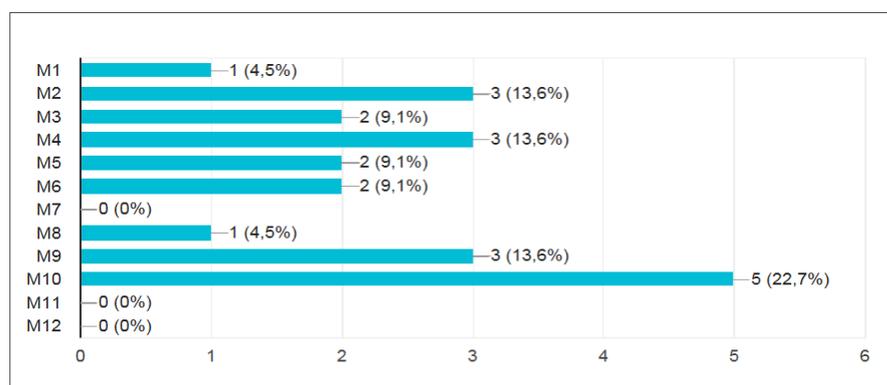
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o nº (66936417.7.0000.5284) e a coleta de dados se deu no período de agosto a dezembro de 2017, através de questionário enviados aos alunos de medicina da Universidade Estácio de Sá, Campus João Uchôa – RJ, de todos os períodos acadêmicos. Foram feitas quatro perguntas, que nortearam o estudo e inseridas na tabela abaixo:

a) Qual o seu período?
b) De que forma você acha que a disciplina de Saúde da Família contribui com sua formação?
c) O que você acha de sua inserção na Saúde da Família?
d) Você cogita a Medicina de Família e Comunidade como uma futura especialidade?

**Tabela 1:** Roteiro de entrevista.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O período de preenchimento do formulário se deu de agosto a dezembro de 2017 e vinte e dois discentes do curso de medicina da Universidade Estácio de Sá do Campus João Uchôa – RJ preencheram o formulário. A maioria dos discentes pertencia ao 10º período e nenhum estudante do 7º, 11º e 12º períodos – se disponibilizou para a pesquisa, apontando nesse momento a dificuldade da coleta de dados e falta de adesão aos conteúdos propostos, como foi possível perceber no gráfico. Atribui-se o fato do maior número de estudantes que preencheram o questionário estarem em períodos mais avançados, no caso o internato, por terem cumprido todas as disciplinas do eixo saúde da família, entendendo a importância da ESF na graduação e por isso terem passado por todas as disciplinas do curso.



**Gráfico 1:** Distribuição quanto ao período dos entrevistados.

Magalhães<sup>8</sup> afirma que o modelo tradicional adotado pelos cursos de medicina, está defasado, tendo estes que se adaptarem às recomendações das Diretrizes Curriculares, incentivando as atividades práticas de atenção básica dentro das universidades a fim de divulgar e consolidar a importância da Atenção Primária e da Estratégia de Saúde de Família. Um acadêmico relata:

[..] Creio que seja uma disciplina imprescindível para a formação do médico em nosso país. Penso que, independente da especialidade escolhida, é de extrema importância conhecer nosso sistema de saúde, seus princípios e funcionamento, em especial para o médico que se compromete com a boa prática, o cuidado e o bem-estar." (Acadêmico do 5º período).

No que tange à contribuição da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na

formação, a maioria dos estudantes afirma que a disciplina auxilia na compreensão da estrutura do SUS e na experiência profissional cotidiana, principalmente porque são apresentados à disciplina desde o início do curso. Souza <sup>9</sup> aponta que o contato inicial do estudante de medicina com os serviços de atenção primária à saúde deve ser vivenciado de forma ativa e crítica, obtendo-se os estímulos adequados. Pode se constatar isto nas falas dos discentes entrevistados:

[..] Contribui de forma significativa, visto que ao aprender sobre a estratégia de saúde da família, permeamos pelos conhecimentos do sus e aprendemos sobre o pilar da saúde que é justamente a atenção básica. (Acadêmico do 3º período).

[..] Entender a necessidade/importância de uma medicina mais humana, engajada e participativa na sociedade. Fazer entender que o médico não pode ser apenas uma engrenagem da mecânica do contexto atual. (Acadêmico 3º período)

[..] Panorama de como o SUS está articulado enquanto política de saúde pública e como a rede privada se engendra nessa estrutura e de que forma os fatores históricos contribuem para essas construções. (Acadêmico 4º período)

Já na percepção da inserção na ESF durante a formação, a maioria afirma que poderia participar mais do cotidiano das Unidades Básicas de Saúde. Isto é algo que as instituições de ensino veem investindo, para que o estudante se sinta inserido e pertencente às equipes nas Unidades de Saúde quando alocados no cenário de prática. É também papel do preceptor ser mediador entre as unidades e os estudantes, bem como estimular para que as atividades na UBS sejam mais proveitosas e as práticas mais atraentes nos cenários.

A educação médica tem sofrido profundas críticas quanto à necessidade de diversificar os cenários de ensino-aprendizagem para que se construam novos currículos e sujeitos, possibilitando-lhes a inserção num processo pedagógico reflexivo e dinâmico.<sup>10</sup> As falas dos estudantes corroboram com esta crítica:

[..] Acho que deixa a desejar, precisamos de mais prática para tornar a disciplina realmente efetiva..(Acadêmico do 3º período)

[..] Depende de quem nos acompanha na atividade. (Acadêmico do 4º período)

[..] A faculdade poderia fazer um trabalho mais inclusivo para os alunos. (Acadêmico do 8º período)

[..] Poderíamos participar mais do cotidiano das equipes, mas entendo que a logística é complexa. (Acadêmico do 9º período)

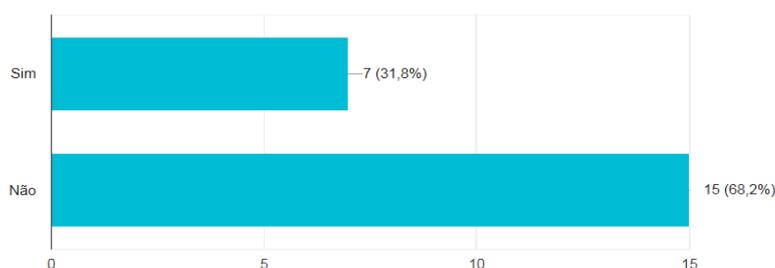
[..] Importante, pois desde o M1 temos a oportunidade de vivenciar a prática e conhecer um pouco sobre a atenção básica. (Acadêmico do 4º período)

É importante o preparo e a sensibilização dos discentes desde o início da graduação em medicina bem como a inserção precoce nos cenários de prática, pois

alguns alunos, terão como primeiro emprego quando recém-formados, a Estratégia de Saúde da Família. Thérien <sup>11</sup> observou que os novos currículos, mais voltados para a Atenção Básica, permitiram que os médicos recém-formados se sentissem mais preparados para atuar na ESF, ao contrário dos profissionais formados em currículos antigos.

Provavelmente, este médico deve ter iniciado a graduação no currículo antigo e feito transição para a nova estrutura curricular ao longo do curso, uma vez que seu relato está em franca contradição com os depoimentos dos demais médicos que se formaram com o novo currículo e que se expressaram da seguinte forma, quando interrogados se consideravam preparados para atuar na ESF [...].<sup>11</sup>

No último questionamento feito aos discentes sobre a Medicina de Família e Comunidade ser vista como futura especialidade, 31,8% diz que sim e 68,2% aponta que não escolheria esta área para seguir carreira na medicina. Os resultados obtidos neste estudo foram mais otimistas que os do estudo de Issa,<sup>12</sup> onde nenhum dos entrevistados tinha como opção se especializar em MFC, concluindo que são necessárias ações mais eficazes que possam garantir a valorização da ESF.



**Gráfico 2:** Distribuição quanto a possibilidade de optar pela MFC como especialidade.

Lobello <sup>13</sup> percebeu que a atenção primária à saúde não é foco na graduação em medicina na maioria das vezes e que os profissionais que tiveram o direcionamento na área durante a formação, ainda assim obtinham um distanciamento entre os conceitos e habilidades adquiridos na graduação e a realidade do trabalho nas unidades básicas de saúde. Uma proposta que a Universidade Estácio de Sá (UNESA) vem fazendo, além da mudança curricular em 2014 com o eixo saúde da Família do 1º ao 8º períodos, é de inserir especialistas em MFC nas disciplinas de saúde da família, pois o contato com profissionais da área estimula ao entendimento da especialidade e contribui para que os estudantes pensem em segui-la futuramente.

## CONCLUSÃO

A UNESA se coloca a frente, com a mudança curricular em 2014, de resultados encontrados em alguns estudos, como por exemplo o de Teófilo,<sup>1</sup> que elencou três apostas de mudança na formação em medicina: currículo em módulos como inovação

pedagógica, a estratégia da aprendizagem baseada em problemas e a Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante para a mudança na formação. Todavia é preciso que haja o fortalecimento da MFC como especialidade, pois mesmo tendo o eixo de saúde da família ao longo da graduação, as outras especialidades ainda são as primeiras opções escolhidas na residência médica.

Portanto além das propostas já feitas pela instituição, para que a ESF seja cogitada como especialidade, ou seja, uma opção a ser considerada, precisa-se de uma inserção mais consistente nas unidades de saúde, de forma que o acadêmico se sinta parte integrante das equipes, participante efetivo das atividades e reconhecedor da importância da Estratégia de Saúde da Família tanto na sua formação, como na saúde da população. Para que isto ocorra, faz-se necessário uma parceria entre instituições de ensino e de saúde, que vincule a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase nos princípios do SUS.

Pensando de forma integrada e com a colaboração de todos os envolvidos no processo de formação dos discentes, ainda que não seja a MFC a especialidade escolhida, lançar mão de diferentes ambientes de ensino-aprendizagem permite ao aluno conhecer e vivenciar inúmeras nuances da vida acadêmica, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional, além de permitir a interação do mesmo com os usuários. A possibilidade de discentes adquirirem responsabilidades com a gestão do cuidado e atenção, é algo que deve iniciar nos primeiros períodos da graduação.

## REFERÊNCIAS

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.

Brasil. Congresso Nacional. Lei n.º 8.142, de 28/12/1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional; 1990.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior . Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina . Resolução n / 3 de 20 de junho de 2014. Brasília: Ministério da Educação; 2014.

Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012.

Issa AHTM. Percepções discentes sobre a Estratégia de Saúde da Família e a escolha pela especialidade de Medicina de Família e Comunidade. Goiânia: UFG; 2013.

Lobello HFP. Formação Médica:Desafios para o fortalecimento da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. São Paulo; 2013.

Magallães TN et al. A Medicina de Família na Educação Médica: Um Núcleo de Ensino na Atenção Terciária para a Aprendizagem em Atenção Primária. Cad. Bras Med XXVII; 2014. (3): 1-58..

Menicucci TMG. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças,

continuidades e a agenda atual. Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde – Manguinhos; 2014.

Silva RP et al. O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS. Brasília; 2016.

Souza CFT et al. A Atenção Primária na Formação Médica: a Experiência de uma Turma de Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica; 2013. 37 (3): 448-454.

Teófilo TJS, Santos NLP, Baduy RS. Apostas de mudança na educação médica: trajetórias de uma escola de medicina. Botucatu: Interface; 2017.

Thérrien MSN et al. Formação para a Estratégia Saúde da Família na Graduação em Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica; 2015. 39 (1):112-118.

Vasconcelos RNC, Ruiz EM. Formação de Médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família – Revisão Integrativa. Revista Brasileira de Educação Médica; 2015. 39 (4): 630-638.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: CONTRIBUIÇÃO DO GENOGRAMA E ECOMAPA PARA A EFETIVIDADE DAS AÇÕES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

### **Amany Hatae Campoville**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
Curso de Graduação em Medicina  
Três Lagoas - MS

### **Stephanie Moreira**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
Curso de Graduação em Medicina  
Três Lagoas - MS

### **Karine Bianco da Cruz**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
Curso de Graduação em Medicina, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem  
Três Lagoas - MS

### **Marcelo Kwiatkoski**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
Curso de Graduação em Medicina  
Três Lagoas - MS

### **Tatiana Carvalho Reis Martins**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
Curso de Graduação em Medicina, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem  
Três Lagoas - MS

**RESUMO:** O presente estudo teve como objetivo explicar a importância da utilização do genograma e do ecomapa e como eles propiciam a construção de vínculos entre os usuários e os profissionais no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato

de experiência, realizado por estudantes de medicina em uma unidade de ESF no município de Três Lagoas, MS, Brasil. A experiência vivenciada transcorreu durante a aula prática da disciplina Atenção à Saúde ao Ciclo Vital I, realizada no segundo semestre de 2016. Na elaboração do genograma e ecomapa, ficou evidente que o agente comunitário de saúde é o elo entre a população e o serviço de saúde, sendo um agente ativo na transformação do modelo de atenção à saúde, como previsto na Política Nacional da Atenção Básica. A construção do genograma e do ecomapa possibilitou conhecer a dinâmica familiar, seus componentes, a interação entre os membros da família e com a comunidade, e os problemas de saúde que resultam de tal interação. Em virtude dos benefícios alcançados pelo uso destas ferramentas, percebe-se a necessidade de abordar estes temas no decorrer da graduação de medicina e também como capacitação para os profissionais que estão inseridos na ESF. Conclui-se que estas ferramentas são necessárias para prestar à família uma atenção integral para atender às suas demandas, sejam elas biológicas, psicológicas ou sociais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Família, Visita Domiciliar, Genograma, Ecomapa, Estratégia Saúde da Família.

**ABSTRACT:** The present study aimed to explain the importance of using the genogram and the ecomap and how they facilitate the construction of links between users and professionals within the scope of the Family Health Strategy (ESF). This is a descriptive, experience-type study, carried out by medical students at a ESF unit in the city of Três Lagoas, MS, Brazil. The experience lived during the practical class of the discipline Health Care to the Life Cycle I, held in the second half of 2016. In the elaboration of the genogram and ecomap, it was evident that the community health agent is the link between the population and the health service, being an active agent in the transformation of the modelo of attention to health, as foreseen in the National Policy of Primary Care (PNAB). The construction of the genogram and the ecomap can make it possible to know the family dynamics, its components, the interaction between family members and the community, and the health problems that result from such interaction. Due to the benefits obtained by the use of these tools, the need to address these issues during medical graduation is also evident, as well as training for professionals who are part of the ESF. It is concluded that these tools are necessary to give the family an integral attention to meet their demands, be they biological, psychological or social.

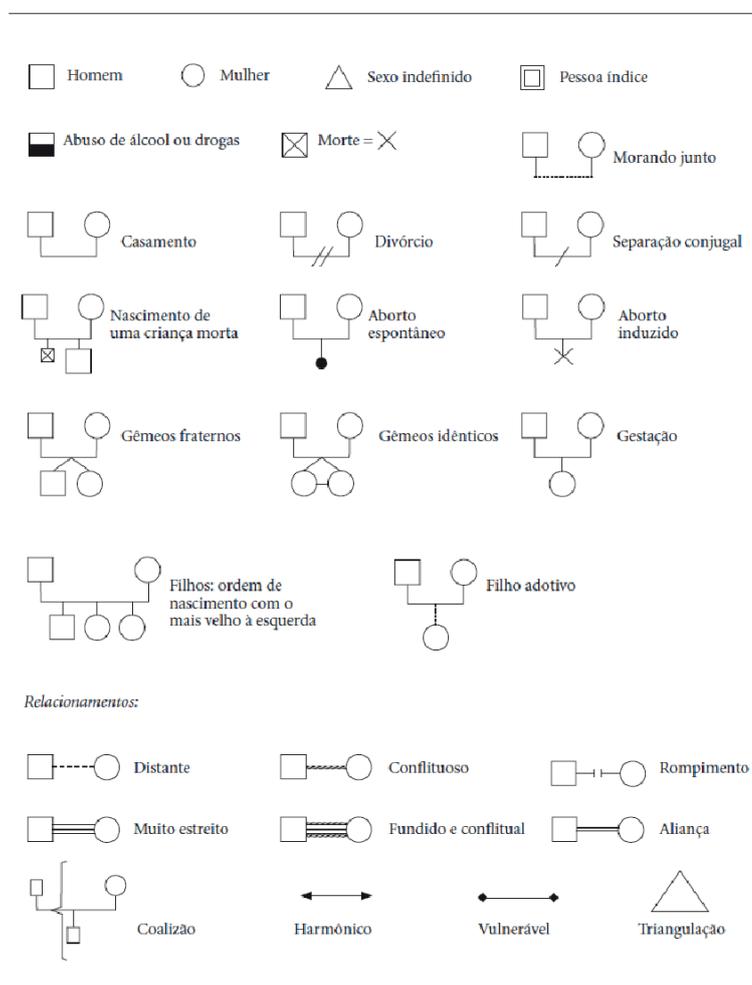
**KEYWORDS:** Family, Home Visit, Genogram, Ecomap, Family Health Strategy.

## 1 | INTRODUÇÃO

O Brasil, por meio do Ministério da Saúde (MS), tem mobilizado suas ações em prol da reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que são equidade, universalidade e integralidade, de modo a reconstruir o conceito de saúde substituindo a visão positivista por atividades centradas no indivíduo, mais humanizadas, visando a prevenção e promoção da saúde ao invés do tratamento de agravos. Assim, a atenção primária à saúde (APS) vem sendo construída com ênfase no cuidado continuado da saúde dos indivíduos, família e comunidade, tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como ação prioritária (BRASIL, 2017).

Os integrantes da ESF devem ser capazes de solucionar a maior parte dos problemas de saúde da população no espaço de sua unidade, executando o atendimento domiciliar quando necessário (BRASIL, 2013). A ida até o domicílio facilita o maior conhecimento do contexto sócio-político-cultural e econômico em que está inserida a família a ser atendida. Desta forma, possibilita a compreensão de sua composição e a dinâmica familiar, que nos últimos 50 anos tem se alterado, decorrentes da industrialização e urbanização, inserção da mulher no mercado de trabalho, aprimoramento dos métodos contraceptivos e enfraquecimento da família nuclear (SCAGLIA; MISHIMA-GOMES; BARBIERI, 2018).

Os profissionais de saúde podem valer-se de dois instrumentos sistematizados, o genograma e o ecomapa, que proporcionam uma visão ampliada da relação da família entre seus pares e com a comunidade, respectivamente. O genograma é uma representação simbólico-visual de pelo menos três gerações, semelhante ao heredograma aplicado na genética, demonstrando de maneira rápida concisa e eficiente a estrutura familiar. Os integrantes são colocados em séries horizontais indicando gerações; os casamentos como união dos símbolos por linhas horizontais; e os filhos por linhas verticais. As legendas utilizadas no Genograma foram construídas a partir de normas sugeridas pela literatura especializada (Figura 1). Os dados qualitativos necessários para sua construção são obtidos através de entrevistas com a família, geralmente durante a visita domiciliar (BRASIL, 2013).

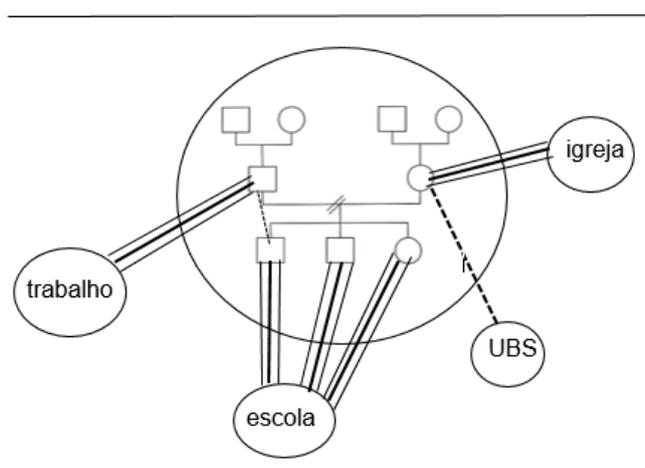


**Figura 1:** Símbolos utilizados no genograma

Fonte: LEONIDAS; SANTOS, 2015.

Aliado a construção do genograma, está a elaboração do ecomapa, que fornece uma visão ampliada da família, ressaltando a estrutura de sustentação e a ligação dela aos outros sistemas sociais, colaborando para demonstrar os apoios e suportes disponíveis na comunidade, sendo retrato de um momento específico da conjuntura familiar. A sua forma de representação é feita com a família dentro de um círculo e os contatos dessa família com a comunidade, pessoas e grupos de apoio, são

evidenciados em círculos externos ao do grupo familiar. As linhas representam o tipo de relação: linhas contínuas representam ligações fortes, linhas triplas contínuas ligações muito fortes, pontilhadas ligações frágeis e linhas tortuosas demonstram aspectos estressantes (BRASIL, 2013). A Figura 2 apresenta o ecomapa associado ao genograma.



**Figura 2:** Representação ilustrativa do ecomapa associado ao genograma

Fonte: Autores.

Assim sendo, o genograma e o ecomapa são ferramentas essenciais para o trabalho da ESF, pois sua aplicação permite aos profissionais de saúde traçar planos de ações individualizados às necessidades específicas da população adscrita. Os próprios usuários constroem de forma compartilhada os mapas de suas famílias, contribuindo para a consolidação da autonomia e corresponsabilidade na promoção da saúde previstos pela Política Nacional de Humanização (PNH). Visto que ainda é deficiente a produção literária relacionada a abordagem familiar na APS faz-se necessário desenvolver estudos acerca desta temática (FERREIRA; RAPOSO; PISCO, 2017). Diante disso, o presente estudo teve como objetivo explicar a importância da utilização do genograma e do ecomapa e como eles propiciam a construção de vínculos entre os usuários e os profissionais no âmbito da ESF.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada no município de Três Lagoas, na região leste do estado do Mato Grosso do Sul.

A experiência foi vivenciada no 2º semestre, de 2016, por graduandos e docente da disciplina Atenção à Saúde ao Ciclo Vital I, do curso de medicina da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS, campus de Três Lagoas. A metodologia proposta pela disciplina visa contribuir na formação de sujeitos críticos-reflexivos, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e

coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014).

Na disciplina, durante as aulas práticas na ESF, é proposto que seja realizado o processo de territorialização e uma aproximação dos discentes com a população adscrita. A aproximação com o ambiente domiciliar contou com a colaboração da equipe de ESF. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram os responsáveis por conduzir os acadêmicos até a residência das famílias. Para validar estes conhecimentos, partiu-se para a construção, durante a aula prática, do genograma e ecomapa de uma família selecionada juntamente com um ACS. Na visita domiciliar, os discentes tinham como objetivo realizar uma pesquisa/entrevista com família cadastrada na ESF a fim de coletar dados referentes ao contexto sócio-político-cultural e econômico, bem como conhecer o processo da composição e da dinâmica dessa família, sendo possível a construção do genograma e do ecomapa.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer da disciplina estudou-se a definição, o modo de construção e a importância do genograma e do ecomapa no âmbito da atenção básica. Estes instrumentos permitem a visualização do histórico das famílias, a forma como elas enfrentam as mudanças nos ciclos de vida e a formação de vínculo entre os usuários e os profissionais da rede. Desta maneira, facilita a identificação das necessidades da família e quais os serviços da rede são utilizados como apoio (BRASIL, 2013).

Diversos estudos apontam a necessidade de promover a compreensão sobre a forma como a saúde é construída, associada a todas as dimensões que o indivíduo está sujeito, sendo um dos objetivos do SUS fornecer condições que possibilitem esses sujeitos serem participantes ativos na construção do seu próprio bem-estar. Faz-se necessário utilizar ferramentas como o genograma e o ecomapa para auxiliar nesse processo, pois, permitem uma construção conjunta dos profissionais com a família (PARRA-GIORDANO; GONZÁLEZ-MOLINA; PINTO-GALLEGUILLOS, 2017).

Atualmente, busca-se com as políticas públicas a reconstrução do conceito de saúde e do modelo de atenção, almejando uma visão humana das atividades dos profissionais de saúde, com mais sintonia, empatia e ética, entre os profissionais e a população assistida (SEGRE; FERRAZ, 1997). Em conjunto com os ACS, foram abordadas as etapas de construção do genograma e ecomapa, assim como sua relevância no processo de produção da saúde. Discutiu-se a necessidade de superar o pensamento arraigado às correntes biologicistas do modelo flexneriano, atentando o agente comunitário de saúde aos aspectos psicossociais e sua importância na determinação da saúde na população.

Desta forma, ao compreender o objetivo e a importância da construção do genograma e ecomapa, o ACS pode aplicá-los nas famílias de sua área de abrangência

e evidenciar as situações e contextos de cada família, de forma a atuar na melhora do processo de construção de saúde dessas famílias. Não somente o ACS, mas todos os profissionais de saúde que atuam na atenção básica podem utilizar essas ferramentas no cotidiano do trabalho, principalmente aqueles atuantes na ESF, considerando a família como objeto e sujeito do processo de cuidado em saúde (COSTA et al., 2018).

Evidenciou-se ainda que o ACS é visto como uma pessoa de confiança pelos moradores de sua microárea, de modo que se sentem seguros para relatar suas queixas e informar suas necessidades, tornando-se um elo entre a população e o serviço, sendo um agente ativo na transformação do modelo de atenção à saúde, como está previsto na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017).

Destarte, percebeu-se que a aproximação com o paciente crescia à medida que eram realizadas as entrevistas, sendo mencionadas até mesmo informações pessoais que dificilmente seriam obtidas se fossem abordadas de outra forma. A construção de genograma embasada no diálogo e contato direto com a família foi o que permitiu tal fato. A criação do vínculo entre os pacientes e os profissionais surge a partir do acolhimento, responsabilização e confiança estabelecida entre estas pessoas, e é indispensável na consolidação das relações, principalmente na atenção básica (SANTOS; MIRANDA, 2016).

Observou-se também que todos os membros da família foram gradualmente se integrando no processo de construção dos mapas, despertando um sentimento de contribuição para a formação de um trabalho final, evidenciando que eles também têm responsabilidades quanto à promoção de condições de vida adequadas para si e sua família. Percebe-se que o processo de construção do genograma e ecomapa contribuem para a formação de cidadãos cientes de seus direitos e incentiva sua atuação na produção de saúde. A participação da família no processo de promoção da saúde é uma das principais propostas da ESF, pois é impossível ter qualidade de vida se o próprio indivíduo não contribuir nessa construção. Como a definição de família modificou-se através dos tempos, e tem hoje uma complexidade e uma dinamicidade muito maior, faz-se necessário sua compreensão. Então, analisar a estrutura familiar, sua composição e relações entre seus membros torna-se essencial para o processo de cuidar em saúde (COUTINHO; FERREIRA; NASCIMENTO, 2016).

Ressaltou-se que as informações devem ser constantemente atualizadas e não podem ser resultado de apenas uma visita isolada, dado que a família é uma estrutura dinâmica. Os resultados obtidos não devem ser considerados estáticos, e sim concernentes a um momento específico da trajetória de vida dos participantes. Entretanto, o uso do instrumento demonstra limitações, pois apresenta um retrato momentâneo, e as relações humanas estão em constante movimento (LEONIDAS; SANTOS, 2015).

O genograma e o ecomapa tornam-se ferramentas proficientes nesse contexto, pois concomitantemente são utilizadas pelos profissionais de saúde para delinear planos de ações para problemas específicos de uma família, como também permitem que as próprias pessoas participem e visualizem os acontecimentos que se repetem através das gerações, promovendo a autorreflexão para ações de mudança e melhora

na qualidade de vida. São instrumentos estáticos e dinâmicos simultaneamente, pois permitem uma leitura rápida e de fácil compreensão que representa as relações familiares (COUTINHO; FERREIRA; NASCIMENTO, 2016).

A experiência dos discentes de medicina com instrumentos de avaliação e abordagem familiar mostra-se importante em sua formação profissional e acadêmica, pois propicia a criação de vínculos com os pacientes e maior compreensão da integralidade do cuidado. Evidencia-se o despreparo dos profissionais para aplicar esses instrumentos, o que dificulta uma assistência de qualidade, e torna-se essencial essa experiência durante os cursos da área da saúde (NOGUEIRA et al., 2017).

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer a estrutura das famílias, como são seus membros, a interrelação entre eles, e as relações deles com o meio ambiente, junto ao conhecimento das áreas de risco, doenças frequentes, cultura e hábitos de vida são aspectos essenciais para promover a saúde da família, já que esta não depende apenas de fatores biológicos mas também é influenciada pelo contexto em que está inserida.

Uma das formas de reunir informações sobre as famílias é por meio de entrevistas que fornecerão informações para construção de ecomapas e genogramas. Estes métodos podem ser usados pela ESF para o armazenamento de dados familiares de uma forma prática e clara, além disso são de fundamental importância para a definição do planejamento das intervenções em saúde, de modo a atender as reais necessidades populacionais daquele ambiente. Ao final, com a junção de diversos dados de famílias diferentes há a possibilidade de definir as necessidades de saúde daquele grupo, investindo em medidas para atender as especificidades daquela região.

Outra contribuição do genograma e ecomapa para a consolidação da transformação do modelo de atenção à saúde, para um SUS mais humanizado, está no fato de que em seu processo de construção faz-se necessário uma participação constante da família. Assim, o sujeito torna-se participante ativo na construção de sua saúde, contribuindo para a consolidação da autonomia, um dos princípios propostos pela Política Nacional de Atenção Básica.

Também se faz necessário que os profissionais de saúde se capacitem para conhecer e aplicar estes instrumentos, percebendo sua importância e incorporando-os no cotidiano do trabalho em saúde. Todos os profissionais de saúde podem utilizar estes recursos, pois são simples e permitem uma compreensão clara das informações.

Portanto, para que a ESF cumpra seu papel de prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde das famílias, é indispensável que os trabalhadores da unidade conheçam a estrutura familiar dos habitantes da área que é de sua responsabilidade. Ainda, o contexto onde estão inseridas, visto que tais aspectos também influenciarão suas condições de vida e saúde. Logo, pode-se afirmar que o genograma e o ecomapa são instrumentos que contribuem efetivamente para a promoção de um cuidado

resolutivo e equânime, atendendo cada família de acordo com sua necessidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 jun. 2014. Edição 117, seção 1, p. 8.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 set. 2017. Edição 183, seção 1, p. 68.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**: Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

COSTA, E. V. S. et al. Salud mental en atención primaria: taller de herramientas de enfoque familiar. **Cultura de los cuidados**, v. 22, n. 51, p. 133-143, 2018. Disponível em: <[https://www.academia.edu/38110205/Salud\\_Mental\\_en\\_Atenci%C3%B3n\\_Primary\\_taller\\_de\\_herramientas\\_de\\_enfoque\\_familiar\\_Mental\\_Health\\_in\\_Primary\\_Care\\_weaving\\_family](https://www.academia.edu/38110205/Salud_Mental_en_Atenci%C3%B3n_Primary_taller_de_herramientas_de_enfoque_familiar_Mental_Health_in_Primary_Care_weaving_family)>. Acesso em: 15 maio 2019.

COUTINHO, D. H.; FERREIRA, P. M.; NASCIMENTO, A. A. P. O genograma como instrumento de avaliação familiar: uma revisão integrativa. **Cad edu saúde e fis**, v. 3, n. 6, p. 20-28, 2016. Disponível em: <[http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/690/pdf\\_41](http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/690/pdf_41)>. Acesso em: 15 maio 2019.

FERREIRA, P. L.; RAPOSO, V. M.; PISCO, L. A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.747-758, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0747.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2019.

LEONIDAS, C.; SANTOS, M. A. Relações familiares nos transtornos alimentares: o genograma como instrumento de investigação. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1435-1447, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14131232015000501435&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232015000501435&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 Mar. 2017.

NOGUEIRA, A. P. F. et al. A importância do uso do genograma para compreensão da dinâmica familiar. **Rev enferm UFPE online**, v. 11, n. 12, p. 5110-5, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23522/25356>>. Acesso em: 14 maio 2019.

PARRA-GIORDANO, D.; GONZÁLEZ-MOLINA, D.; PINTO-GALLEGUILLOS, D. Proceso de enfermeira en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud. **Enfermería universitaria**, v. 14, n. 1, p. 67-75, 2017. Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1665706316300665?token=709314B783CCCCA5FD3A7B46B20671263467FC4D0C376E41578615B0D9B3B34947C3F292EA16FAF1D19960A60A9453A9>>. Acesso em: 15 maio 2019.

SANTOS, R. C. A.; MIRANDA, F. A. N. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. **Rev enferm UFSM**, v. 6, n. 3, p. 350-359, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17313/pdf>>. Acesso em: 15 maio 2019.

SCAGLIA, A. P.; MISHIMA-GOMES, F. K. T.; BARBIERI, V. Paternidade em Diferentes Configurações Familiares e o Desenvolvimento Emocional da Filha. **Psico-usf**, [s.l.], v. 23, n. 2, p. 267-278, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psuf/v23n2/2175-3563-psuf-23-02-267.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2019.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Universidade de São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489101997000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101997000600016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 mar. 2017.

## O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE DIABÉTICOS NO SUDOESTE DO MARANHÃO E UMA RELAÇÃO ENTRE O USO DA GLIBENCLAMIDA E O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

### **Pedro Henrique Rocha Martins**

Acadêmico do Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz-MA.

### **Kleiton Ferreira Sousa**

Docente do Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz-MA.  
adrianacostalunga@gmail.com

### **Guilherme Cartaxo de Sousa Melo**

Docente da Faculdade Atenas, Paracatu- MG

**RESUMO:** O manuscrito almeja traçar o perfil epidemiológico dos diabéticos, identificar fatores de risco e complicações, conhecer a terapêutica e analisar a eventual relação da utilização de Glibenclamida com o Infarto Agudo do Miocárdio. Trata-se de um estudo transversal descritivo documental com abordagem quantitativa através da análise de prontuários de diabéticos Imperatriz-MA. A ferramenta da pesquisa constou de um questionário contido em todos prontuários dos pacientes. A abordagem envolveu 66 pacientes entre 40 e 90 anos de idade. A hipertensão arterial sistêmica, o sedentarismo, antecedentes familiares positivos, obesidade e o tabagismo foram os fatores de riscos apontados. Estiveram presentes macro e microcomplicações e o Pé Diabético. A doença associou-se ao avanço da idade e teve maior prevalência entre mulheres. O uso da Glibenclamida não esteve relacionado

ao surgimento do infarto. Efeitos colaterais da droga, inércia terapêutica e comorbidades foram apontados como mais favorecedores do surgimento do evento agudo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes, Infarto, Glibenclamida, Risco.

### THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF DIABETICS IN SOUTHWEST MARANHÃO AND A RELATIONSHIP BETWEEN THE USE OF GLIBENCLAMIDE AND THE ACUTE MYOCARDIUM INFARCTION

**ABSTRACT:** The manuscript aims to trace the epidemiological profile of diabetics, to identify risk factors and complications, to know the therapeutics and to analyze the possible relation between the use of Glibenclamide and Acute Myocardial Infarction. This is a descriptive cross-sectional documentary study with a quantitative approach through the analysis of medical records of diabetics Imperatriz-MA. The research tool consisted of a questionnaire contained in all patient files. The approach involved 66 patients between 40 and 90 years of age. Systemic arterial hypertension, sedentary lifestyle, positive family history, obesity and smoking were the risk factors pointed out. There were present macro and microcomplications and the Diabetic Foot. The disease was associated with advancing age and had a higher prevalence among women. The use of Glibenclamide

was not related to the onset of infarction. Drug side effects, therapeutic inertia and comorbidities were noted as more favorable to the onset of the acute event

**KEYWORDS:** Diabetes, Infarction, Glibenclamide, Risk.

## 1 | INTRODUÇÃO

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) conceitua o Diabetes *Mellitus* (DM) como um distúrbio metabólico caracterizado por níveis elevados de glicose no sangue de forma persistente, decorrente de deficiência na produção ou ação do hormônio insulina, ou em ambos os mecanismos. A hiperglicemia crônica associa-se a complicações micro e macrovasculares, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade<sup>1</sup>. A *American Diabetes Association* (ADA) classifica o DM em quatro tipos. O Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1) é decorrente de uma destruição auto-imune das células B do pâncreas produtoras de insulina, levando à uma deficiência absoluta do hormônio. O Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) é devido a uma perda progressiva da função das células beta pancreáticas geralmente associada a resistência à ação da insulina. Outro tipo específico comum é o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), que se trata de uma intolerância a absorção de glicose com gravidade variável, que se iniciou na gestação atual (segundo ou terceiro trimestre da gravidez), sem antes ter preenchido os critérios diagnósticos para DM. É comum devido ao fato que a gestação é um evento diabetogênico por si só. A ação de hormônios hipoglicemiantes produzidos pela placenta, e enzimas placentárias que degradam a insulina, aumentam por compensação a produção de insulina e resistência à sua ação, o que pode evoluir para disfunção das células beta pancreáticas<sup>12</sup>. Também existem outros tipos específicos por diferentes causas: síndromes de diabetes monogênica (como diabetes neonatal e maturidade - diabetes do jovem [MODY]), doenças do pâncreas exócrino (como a fibrose cística) e diabetes induzida por drogas ou químicos (como o uso de glicocorticóides, no tratamento do HIV / AIDS ou após o transplante de órgãos<sup>2</sup>.

Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation, IDF) estimou que 8,8% (intervalo de confiança [IC] de 95%: 7,2 a 11,4) da população mundial com 20 a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) tenha DM. Se mantiver as tendências atuais, o número projetado para ser superior a 642 milhões em 2040. Cerca de 75% dos casos são de países em desenvolvimento como o Brasil, nos quais deverá ocorrer o maior aumento do surgimento de novos casos nas próximas décadas<sup>1</sup>. A projeção do Diabetes como uma epidemia mundial está associado a diversos fatores comuns da vida social contemporânea como: urbanização acelerada, estilo de vida mais sedentário, dieta rica em carboidratos (junk food), crescimento e envelhecimento populacional e também com o aumento da sobrevida dos diabéticos com o avanço dos tratamentos<sup>1</sup>. Os fatores de risco mais associados ao DM2 são:

história familiar positiva, avançar da idade, obesidade, sedentarismo, tabagismo, diagnóstico prévio de pré-diabetes ou DMG e presença de componentes da Síndrome Metabólica, tais como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Dislipidemia<sup>5</sup>.

São considerados diabéticos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ADA 2017 e pela SBD, quando duas mensurações de glicemia de jejum (pelo menos oito horas após a última refeição) são  $\geq 126$  mg/dl ou quando os valores da glicemia duas horas após sobrecarga com 75 g de glicose  $\geq 200$  mg/dl o que denota a incapacidade do pâncreas de controlar os níveis glicêmicos. A presença de sintomas típicos (poliúria, polidipsia e perda de peso) associados a níveis de glicemia  $\geq 200$  mg/dl em medidas aleatórias (realizada em qualquer hora do dia independente do horário das refeições) também pode ser considerado como critério diagnóstico<sup>3</sup>. Em julho de 2009 foi proposta a utilização de Hemoglobina Glicada (HbA1c) também como critério de diagnóstico para o DM. A alegação é que a medida da HbA1c avalia o grau de exposição à glicose durante o tempo e os valores se mantêm estáveis após a coleta. Em janeiro de 2010, a ADA modificou o critério inicial. As recomendações atuais configuram como diabetes a HbA1c  $\geq 6,5\%$  a ser confirmada em outra coleta, dispensável em caso de sintomas ou glicemia  $\geq 200$  mg e configura indivíduos com alto risco para o desenvolvimento da doença com a HbA1c entre 5,7 e 6,5%<sup>2,3</sup>.

As complicações do DM são classificadas em crônicas e agudas. As complicações agudas referem-se a estados agudos de hiperglicemia a como por exemplo a Cetoacidose Diabética, que ocorre um estado hiperosmolar intravascular agudo decorrente do aumento súbito da glicemia, podendo acontecer em 25% dos diagnósticos de DM1 e também na evolução subdiagnosticada da DM2<sup>4</sup>. As complicações crônicas, associam-se à estados hiperglicêmicos mais arrastados. Tradicionalmente, as complicações crônicas se dividem em distúrbios microvasculares e macrovasculares. As microvasculares são as que resulta em Retinopatia Diabética (RD), Nefropatia Diabética (NF) e Neuropatia Diabética (NED). E a Doença Arterial Coronariana (DAC), Doença Cerebrovascular (DCV) e Doença Arterial Periférica (DAP) classifica-se como as macrovasculares<sup>4</sup>. O conhecido termo "Pé Diabético" refere-se a uma condição clínica conceituada como "infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles associadas a alterações neurológicas e vários graus de doença arterial periférica (DAP) nos membros inferiores"<sup>8</sup>. Logo ela é proveniente de uma associação entre duas complicações (NED e DAP) podendo ser chamada vulgarmente de complicação mista. Atualmente o DM tem sido apontado por contribuir para agravos, direta ou indiretamente, no sistema musculoesquelético, no sistema digestório, na função cognitiva e na saúde mental, além de ser associado a vários tipos de câncer<sup>2,4</sup>.

O DM e as suas complicações crônicas constituem as principais causas de mortalidade precoce na maioria dos países, pois sabe -se que aproximadamente 5 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos morreram por diabetes em 2015 o que equivale a um óbito a cada 6 segundos. A doença cardiovascular é apontada como

principal causa de óbito, sendo responsável por aproximadamente metade dos óbitos por DM na maioria dos países<sup>1</sup>. Indivíduos diabéticos apresentam o dobro da chance de morrer por causa cardiovascular quando comparados à população geral<sup>10,11</sup>. Doença cardiovascular (DCV) aterosclerótica determinada como Síndromes Coronarianas Agudas (SCA's), história de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), angina estável ou instável, revascularização coronária ou outra arterial, Acidente Vascular Cerebral (AVC), ataque isquêmico transitório ou DAP de origem aterosclerótica são as principais causas de morbidade e mortalidade em indivíduos com DM e os maiores contribuintes para custos diretos e indiretos da doença<sup>5,27</sup>. A DCV aterosclerótica constitui a principal causa de morte em diversas populações, sendo que o acometimento dos territórios arteriais coronariano, cerebral e dos membros inferiores são os que mais contribuem para a morbi-mortalidade. O conjunto de fatores que frequentemente compõem o quadro clínico de um diabético descompensado como dislipidemia, Hipertensão Arterial Sistêmica, hiperglicemia e resistência à insulina promovem o aumento da probabilidade do surgimento de eventos ateroscleróticos ou atero-embólicos em vasos<sup>6,11</sup>. O IAM, em especial, é apontado com grande repercussão numa possível manifestação grave da doença em um processo patológico avançado subdiagnosticado. Sabe-se que indivíduos com DM apresentam IAM silencioso com maior frequência e mais complicações pós-IAM (insuficiência cardíaca e neuropatia autonômica cardíaca), atribuídas ao acometimento difuso dos vasos coronarianos. As condições comuns que coexistem com o DM2 como a HAS e dislipidemia são fatores de risco claros para cardiopatias, e a doença por si só é um fator isolado<sup>11</sup>. Diversos estudos provaram a eficácia do controle dos fatores cardiovasculares individuais na prevenção ou desaceleração do surgimento de novos processos ateroscleróticos nos diabéticos. Além disso, as medidas na prevenção com o controle desses fatores de risco para doença coronariana têm melhorado significativamente na última década, reduzindo a morbidade e a mortalidade desses pacientes<sup>6,7</sup>.

O DM2 frequentemente associa-se a outras condições clínicas, tais como a obesidade visceral, HAS e a dislipidemia. A Síndrome Metabólica (SM) como é definida pela Sociedade Brasileira de Cardiologia como uma entidade complexa que associa fatores de risco cardiovasculares estabelecidos, como HAS, dislipidemia, DM, entre outros, com a deposição central de gordura e a resistência à ação do hormônio insulina. A SM já ganha a dimensão como um dos principais desafios da prática clínica nesse início do século. Afinal, sua concomitância com afecções cardiovasculares aumenta a mortalidade geral em cerca de 1,5 vezes e a cardiovascular em aproximadamente 2,5 vezes<sup>9</sup>.

A SBD e a ADA 2017 preconiza que o sucesso terapêutico do diabetes depende da implementação concomitante de três modalidades de intervenções: estratégias educacionais, estratégias de automonitorização (controle da glicemia capilar) e estratégias farmacológicas. As estratégias educacionais compreendem na alteração dos hábitos de vida que estão relacionados ao pior prognóstico e são apontados

como fatores de risco para piora do quadro clínico como o tabagismo, sedentarismo e obesidade visceral. Mudanças contra esses fatores devem ser estimuladas no sentido de melhorar os resultados clínicos, prevenir ou retardar complicações e proporcionar mais qualidade de vida<sup>3,5,7</sup>. Em 2017 a comunidade científica da SBD formulou o documento “Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2: Algoritmo SBD 2017” para auxiliar os profissionais da saúde para o tratamento da doença, ele aponta opções farmacológicas disponíveis no Brasil: Biguanida, Sulfoniluréia, Inibidores do SGLT-2, Glinida, Pioglitazona e os Incretinomiméticos. Também pode ocorrer a indicação de uso do hormônio insulina produzido por biotecnologia para o controle glicêmico. No que se refere à terapia injetável, os incretínicos agonistas do receptor de GLP-1 e a própria insulina em suas várias formas são as duas classes de drogas que apresentam essa via de administração. Outras drogas são vastamente utilizadas no tratamento das comorbidades associadas à DM2 como os Anti-hipertensivos, as Estatinas e o Ácido Acetilsalicílico (AAS), conforme indicações principalmente em cardiopatas.

As Sulfoniluréias (SU) são secretagogos de insulina. A droga age pela ligação a receptores subunidade SUR1 do canal de potássio sensível nas células beta pancreáticas, promovendo o fechamento deste, processo esse que aumenta o influxo de cálcio para o interior da célula, o que promove a maior liberação do hormônio insulina<sup>14</sup>. Todavia, uma possível contraindicação para pacientes com Doença Arterial Coronariana (DAC) vem tomando destaque na atualidade. O impacto das SU nos canais de potássio sensíveis do coração ainda é controverso. Os canais também se apresentam em células musculares lisas e cardíacas e a inibição do canal pela ação da droga parece estar relacionado com efeitos colaterais causados principalmente no miocárdio<sup>13</sup>. A especulação inicial dos possíveis efeitos nocivos baseia-se em estudos com animais *in vitro* que tiveram o aumento da vasoconstrição e / ou interferência em mecanismos de vasodilatação protetores contra agentes agressores<sup>17,18</sup>. Esses mecanismos são chamados de pré-condicionamento isquêmico remoto do miocárdio, através do qual a isquemia transitória de territórios vasculares à distância aumenta a resistência dos cardiomiócitos a situações de isquemia coronária prolongada e à lesão de isquemia-reperfusão<sup>15,16</sup>. Infere-se, portanto, que o surgimento de doença cardíaca isquêmica no portador de DM2 pode estar associado tanto ao estado de hiperglicemia crônica em si, quanto pelo possível prejuízo da ação protetora a eventos isquêmicos causado pela Sulfoniluréia. Tal alegação baseia-se em estudos que mostram que nas células do coração os canais de potássio estão relacionados com a cardioproteção através dos mecanismos de condicionamento. Os mesmos podem estar prejudicados pela ação inibitória dos canais pela Glibenclamida<sup>16</sup>. A Glicazida, por exemplo, tem se mostrado uma SU com maior seletividade pancreática do que miocárdica<sup>17</sup>. Resultados cardiovasculares adversos e favoráveis em pacientes com DM2 foram atribuídos em parte ao uso ou desuso do medicamento<sup>18</sup>.

O texto publicado pela SBD já traz as recomendações dos possíveis riscos

que o uso as SU podem apresentar em especial, bem como os efeitos colaterais do medicamento. Ao abordar a conduta terapêutica, o documento aponta a Clorpropamida e a Glibenclamida como as que apresentam maior risco promover hipoglicemia (nível glicêmico abaixo do fisiológico), e já são apresentados os relatos da interferência do medicamento no condicionamento cardíaco pós-isquêmico. A Glibenclamida é a SU mais difundida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) apesar de saber-se que as gerações atuais do medicamento como a Glimepirida e Gliclazida têm maior seletividade para receptores das células beta pancreáticas e parecem estar associadas a menor mortalidade e menor risco de isquemia miocárdica em relação às mais antigas.

Mediante ao exposto observa-se a relevância incontestável que o DM2 e suas complicações projetam ao ser uma das maiores ameaças à saúde que levam a custos econômicos e sociais de enorme repercussão para o cenário da saúde global e nacional<sup>19,27</sup>. O objetivo do estudo portanto é traçar o perfil epidemiológico de pacientes com DM2 da cidade de Imperatriz - MA no sudoeste do estado do Maranhão que realizam atendimento na Unidade Básica de Saúde Milton Lopes, quantificar e qualificar os fatores de risco e complicações associados que esses pacientes apresentam, analisar o tipo de tratamento implementado, e identificar a relação do uso da Glibenclamida com o registro de Infarto Agudo do Miocárdio.

A realização do trabalho se deu através de um estudo descritivo documental com abordagem quantitativa através da análise de prontuários de pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* Tipo 2 da Unidade básica de Saúde Milton Lopes em Imperatriz – MA, localizado na S/N, R. Leôncio Pires Dourado - Bacuri, MA. A coleta dos dados foi realizada em Março de 2017 e foram selecionados apenas pacientes portadores de DM2 em tratamento na unidade.

A ferramenta da pesquisa constou do questionário " MS – Hipertensão Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus" feito para controle de diabéticos e hipertensos, o qual todos os pacientes em questão continham em seu prontuário. As variáveis do questionário analisadas na constituição do perfil epidemiológico desses pacientes foram a idade, sexo, dados antropométricos (IMC) e fatores de risco os quais os pacientes poderiam estar submetidos. Dentre esses foram abordados a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Obesidade, Tabagismo e sedentarismo e a presença de antecedentes familiares positivos para a doença. As complicações crônicas micro e macrovasculares que esses pacientes possuíam também foram analisadas. O "Pé Diabético" foi classificado como uma complicação mista devido ao fato de ser uma decorrente de uma macro complicação (Doença Arterial Periférica) associada a uma micro complicação (Neuropatia Diabética) que não foram consideradas como separadamente para o estudo. Também foram analisados os medicamentos aos quais os pacientes faziam, informações estas retiradas do prontuário através do histórico das condutas médicas tomadas.

Foi definido como portador de HAS pacientes com o diagnóstico já registrado em seu prontuário e que faziam uso de algum anti-hipertensivo O índice de massa

corpórea (IMC) foi calculado pela razão entre peso e altura ao quadrado em kg/m<sup>2</sup>. Foram considerados obesos os indivíduos com valor de IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>. A presença de história familiar foi considerada positiva para parentes de primeiro grau (pais e irmãos). Atividade física foi avaliada segundo os critérios do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Foram considerados ativos os pacientes que mantêm atividade moderada ou caminhada durante mais de 30 minutos por 5 ou mais dias por semana, totalizando mínimo de 150 minutos semanais. Considerou-se fumante o consumidor de, pelo menos, um cigarro diário, por período não inferior a um mês, ou aquele que cessou o hábito de fumar em tempo inferior a 12 meses, de acordo com as normas da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

Os dados com o valor de  $p < 0,05$  e intervalo de confiança de 95% são estaticamente significativos. Todas as informações coletadas foram repassadas para uma planilha do Programa Microsoft Office Excel 2014 e, posteriormente, os dados analisados estatisticamente no programa SPSS 24,0. Foram realizadas estatísticas descritivas e univariadas. Para a comparação dos indicadores demográficos e glicêmicos, de acordo com o tipo de atendimento, utilizou-se o teste exato de Fisher ou qui-quadrado.

Foram analisados os prontuários médicos de 66 pacientes adultos e idosos sendo 26 homens e 40 mulheres numa faixa etária entre 40 e 90 anos de idade com uma prevalência do sexo feminino entre a amostra (60,6%). Analisando os fatores de risco para pior progressão do quadro da DM2, 57 pacientes possuíam HAS (86,7%), 54 eram sedentários (81,8%), 36 apresentavam antecedentes familiares positivos para DM2 (54,5%), 20 eram obesos (30,3%) e 11 eram tabagistas o que corresponde a 16,7% do total. O Gráfico 1 relaciona os fatores de risco com a faixa etária dos pacientes.

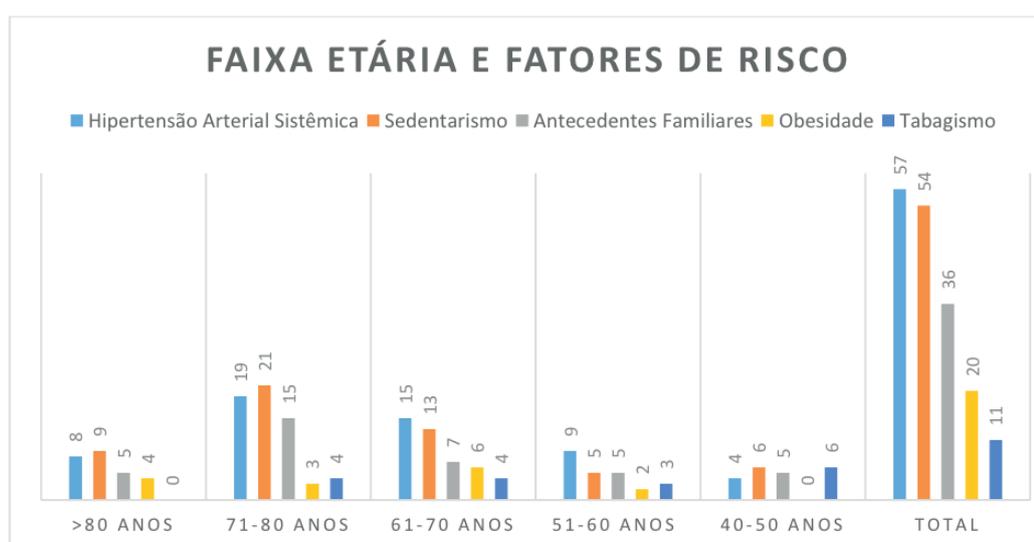


Gráfico 1: Relação entre faixa etária e fatores de risco.

Dentre as complicações decorrentes do processo patológico crônico que esses pacientes apresentavam, as macrocomplicações tiveram maior representatividade

sendo encontrada em 24 pacientes (36,36% do total), e no que se refere às microcomplicações apenas 14 pacientes eram portadores (21,21% do total) e 7 pacientes possuíam Pé Diabético, o que se pode denominar de Complicação Mista (10,6%). O AVC e o IAM foram as macrocomplicações mais prevalentes entre os pacientes e a Nefropatia Diabética foi a única microcomplicação encontrada. A Tabela 1 apresenta a frequência e a porcentagem das complicações em relação ao total.

COMPLICAÇÃO	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
MACROCOMPLICAÇÃO	24	36,30%
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	9	13,60%
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)	8	12,10%
MICROCOMPLICAÇÃO	14	21,20%
NEFROPATIA DIABÉTICA(NFD)	7	10,60%
PÉ DIABÉTICO	7	10,60%

Tabela 1: Complicações.

No que se refere ao tratamento hipoglicemiante o qual os diabéticos estavam submetidos a grande maioria fazia uso da Metformina (52) e também da Glibenclamida (53) as duas drogas juntas, ou cada uma separadamente, e apenas uma minoria fazia uso de Insulina (7). Os anti-hipertensivos utilizados eram os Inibidores do Receptor da Enzima Conversora de Angiotensina 2 (IECA), Bloqueadores do Receptor de Angiotensina 2 (BRA2), Betabloquadores (BB) e Diuréticos. A grande maioria usava alguma droga anti-hipertensiva e poucos faziam uso de Estatina ou de Ácido Acetilsalicílico (AAS) para um possível melhor controle de comorbidades associadas como dislipidemia e prevenção de novos eventos cardiovasculares. O Gráfico 2 apresenta a frequência e a porcentagem de cada droga separadamente em relação ao total. Em relação a Glibenclamida, 53 pacientes faziam uso do medicamento o que representa 80,3% do total. Dentre eles, 8 tinham o registro no prontuário de Infarto Agudo do Miocárdio os quais 5 faziam uso de Glibenclamida e 3 não faziam. O Gráfico 2 representa os medicamentos utilizados por esses pacientes e a Gráfico 3 aponta a relação do uso de Glibenclamida com o registro de Infarto Agudo do Miocárdio.

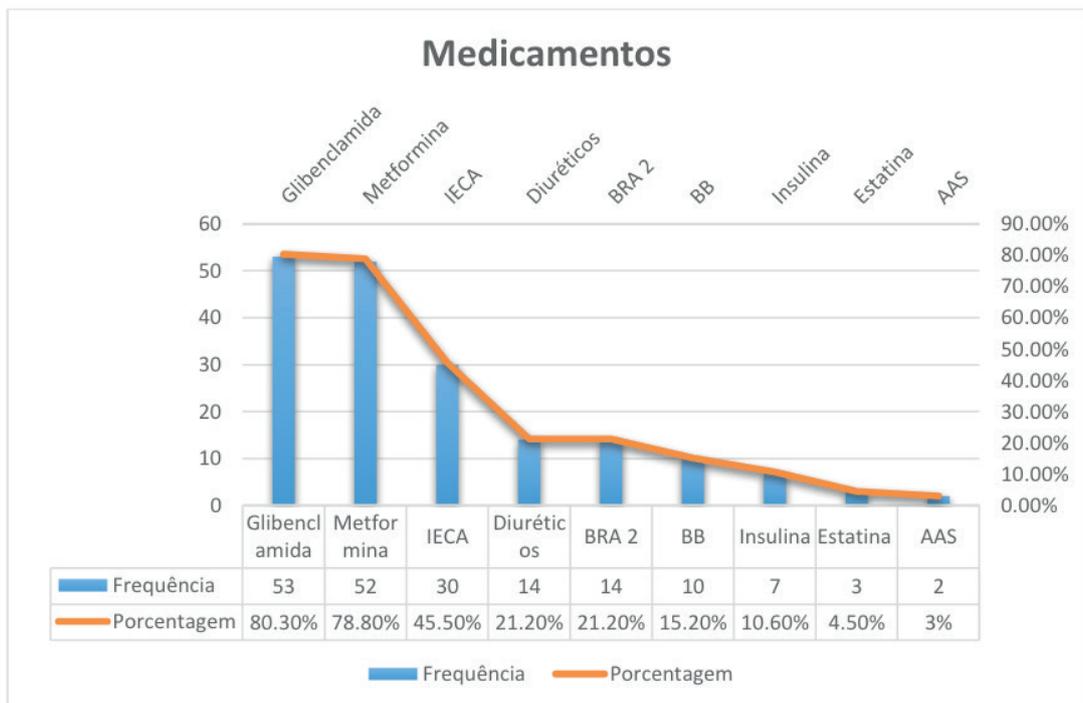


Gráfico 2: Medicamentos.

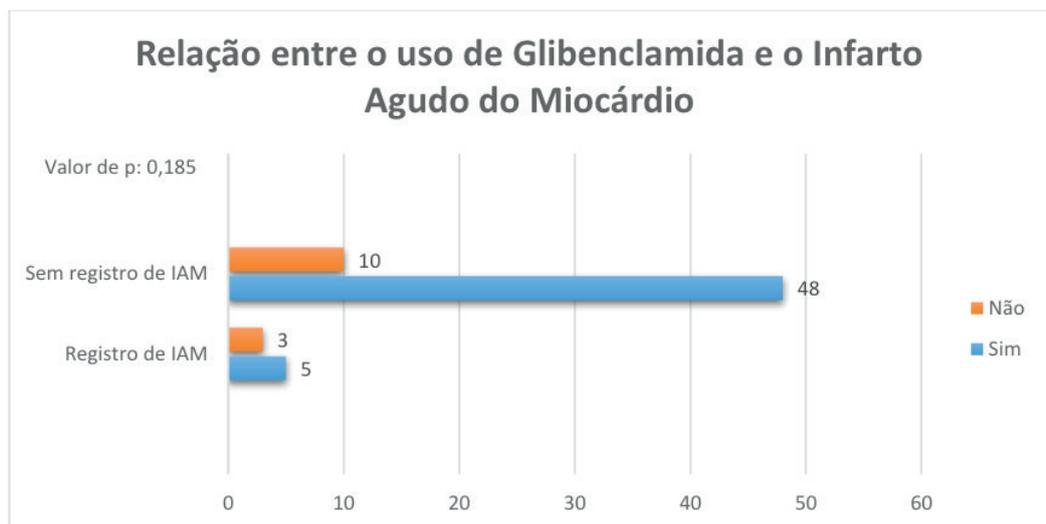


Gráfico 3: Relação entre o uso de Glibenclamida e o Infarto Agudo do Miocárdio.

Como em outros estudos realizados no Brasil a maior prevalência foi de pacientes com DM2 com idade avançada (acima dos 40 anos) e do sexo feminino (sendo representada por mais da metade dos diabéticos). Estudos brasileiros envolvendo DM2 como o de Ribeirão Preto (79,8%) e Porto Alegre (67,2%) por exemplo, também revelaram essa maior expressividade do sexo feminino<sup>19,20</sup>. Alguns autores atribuem em parte esse frequente achado ao fato de que as mulheres preocupam-se mais com a saúde, procuram mais os serviços de atendimento (de rotina e ginecológicos), logo, são melhor diagnosticadas. A prevalência do sexo feminino pode ser observado no atual estudo e também quando comparado ao estudo feito em Porto Alegre com 125 diabéticos a maioria do sexo feminino e também com idade avançada na faixa etária

de 60 a 69 anos de idade<sup>21</sup>.

A associação do DM2 ao avanço da idade já é bastante difundido e foi observado diversas vezes no meio científico. O Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil evidenciou a influência da idade na prevalência de DM e observou incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na de 60 a 69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes. Outro ponto a ser considerado, é que muitos autores afirmam que a população vem envelhecendo mais rápido do que se podia esperar, apontando para um aumento do número de mulheres com mais de 60 anos, que hoje representam 55,1% da população idosa <sup>22,23</sup>.

Referente aos fatores de risco para pior progressão do quadro da DM2, a maioria dos pacientes (57), o que corresponde a 86,7% do total, possuíam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Sabe-se que a prevalência da comorbidade entre adultos com DM2 é, em média, de 50 a 75% em todo o mundo<sup>24</sup>. A obesidade sendo definida como excesso de gordura corporal, resultante do desequilíbrio crônico entre consumo alimentar e gasto energético, também foi bastante presente como em outros estudos feitos no Brasil, expressando-se em de 20 pacientes o que corresponde a 30,3% do total<sup>25,26</sup>. Na obesidade, o aumento da gordura visceral abdominal pode ser apontado como grande responsável pela piora do prognóstico do diabético. Pois ela associa-se ao maior surgimento de complicações micro e macro vasculares e com à resistência a ação da insulina<sup>27</sup>. O sedentarismo associa-se a diretamente esse cenário, ao favorecer o acúmulo de reservas energéticas e por conseguinte, acúmulo de tecido adiposo. No estudo o valor expressivo de 54 pacientes eram sedentários (81,8% do total), o que pode estar associado com os hábitos de vida próprios de cada paciente mas também muito em detrimento das próprias limitações ao exercício impostas pela idade. Tal fato pode ser observado ao analisar que o sedentarismo esteve mais expressivo na faixa etária entre 71 e 80 anos.

O estudo propõe traçar a possível relação do uso da Glibenclamida com a maior incidência de registro de Doença Arterial Coronariana (DAC) com evento agudo, mais especificamente, os que tiveram registro de IAM. Dentre os pacientes, 53 faziam uso de Glibenclamida, no que se refere à complicação macrovascular em questão, ela se manifestou em 8 pacientes. Dentre esses, 5 faziam uso de Glibenclamida e tiveram IAM e 3 diabéticos enfartaram e não usavam a droga. O valor de *p* igual a 0,185 demonstra que a associação entre o uso de Glibenclamida com o maior risco de um paciente ter IAM não tem relação estatística significativa. Ou seja, o estudo demonstra que o uso da Glibenclamida não está associado necessariamente com a maior chance de surgimento de mais registros de IAM entre os pacientes. Apesar de vários estudos apontarem a possível relação direta da droga com a DAC e por conseguinte com o IAM, no presente estudo infere-se que a Sulfoniluréia não está associada de forma isolada a um maior surgimento de registros de IAM entre um grupo de diabéticos. O estudo propõe que o surgimento do evento agudo nesses pacientes esteja mais relacionados com outros aspectos da abordagem terapêutica. Podem ser apontados,

pontos como a inércia terapêutica que eles possivelmente estavam submetidos (falta de adaptação terapêutica específica para cada paciente), a ação das comorbidades na piora do quadro clínico geral (HAS, obesidade, sedentarismo e tabagismo), o avanço da idade, e com os efeitos colaterais que as Sulfoniluréias apresentam.

O documento “Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2: Algoritmo SBD 2017” com a conduta terapêutica da DM2 aponta de forma incisiva os efeitos colaterais das Sulfoniluréias. Sabe-se que a classe de hipoglicemiante foi associada com ganho de peso, retenção de líquido e hipoglicemia. Esses efeitos colaterais citados anteriormente, são todos fatores de risco para acometimento cardiovascular vastamente conhecidos pela medicina. A hipoglicemia apresenta-se como fator de risco ao promover episódios de não aporte de glicose para o miocárdio, o ganho de peso com a dificuldade circulatória sistêmica e coronariana (e com a dislipidemia fortemente associada), e a retenção de líquidos devido ao aumento da resistência vascular periférica que culmina na necessidade de o coração aumentar o débito cardíaco provocando estresse miocárdico e alterações funcionais e morfológicas do órgão<sup>25</sup>. A inércia terapêutica pode-se ser observada ao analisar certos pontos do tratamento desses pacientes. Nota-se uma utilização escassa da Insulina que possivelmente era indicada para mais pacientes para obter um melhor controle glicêmico, pois apenas 7 pacientes faziam uso do hormônio (10,6% do total). Outro aspecto importante da inércia terapêutica é o pouco uso de outros medicamentos para controle das possíveis comorbidades como as Estatinas, prescrita para apenas 3 diabéticos (4,5% do total) e o Ácido Acetilsalicílico (AAS) que 2 pacientes usavam (3% do total).

Em suma, mesmo que alguns dados da literatura científica aponte a relação entre o uso da Glibenclamida com o maior risco de acometimento cardiovascular, no presente estudo essa relação não se manifestou, no que se refere ao IAM. Os efeitos colaterais das SU, a inércia terapêutica e os fatores que pioram o quadro clínico possivelmente estão mais associados a uma maior chance do evento agudo acometer o diabético que utiliza a droga. Logo, mais pesquisas sobre a relação da droga com o evento é fundamental para que se esclareça mais essa relação de casualidade.

## REFERÊNCIAS

**International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 7. ed. Brussels, Belgium:** International Diabetes Federation. 2015. [acesso em 2017 jun. 27]. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>

**Diabetes Care. Classification and Diagnosis of Diabetes.** Diabetes Care 2017;40 (Suppl. 1): S11–S24 | DOI: 10.2337/dc17-S005.

**Oliveira JEP, Foss-Freitas MC, Montenegro Junior RM, Vencio S, organizadores.** Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad, 2017.

**Gregg EW, Sattar N, Ali MK.** The changing face of diabetes complications. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2016;4(6): 537-47.

**American Diabetes Association.** Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care.* 2017;40(Suppl 1):S1-131

**Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Health Statistics, Division of Health Care Statistics.** Crude and age-adjusted hospital discharge rates for major cardiovascular disease as first-listed diagnosis per 1,000 diabetic population, United States, 1988–2006 [Internet]. [acesso em 2017 ago. 27]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/cvdhosp/cvd/fig3.htm>.

**Ali MK, Bullard KM, Saaddine JB, Cowie CC, Imperatore G, Gregg EW.** Achievement of goals in U.S. *Diabetes Care,* 1999-2010. *N Engl J Med* 2013; 368:1613-24.

**Bakker K, Apelqvist J, Lipsky BA, Van Netten JJ.** **The 2015 IWGDF guidance documents on prevention and management of foot problems in diabetes:** development of an evidence-based global consensus [Internet]. [S.l.]: International Working Group on the Diabetic Foot; 2015. [acesso em 2017 set. 28]. Disponível em: [http://www.iwgdf.org/files/2015/website\\_development.pdf](http://www.iwgdf.org/files/2015/website_development.pdf).

**Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica.** *Arq. Bras. Cardiologia* [Internet]. 2005. [acesso em 2017 ago. 26]; 84 (supl 1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84s1/a01v84s1.pdf>.

**Selvin E, Marinopoulos S, Berkenblit G, Rami T, Brancati FL, Powe NR, et al.** **Meta-analysis: glycosylated hemoglobin and cardiovascular disease in diabetes mellitus.** *Ann Int Med* 2004;141(6):421-31.

**American Diabetes Association: Consensus development conference on the diagnosis of coronary artery disease in people with diabetes (Consensus Statement).** *Diabetes Care* 1998; 2: 1551-59.

**Negrato CA, Zajdenverg L, Montenegro Júnior RM.** **Diabetes melito e gestação.** In: Vilar L, editor. *Endocrinologia clínica.* 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016; 716-29.

**Sulfonylurea drugs increase early mortality in patients with diabetes mellitus after direct angioplasty for acute myocardial infarction.** **Garratt KN, Brady PA, Hassinger NL, Grill DE, Terzic A, Holmes DR Jr** *J Am Coll Cardiol.* 1999 Jan; 33(1):119-24

**Prog Biophys Mol Biol.** 1989;54(2):87-143. Electrophysiology of the pancreatic beta-cell. Ashcroft FM, Rorsman P.

**Pré-condicionamento isquêmico remoto do miocárdio: dos mecanismos fisiopatológicos à aplicação na prática clínica. Myocardial remote ischemic preconditioning.** In: José F. Costaa, Ricardo Fontes-Carvalhoa,b, Adelino F. Leite-Moreiraa *Lancet.* pathophysiology to clinical application. 1993 Jul 31; 342(8866):276-7.

**Preconditioning the human myocardium.** Yellon DM1, Alkhulaifi AM, Pugsley WB.

**Lawrence CL, Proks P, Rodrigo GC, et al.** Gliclazide produces high-affinity block of KATP channels in mouse isolated pancreatic beta cells but not rat heart or arterial smooth muscle cells. *Diabetologia;* 2001; 44, 8; 1019.

**Meisheri KD, Khann SA, Martin JL.** Vascular pharmacology of ATP-sensitive K+ channels: interactions between glyburide and K+-channel openers. *J Vasc Res* [Internet]. 1993. [acesso em 2017 jun. 27]; 30: 2–12.

- Ortiz MCA, Zanetti ML.** Levantamento dos fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior. *Rev Latino-am Enferm*; 2001; 9(3): 58-63.
- Grillo MFF, Gorini MIPC.** Caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Bras Enferm Bras* 2007; 60(1): 49-54.
- Villas Boas LCG, Foss-Freitas MC, Pace AE.** Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. *Rev bras enferm*; 2014; 67(2): 268-73
- Malerbi D, Franco LJ, the Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence.** Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30 a 69 years. *Diabetes Care*; 1992; 15(11):1509-16.
- Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT et al. 7<sup>a</sup>** diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107 (3 Supl 3):1-83.
- Tahrani AA, Barnett AH, Bailey CJ. Pharmacology and therapeutic implications of current drugs for type 2 diabetes mellitus.** *Nat Rev Endocrinol* [Internet]. 2016. [acesso em 2017 jun. 27];12 :566–592. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrendo.2016.86>.
- Cristóvão MF, Sato APS, Fujimori E. Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em unidade da estratégia saúde da família.** *Rev Esc Enferm.* 2011;45(2) :1667-72. PMID: 22569652.
- Freitas, M C; Ceschini, F L; Ramallo, B T. Resistência à insulina associado à obesidade: Efeitos anti-inflamatórios do exercício físico.** *R. Bras. Ci. e Mov.* 2014; 22(3): 139-147.
- American Diabetes Association: Economic costs of diabetes in the U.S.** In 2007. *Diabetes Care*; 2008; 31: 596-61

## O VENENO DE JARARACA E OS INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA

### Álvaro Hadad Filho

Doutorando em Filosofia pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH) da Universidade de São Paulo (USP).

São Paulo - SP.

**RESUMO:** O conceito de secreção interna exerceu um importante papel heurístico na fisiologia do final do século XIX e início do século XX. Uma das áreas de pesquisa em que esse conceito foi aplicado de forma particularmente bem sucedida são as investigações acerca da regulação da pressão arterial normal e da fisiopatologia da hipertensão. Neste capítulo, indicamos as principais etapas do esclarecimento experimental do sistema renina-angiotensina e discutimos como o desenvolvimento dos inibidores da enzima conversora de angiotensina, especialmente o captopril, pode ser visto como a consequência direta de um aprofundamento de conhecimentos fisiopatológicos prévios. Esse embasamento em sólidos conhecimentos fisiopatológicos torna o captopril uma terapia essencialmente racional, já que sua eficácia é claramente explicada pelo seu mecanismo de ação.

**PALAVRAS-CHAVE:** História da medicina, sistema renina-angiotensina, iECA, captopril, *Bothrops jararaca*.

### THE VENOM OF BOTHROPS JARARACA AND THE ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME INHIBITORS

**ABSTRACT:** The concept of internal secretion has played a major heuristic role in the physiological studies of the end of the nineteenth century and beginning of the twentieth. One area of research that has particularly benefited from the application of this concept is the investigation of normal blood pressure and hypertension. In this chapter, I intend to indicate the most relevant steps in the experimental clarification of the renin-angiotensin system. Then, I try to show how this previous physiological knowledge culminated in the development of the angiotensin-converting enzyme inhibitors, specially captopril. I conclude the text arguing that basing therapy on a solid knowledge of physiopathology guarantees its efficacy and, especially, its rationality.

**KEYWORDS:** History of medicine, renin-angiotensin system, angiotensin-converting enzyme inhibitors, *Bothrops jararaca*.

### 1 | INTRODUÇÃO

A produção de novos recursos terapêuticos é uma expectativa que tanto médicos quanto pacientes nutrem em relação à pesquisa laboratorial biomédica. Como uma

consequência dessa expectativa, coloca-se a questão de saber por quais vias ela pode ser satisfeita, isto é, quais são as estratégias de pesquisa que possibilitam o progresso na terapêutica, compreendido como a produção de novos tratamentos com eficácia demonstrada. Neste capítulo, recorreremos a um exemplo histórico para esboçarmos uma resposta a essa questão e apresentaremos o desenvolvimento dos inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA), em geral, e do captopril, em particular, como a ilustração de um modelo ideal de desenvolvimento de novos recursos terapêuticos, especialmente de novos fármacos. Diferentemente de alguns medicamentos atualmente utilizados na prática clínica, cujo mecanismo de ação não é completamente compreendido, os iECAs são o resultado de um processo de esclarecimento experimental de um importante sistema envolvido na regulação da pressão arterial normal, mas também implicado na hipertensão essencial. Como tentaremos argumentar, a fundamentação da terapêutica em sólidos conhecimentos fisiopatológicos prévios garante não apenas a sua eficácia, mas também e sobretudo a sua racionalidade.

Para atingirmos nosso objetivo, utilizaremos basicamente artigos científicos publicados entre 1898, ano de descrição da renina, e 1977, ano de apresentação do captopril à comunidade científica, ainda que eventualmente façamos referência a obras fora desse período. Recorrendo a uma literatura talvez excessivamente técnica, pretendemos sublinhar os aspectos lógicos e experimentais envolvidos na elucidação dos componentes do sistema renina-angiotensina, com o esclarecimento da sua participação na hipertensão arterial e com a sua tomada como foco da ação terapêutica. Gostaríamos ainda de observar, antes de passarmos às exposições propriamente ditas, que as ideias aqui defendidas não devem ser tomadas como o resultado de um trabalho acabado, mas como uma primeira aproximação e delimitação do objeto de estudo e como a formulação de hipóteses de trabalho cuja corroboração definitiva demandará uma investigação mais aprofundada da literatura relevante.

## **2 | A IDENTIFICAÇÃO DA RENINA E OS PRIMEIROS ESCLARECIMENTOS DO SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA**

A extirpação de um órgão e a observação dos fenômenos subsequentes é um procedimento clássico de fisiologia experimental, que tenta deduzir uma função orgânica dos efeitos de sua ausência. No laboratório, o fisiologista realiza sob condições controladas, em curto espaço de tempo e de forma radical o que a doença executa de forma mais ou menos completa e, frequentemente, ao longo dos anos. No entanto, as conclusões possibilitadas por esses procedimentos são necessariamente indiretas e negativas, além de não explicarem profundamente de que forma as manifestações da carência orgânica se relacionam com sua função normal. Essas limitações intrínsecas ao método de pesquisa por extirpação são de

certa forma contornadas a partir do momento em que se reconhece a produção do que Claude Bernard (1813-1878) denominou de *secreção interna*, isto é, substâncias fisiologicamente ativas liberadas pelas glândulas diretamente na corrente sanguínea, e não através de seu duto excretor. O conceito de secreção interna é claramente apresentado por Bernard no curso de medicina do inverno de 1854-1855, no *Collège de France*. Sua formulação havia sido motivada pelas próprias pesquisas de Bernard como fisiologista, principalmente pelo reconhecimento de que o fígado, além de produzir a bile, secreta também glicose, mas diretamente na corrente sanguínea: “A história do fígado estabelece de uma maneira muito nítida que há *secreções internas*, isto é, secreções cujo produto, ao invés de ser vertido ao exterior, é transmitido diretamente ao sangue” (Bernard, 1855, p. 96-7; grifo do autor). Como veremos a seguir, o início das pesquisas acerca do sistema renina-angiotensina, sobretudo no reconhecimento da renina, é um exemplo da aplicação desse conceito.

Além de explicar a ação à distância de um órgão através da mediação de compostos liberados na circulação, o conceito de secreção interna possibilita um novo método de pesquisa em fisiologia, inverso complementar dos procedimentos de extirpação, e que consiste em demonstrar positivamente a função de um órgão através da reprodução artificial de sua atividade. Se uma função orgânica se deve à ação de um composto liberado na corrente sanguínea e se os efeitos da remoção de um órgão se devem à ausência desse composto, é possível reverter os efeitos da carência orgânica através da administração de extratos do órgão, que devem conter a sua secreção interna. No caso da renina, a utilização desse princípio levou de fato à identificação de uma secreção renal interna, mas cuja relação com os estados patológicos não deveria ser explicado por uma ausência, mas sim por um excesso de produção.

A observação clínica de pacientes com anúria completa de vários dias de duração e sem sintomas claros de uremia parecia indicar para autores como Charles-Édouard Brown-Séquard (1817-1894) e Jacques-Arsène d’Arsonval (1851-1940) que os sintomas que normalmente são atribuídos apenas ao acúmulo de uréia devem ser causados também pela ausência ou alteração da secreção interna dos rins. Ponto de vista referendado pela patologia experimental, que era incapaz de reproduzir completamente o quadro clínico de uremia através da injeção intravenosa de grandes quantidades de uréia, e pela terapêutica experimental, já que a administração de extratos de rins de animais saudáveis em animais submetidos à nefrectomia bilateral conseguia reverter alguns sintomas de uremia, sem estimular a excreção de uréia (Brown-Séquard; d’Arsonval, 1892, p. 1399-400; Brown-Séquard, 1893). Posteriormente, a diferença entre os sinais de uremia e de hipertensão arterial de origem renal se tornaria mais clara, com a observação de que cães submetidos a nefrectomia bilateral apresentavam um quadro exuberante de uremia, sem desenvolver, no entanto, hipertensão.

Robert Tigerstedt (1853-1923) e Per Bergman (?) tentam identificar essa

"secreção interna" (*innere Sekretion*) dos rins e testar a hipótese de que ela teria um papel na regulação da circulação sanguínea, hipótese também baseada em observações anatomoclínicas da frequente associação entre doenças renais e cardíacas. Administrando diretamente na veia de roedores saudáveis extratos renais obtidos pela maceração do órgão em solução fisiológica e posteriormente submetidos a filtração, esses pesquisadores obtinham uma gradual e sustentada elevação na pressão sanguínea dos animais. Os mesmos resultados eram obtidos quando se administrava em cobaias nefrectomizadas não o extrato renal, mas o sangue das veias renais, demonstrando que a substância, diferente de todos os produtos conhecidos da secreção externa dos rins, era liberada diretamente na corrente sanguínea. Esses mesmos autores fornecem uma caracterização química inicial do composto que decidiram, "(...) por uma questão de brevidade, designar pelo nome de renina" (Tigerstedt, Bergman, 1898, p. 236). Tratava-se de uma substância solúvel em água e glicerina, inativada em altas temperaturas e incapaz de atravessar membranas de diálise. Quanto ao seu mecanismo de ação, os autores também demonstram que a elevação na pressão sanguínea não deveria ser atribuída ao aumento da frequência e força de contratilidade cardíaca, mas sim ao aumento do tônus da musculatura vascular. Os resultados dessas pesquisas são publicados em 1898 e marcam o início do esclarecimento experimental dos componentes do que seria posteriormente conhecido como sistema renina-angiotensina.

Mas os resultados das pesquisas de Tigerstedt e Bergman não seriam imediatamente explorados. De fato, ainda que as pesquisas acerca da hipertensão de origem renal tenham se multiplicado nas quatro décadas seguintes, boa parte dos trabalhos desse período pretendia explicar a associação entre alterações cardiovasculares e renais através de mecanismos físicos, ou reflexos. Por exemplo, Katzenstein (1905), que tentou reproduzir a hipertensão arterial da nefrite através do clampeamento da artéria renal, negava que qualquer secreção interna fosse a causa do aumento pressórico, pois considerava os efeitos da ligadura da artéria renal muito rápidos para serem atribuídos ao acúmulo de qualquer substância. Observando que o clampeamento completo do pedículo renal não causava hipertensão, mas que apenas a constrição parcial dos vasos sanguíneos renais tinha esse efeito, esse autor concluiu que a hipertensão na doença renal devia-se a um aumento da resistência vascular, com consequente aumento da atividade cardíaca, visando manter a perfusão renal. Ponto de vista reiterado em uma revisão dos conhecimentos acerca da fisiopatologia da hipertensão arterial publicada em 1930, onde se lê a seguinte explicação para as alterações cardiovasculares na doença renal:

Quando há aumento da resistência na circulação renal, a pressão sanguínea deve ser aumentada a fim de manter o fluxo sanguíneo normal. (...) Por raciocínio teleológico, podemos concluir que impulsos aferentes passam do rim doente até o centro vasomotor e causam vasoconstrição geral. No entanto, tal mecanismo reflexo não foi demonstrado. Denervação dos rins na glomerulonefrite crônica com

De fato, experimentos com denervação dos rins seriam realizados, como indicaremos a seguir, mas antes gostaríamos de comentar a passagem citada. Poderíamos levantar uma hipótese para a relativa negligência da ação da renina como possível causa da hipertensão: a fisiologia do final do século XIX e início do século XX ainda privilegiava explicações de tipo mecânico, em detrimento de explicações de tipo químico, que exigiam uma abstração maior do pensamento científico e o reconhecimento da possibilidade de ações à distância. Se Katzenstein tivesse realmente atentado para a possibilidade de haver uma substância vasopressora secretada pelos rins, teria concluído que sua técnica experimental era inadequada, pois, ao clampar a artéria renal junto com todo o pedículo renal, obstruía também a veia renal, por onde a secreção interna dos rins deveria chegar à corrente sanguínea. Por outro lado, se se tratasse somente de uma ação mecânica, a obstrução de qualquer ponto do leito arterial seria capaz de induzir hipertensão, e não haveria razões para a associação privilegiada das doenças cardíacas e renais.

Um procedimento experimental mais fino para reprodução da hipertensão renovascular só se tornaria amplamente disponível a partir de 1934, com as publicações de Harry Goldblatt (1891-1977). Goldblatt e colaboradores (1934) desenvolvem um aparato próprio para realizar a constrição parcial e seletiva das artérias renais de cães, procedimento que apresentava dificuldades técnicas devido à localização profunda dessas artérias no retroperitônio. Esse aparato permitia regular o grau de constrição da artéria, através da utilização de um clampe, que era aplicado inicialmente a apenas uma das artérias renais. O aumento da pressão arterial, geralmente proporcional ao grau de obstrução do fluxo sanguíneo, era detectável desde os primeiros dias após a operação, sem que houvesse, no entanto, alterações da excreção de uréia. Cerca de duas semanas após o primeiro procedimento, uma outra cirurgia era realizada para restringir a artéria renal contralateral, o que normalmente levava a um aumento ainda mais expressivo dos níveis pressóricos e à morte dos animais por uremia. Esses experimentos do grupo de Goldblatt, que foram reproduzidos em diversos animais, demonstravam de forma clara que a hipertensão era uma consequência *específica* da isquemia renal, já que a constrição de outras grandes artérias, como as artérias esplênica e femoral, não afetava a pressão arterial sistêmica. Mas esses experimentos ainda não esclareciam o mecanismo de aumento da pressão após a isquemia renal. Como os próprios autores indicam, esse aumento poderia dever-se a (i) um reflexo que causaria ativação do sistema nervoso simpático; (ii) um impulso neural oriundo dos rins que estimularia a "secreção interna" de outras glândulas, como as suprarrenais; ou (iii) ao acúmulo de alguma substância na corrente sanguínea, que "(...) poderia efetuar uma ação pressórica como a de um hormônio" (Goldblatt et al. 1934, p. 373-4).

A denervação renal completa foi realizada em 1935 por Irvine Page (1901-1991),

que continuava a observar um aumento da pressão arterial após constrição da artéria renal. Os resultados de seus experimentos foram corroborados pelos trabalhos de outros pesquisadores, como Collins (1936), excluindo a intervenção de mecanismos neurais e fortalecendo a hipótese de um mecanismo humoral para a hipertensão renovascular. O reconhecimento e isolamento de outros componentes do sistema renina angiotensina corroboraria definitivamente essa interpretação.

Kohlstaedt, Helmer e Page (1940), trabalhando com extratos purificados de renina, observam que a injeção dessa substância diluída em Ringer era incapaz de realizar a vasoconstrição da cauda de cães. No entanto, diluindo renina com plasma ou sangue, os efeitos vasopressóricos típicos da substância se manifestavam, o que forçava à conclusão de que algum componente do sangue era responsável pela ativação da renina. Ainda em 1940, o grupo de Page, radicado em Indianápolis, publica simultaneamente a um grupo de pesquisadores de Buenos Aires, liderados por Eduardo Braun-Menéndez (1903-1959), trabalhos demonstrando a produção de uma substância com fortes propriedades vasopressoras através da reação da renina com pseudo-globulinas plasmáticas. Enquanto o grupo de argentinos denominava essa substância “hipertensina” (Braun-Menéndez et al., 1940), o grupo de norte-americanos referia-se a ela com o termo “angiotonina” (Page; Helmer, 1940). Apesar das diferenças terminológicas, os trabalhos dos dois grupos coincidiam ao caracterizar a renina como uma enzima, cuja ação dependia da formação de uma substância ativa diferente da própria renina, que não teria nenhuma ação direta sobre o sistema cardiovascular. A natureza enzimática da ação da renina explicaria ainda alguns fenômenos observados no laboratório, como a diminuição progressiva da resposta pressórica após administração de doses repetidas de renina (taquifilaxia) e sua ação mais lenta e prolongada, quando comparada com a ação das substâncias efetoras, isto é, da hipertensina ou da angiotonina. Em 1958, Braun-Menéndez e Page chegam a um acordo quanto à nomenclatura do sistema e criam os termos híbridos “angiotensinogênio”, para o substrato plasmático da renina, e “angiotensina”, para a substância ativa formada por ela.

É interessante observar que Braun-Menéndez não se refere mais a uma secreção interna renal em seus trabalhos. Antes, designa a hipertensina como um “princípio ativo”, ou uma “substância ativa” (Braun-Menéndez et al., 1940, p. 283). De fato, como a produção de hipertensina se dá na corrente sanguínea e como ela não é o produto direto da secreção orgânica, não faria sentido estrito referir-se a ela como uma secreção interna. De qualquer forma, parece-nos possível interpretar a noção de substância ativa como uma generalização do conceito de secreção interna, já que uma substância com atividade fisiológica à distância não se limita mais ao produto direto da atividade orgânica, mas passa a poder ser produzida em qualquer ponto da economia e também fora do organismo. Essa transição conceitual já aproxima, portanto, a terapêutica da fisiologia, já que nessa perspectiva não há diferença essencial entre substâncias orgânicas e artificiais. Um medicamento que age sobre

um sistema fisiológico será igualmente tomado como uma substância ativa. Mas retornaremos a esse ponto mais à frente.

Ainda em 1954 e portanto antes da padronização terminológica, Leonard Skeggs (1918-2002), tentando purificar a hipertensina, demonstra não haver apenas uma forma dessa substância, mas duas, ambas com propriedades vasopressoras quando injetadas na corrente sanguínea. Trata-se, como o próprio autor reconhece (Skeggs, 1954, p. 275), de um achado fortuito, obtido quando se incubavam o substrato de proteínas plasmáticas e a hipertensina na presença de íons cloreto. Esses resultados indicavam que a transformação de hipertensina I em hipertensina II, conforme nomenclatura adotada por Skeggs na época, também era uma reação enzimática. Tendo-se reconhecido que a atividade pressórica da hipertensina I dependia da sua conversão em hipertensina II por uma proteína plasmática, restava apenas identificar e isolar essa enzima, o que foi realizado dois anos mais tarde pelo próprio grupo de Skeggs (1956). Essa enzima, que seria posteriormente conhecida como enzima conversora de angiotensina (ECA), constitui o último componente do sistema renina-angiotensina que gostaríamos de indicar neste trabalho. A partir de agora, já temos elementos suficientes para relatar como o reconhecimento prévio de um importante sistema de regulação da pressão arterial normal, e também implicado na hipertensão arterial, pode se tornar o foco preferencial dos esforços de produção de novas terapêuticas.

### **3 | A SÍNTESE DO CAPTOPRIL COMO A REALIZAÇÃO DE UMA IDEIA**

O reconhecimento de que a renina poderia estar relacionada com as doenças cardiovasculares é tão antiga quanto os trabalhos de Tigerstedt e Bergman (1898, p. 271), que já levantam a possibilidade de um aumento da atividade dessa substância estar implicado na hipertrofia cardíaca, através de um aumento da resistência vascular. Na maior parte dos trabalhos relatados ao longo da seção anterior, podemos apontar o reconhecimento, expresso ou implícito, da importância das pesquisas acerca do sistema renina-angiotensina para a compreensão da hipertensão essencial e, conseqüentemente, para o tratamento dessa condição. A fim de oferecer uma prova dessa atenção às implicações terapêuticas da pesquisa fisiopatológica, podemos citar Lewis e Goldblatt, que afirmam: "Existe uma indicação adequada de que a hipertensão renal experimental e a 'hipertensão essencial' humana são estreitamente similares, senão idênticas, e que os resultados obtidos nos estudos da patogênese, prevenção ou cura de uma podem ser diretamente aplicados à outra" (Lewis; Goldblatt, 1942, p. 461). Essas considerações parecem-nos indicar como a pesquisa laboratorial biomédica encontra uma forte motivação na resolução de problemas clínicos e como as implicações terapêuticas de seus trabalhos estão constantemente no horizonte dos pesquisadores. A preocupação em desenvolver tratamentos eficazes para a

hipertensão se torna ainda mais compreensível quando se observa que, na década de 1940, a maior parte das substâncias empregadas como anti-hipertensivos era sistematicamente incapaz de demonstrar a sua eficácia à experimentação laboratorial, ou era excessivamente tóxica (Goldblatt; Kahn; Lewis, 1942).

O médico e pesquisador brasileiro Sérgio Ferreira (1934-2016), trabalhando em uma área de pesquisa inicialmente afastada da pesquisa sobre o sistema renina-angiotensina, purifica e descreve em 1965 as ações farmacológicas de um grupo de componentes ativos do veneno da serpente *Bothrops jararaca*, capazes de potencializar as ações da bradicinina, especialmente a vasodilatação arterial e a contração da musculatura lisa de íleo de ratos. Esse grupo de substâncias ativas foi chamado de "fator potenciador de bradicinina" (BPF) por Ferreira (1965). A própria bradicinina, por sua vez, havia sido descrita em 1949 pelo também brasileiro Maurício Rocha e Silva (1910-1983), que demonstrou que a ação do veneno da jararaca sobre as proteínas plasmáticas produzia uma substância vasodilatadora e estimuladora da contração do músculo liso intestinal. Trata-se da terceira e última substância vasoativa a que faremos referência neste trabalho, também formada através da ação de uma enzima sobre a fração de pseudo-globulinas plasmáticas. Observemos que a descrição do sistema renina-angiotensina e da bradicinina nos apresenta um quadro da regulação da pressão arterial, dependente de mediadores químicos, extremamente diferente das explicações predominantemente mecânicas, que se referiam apenas a um incremento da atividade da bomba cardíaca, ou a um aumento reflexo da resistência vascular.

Ferreira (1965) considerou que a ação potencializadora dos efeitos da bradicinina devia-se à inibição da degradação desta substância por uma outra enzima, uma polipeptidase. A observação de que tanto a conversão da angiotensina I em angiotensina II, quanto a degradação da bradicinina se davam majoritariamente no leito pulmonar (Ng; Vane, 1968) motivou a suposição de que a mesma enzima fosse encarregada das duas funções. Isto é, levantou-se a hipótese da ECA ser a mesma polipeptidase responsável pela degradação da bradicinina (Ng; Vane, 1968, p.150). Essa suposição se tornava ainda mais forte diante da observação de semelhanças moleculares entre a bradicinina e a angiotensina I, que poderiam, do ponto de vista estrutural, servir de substrato à mesma atividade enzimática. Como um procedimento experimental para a testagem dessa hipótese, resolveu-se avaliar a ação do BPF sobre a ECA, demonstrando que, de fato, os compostos do veneno de jararaca bloqueavam a produção de angiotensina II (Bakhle, 1968). Restava apenas determinar quais eram as substâncias, entre os diversos peptídeos que compunham o BPF, especificamente responsáveis por esse efeito. Com essa pesquisa, esperava-se encontrar uma poderosa ferramenta farmacológica para a análise experimental e distinção dos sistemas da bradicinina e da renina. Além disso, "Tais inibidores de enzimas poderiam também se provar terapeuticamente úteis em condições patológicas como inflamação e hipertensão" (Ferreira; Bartelt; Greene, 1970, p. 2583).

O isolamento dos componentes do veneno de jararaca e o teste de sua ação farmacológica sobre a ECA revelou um nonapeptídeo extremamente potente. Em 1971, Ondetti e colaboradores realizam a síntese artificial do peptídeo de ocorrência natural no veneno e observam que a molécula sintética possuía características químicas e farmacológicas idênticas às da molécula original. Esse seria o primeiro inibidor da enzima conversora de angiotensina utilizado na pesquisa e na prática clínica, denominado inicialmente SQ 22,881, ou teprotide. No entanto, o teprotide apresentava o grande inconveniente de ser ativo apenas pela via endovenosa, o que limitava uma aplicação mais ampla na prática.

Em 1977, o grupo de Ondetti realiza a síntese de uma nova molécula, não peptídica, baseando-se em conhecimentos prévios acerca da forma molecular dos inibidores da ECA e em analogias com a estrutura de uma enzima similar a ela. Trata-se, como os próprios autores reconhecem, de um *design racional* (Ondetti; Ruban; Cushman, 1977, p. 441), que poderíamos utilizar como um exemplo da atividade criadora da bioquímica contemporânea, ou como a realização de uma ideia científica. De fato, a substância denominada inicialmente SQ 14,255 e posteriormente captopril, apesar de ter sido inspirada em proteínas de ocorrência natural, foi *pensada* antes de ser produzida, ou seja, sua ideia precede a sua existência. Mas o resultado dessa criação não possuía apenas a estrutura molecular que os pesquisadores imaginavam; apresentava ainda a atividade biológica que deveria decorrer dessa estrutura. Estudos em animais demonstrariam que o captopril era efetivamente capaz de bloquear o aumento pressórico causado pela injeção de angiotensina I, além de potencializar os efeitos hipotensores da injeção de bradicinina (Murthy et al., 1977). Posteriormente, os primeiros ensaios clínicos confirmariam em nível populacional a eficácia do captopril como tratamento da hipertensão humana (Brunner et al., 1979), de certa forma justificando os esforços empregados na elucidação experimental do sistema renina-angiotensina.

#### 4 | CONCLUSÃO

A história da elucidação experimental do sistema renina-angiotensina revela a transição de um pensamento predominantemente mecânico para um pensamento humoral na explicação da hipertensão arterial. Essa transição deve ser interpretada, por um lado, como um aprofundamento e complexificação do entendimento dos mecanismos de regulação da pressão arterial, já que não houve substituição do pensamento mecanicista, mas complementação de uma explicação física por uma explicação bioquímica. O médico ainda pode servir-se de analogias com bombas e sistemas de tubulação para compreender o funcionamento do aparelho cardiovascular, mas deve ter sempre em mente que as modificações do funcionamento desse aparelho se dão por mecanismos essencialmente orgânicos. A partir de então, não é

mais suficiente utilizar um argumento teleológico e dizer que o aumento da pressão arterial na doença renal visa garantir a perfusão renal diante de um aumento da resistência vascular. É preciso explicar como esse aumento de pressão é obtido, e, para isso, deve-se recorrer à ação de substâncias ativas, formadas através da atividade enzimática. Por outro lado, a própria noção de substância ativa já coloca a terapêutica no mesmo plano da fisiopatologia, pois o cientista passa a saber em qual etapa específica das vias fisiológicas de regulação da pressão arterial o medicamento anti-hipertensivo deve agir. Na ausência de uma substância de ocorrência natural que execute adequadamente essa função, o pesquisador não suspende os seus esforços, pois a técnica permite-lhe criar artificialmente o que a natureza não lhe dá. O captopril é o resultado desse tipo de criação técnica e representa a profunda relação entre forma molecular e atividade orgânica.

O tipo de desenvolvimento apresentado pelo captopril não nos parece ser um caso isolado, mas representa um padrão de produção de novas terapias cada vez mais frequente na medicina contemporânea. Pode-se dizer que esse padrão se caracteriza pelas seguintes etapas: (i) esclarecimento de sistemas de regulação de funções orgânicas normais; (ii) demonstração de seu envolvimento em condições patológicas; e (iii) desenvolvimento de substâncias capazes de agir especificamente sobre os mecanismos desregulados. Obviamente, trata-se de uma descrição esquemática, pois, de fato, as duas primeiras etapas muitas vezes se sobrepõem. No entanto, consideramos a caracterização suficientemente justa. Acreditamos que a história recente da medicina possa nos oferecer outros exemplos como esse, como no caso da insulina e de diversos outros hormônios, cuja pesquisa inclusive recorreu intensamente ao conceito de secreção interna. Mas esse padrão não se limita à endocrinologia, podendo ser encontrado em boa parte dos chamados tratamentos alvo-moleculares, cada vez mais presentes nas pesquisas laboratorial e clínica. Esperamos que o estudo de outros casos possa nos fornecer melhores recursos para julgar essa interpretação.

## REFERÊNCIAS

BAKHLE, Y. Conversion of angiotensin I to angiotensin II by cell-free extracts of dog lung. *Nature*, v. 220, p. 919-20, 1968.

BELL, E.; PEDERSEN, A. The causes of hypertension. *Annals of Internal Medicine*, v. 4, n. 3, p. 227-37, 1930.

BERNARD, C. *Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine*. Paris: J.B Baillière. 1855.

BRAUN-MENÉNDEZ, E. et al. The substance causing renal hypertension. *Journal of Physiology*, v. 98, p. 283-98, 1940.

BRAUN-MENÉNDEZ, E.; PAGE, I. Suggested revision of nomenclature – angiotensin. *Science*, v. 147,

p. 242, 1958.

BROWN-SÉQUARD, C. Importance de la sécrétion interne des reins démontrée par les phénomènes de l'anurie et de l'urémie. *Archives de Physiologie Normale et Pathologique*, s. 5, t. 5, p. 778-86, 1893.

BROWN-SÉQUARD, C.; d'ARSONVAL, J. Des injections sous-cutanées ou intra-veineuses d'extraits de nombre d'organes, comme méthode thérapeutique. *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences*, t. 114, p. 1399-405, 1892.

BRUNNER, H. et al. Oral angiotensin-converting enzyme inhibitor in long-term treatment of hypertensive patients. *Annals of Internal Medicine*, v. 90, p. 19-23, 1979.

COLLINS, D. Hypertension from constriction of the arteries of denervated kidneys. *American Journal of Physiology*, v. 116, n. 3, p. 616-21, 1936.

FERREIRA, S. A bradykinin-potentiating factor (BPF) present in the venom of *Bothrops jararaca*. *British Journal of Pharmacology*, v. 24, p. 163-9, 1965.

GOLDBLATT, H. et al. Studies on experimental hypertension. I. The production of persistent elevation of systolic blood pressure by means of renal ischemia. *Journal of Experimental Medicine*, v. 59, n. 3, p. 347-79, 1934.

GOLDBLATT, H.; KAHN, J.; LEWIS, H. Studies on experimental hypertension. XVII. Experimental observations on the treatment of hypertension. *Journal of the American Medical Association*, v. 119, n. 5, p. 1192-201, 1942.

KATZENSTEIN, M. Experimenteller Beitrag zur Erkenntnis der bei Nephritis auftretend Hypertrophie des linken Herzens. *Virchows Archiv für pathologische Anatomie*, v. 182, n. 2, p. 327-37, 1905.

KOHLSTAEDT, K.; PAGE, I.; HELMER, O. The activation of renin by blood. *American Heart Journal*, v. 19, n. 1, p. 92-99, 1940.

LEWIS, H.; GOLDBLATT, H. Studies on Experimental Hypertension. XVIII. Experimental Observations on the Humoral Mechanism of Hypertension. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, v. 18, n. 7, p. 459-87, 1942.

MURTHY, V. et al. Inhibition of angiotensin converting enzyme by SQ 14,225 in conscious rabbits. *European Journal of Pharmacology*, v. 46, p. 207-212, 1977.

NG, K.; VANE, J. Fate of angiotensin I in the circulation. *Nature*, v. 218, p. 144-50, 1968.

ONDETTI, M.; et al. Angiotensin-converting enzyme inhibitors from the venom of *Bothrops jararaca*. Isolation, elucidation of structure and synthesis. *Biochemistry*, v. 19, n. 22, p. 4033-9, 1971.

ONDETTI, M.; RUBIN, B.; CUSHMAN, D. Design of specific inhibitors of angiotensin-converting enzyme: new class of orally active antihypertensive agents. *Science*, v. 196, p. 441-3, 1977.

PAGE, I. The Relationship of the Extrinsic Renal Nerves to the Origin of Experimental Hypertension. *American Journal of Physiology*, v. 112, n. 1, p. 166-71, 1935.

PAGE, I.; HELMER, O. A crystalline pressor substance (angiotonin) resulting from the reaction between renin and renin-activator. *Journal of Experimental Medicine*, v. 71, n. 1, p. 29-42, 1940.

ROCHA E SILVA, M.; BERALDO, W.; ROSENFELD, G. Bradykinin, a hypotensive and smooth muscle stimulating factor released from plasma globulin by snake venoms and by trypsin. *American Journal of Physiology*, v. 156, p. 261-73, 1949.

SKEGGS, L. et al. The existence of two forms of hypertensin. *Journal of Experimental Medicine*, v. 99, n. 3, p. 275-82, 1954.

SKEGGS, L.; KAHN, J.; SHUMWAY, N. The preparation and function of the hypertensin-converting enzyme. *Journal of Experimental Medicine*, v. 103, n. 3, p. 295-9, 1956.

TIGERSTEDT, R.; BERGMAN, P. Niere und Kreislauf. *Skandinavisches Archiv Für Physiologie*, v. 8, p. 223-71, 1898.

## PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DO HIPERDIA SOBRE QUALIDADE DE VIDA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, EM OLINDA, PERNAMBUCO

### **Moab Duarte Acioli**

(Professor Adjunto II do Curso de Medicina e do PPG em Ciências da Linguagem da Universidade Católica de Pernambuco – Unicap),

### **Mariana Beatriz Silva Torres Galindo**

(Graduanda no 6º período do Curso de Medicina da Unicap),

### **Gabrielle Lins Serra**

(Graduanda no 10º período do Curso de Medicina da Unicap),

### **Bárbara Azevedo Neves Cavalcanti**

(Graduanda no 10º período do Curso de Medicina da Unicap).

**RESUMO:** INTRODUÇÃO: Um dos mais importantes programas do SUS é o Hiperdia. Visa cadastrar, atender, medicalizar, prevenir e desenhar o perfil epidemiológico dos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Básica de Saúde. Igualmente, existe a presença da Saúde Mental no contexto da Clínica Ampliada, sendo a Qualidade de Vida um dos mais destacados fatores relacionados com o bem estar psicossocial. OBJETIVOS: Analisar a autopercepção de pacientes do Hiperdia em uma unidade básica de saúde sobre a qualidade de vida. MÉTODOS: Estudo qualitativo, analítico e transversal. Campo: Unidade Básica de Saúde Cohab-Peixinhos, em Olinda, Pernambuco.

Instrumentos: Questionário sociodemográfico e Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36). Sujeitos da pesquisa: Sexo: Feminino (73%). Dona de casa (73%). Casado (58%). 61 a 70 anos (39%). Fundamental incompleto (38%). Evangélica (49%). Do lar/ inativo (40%). Classe E (82%). Aspectos éticos: Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da Unicap (CAAE 65956017.9.0000.52062500) RESULTADOS: Resultados: Estado geral: Bom (59%). Comparação com ano anterior: Quase o mesmo (37%). Capacidade funcional: Pouca dificuldade (56%). Limitações físicas: Menos tempo e tarefas realizadas (60% cada). Limitações emocionais: Menos tarefas realizadas (52%). Interferência física e emocional nas atividades sociais: Moderada (33%). Interferência da dor corporal na vida social: Pouca/moderada (54%). Vitalidade: Boa parte do tempo (60%). Saúde mental: Alguma parte do tempo (57%). Estado mental nas últimas quatro semanas: Deprimida alguma/ pequena parte do tempo (41%). CONCLUSÃO: As limitações físicas e emocionais indica necessidade de articulação mais sistemática do Hiperdia com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

**PALAVRAS-CHAVE:** atenção primária à saúde, qualidade de vida, saúde mental, hipertensão arterial, diabetes mellitus.

## HIPERDIA USER'S PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE IN A PRIMARY HEALTH UNIT IN OLINDA, PERNAMBUCO

**ABSTRACT:** INTRODUCTION: One of the most important programs of SUS is Hiperdia. It aims to register, attend, medicalize, prevent and design the epidemiological profile of the cases of Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus in Primary Health Care. Also, there is the presence of Mental Health in the context of the Expanded Clinic, with Quality of Life being one of the most factors related to psychosocial well-being. OBJECTIVES: To analyze the self-perception of patients of the Hyperdia in a basic unit of health on the quality of life. METHODS: A qualitative, analytical and cross-sectional study. Field: Basic Cohab-Peixinhos Health Unit, in Olinda, Pernambuco. Instruments: Sociodemographic questionnaire and Brazilian version of the Quality of Life Questionnaire (SF-36). Research Subjects: Gender: Female (73%). Housewife (73%). Married (58%). 61 to 70 years (39%). Fundamental incomplete (38%). Evangelical (49%). Home / inactive (40%). Class E (82%). Ethical aspects: Research approved by the Unicap Ethics Committee (CAAE 65956017.9.0000.52062500) RESULTS: Results: General state: Good (59%). Comparison with previous year: Almost the same (37%). Functional capacity: Low difficulty (56%). Physical limitations: Less time and tasks performed (60% each). Emotional limitations: Less tasks performed (52%). Physical and emotional interference in social activities: Moderate (33%). Interference of body pain in social life: Low / moderate (54%). Vitality: Good part of the time (60%). Mental health: Some part of the time (57%). Mental state in the last four weeks: Depressed some / small part of the time (41%). CONCLUSION: Physical and emotional limitations indicate a need for a more systematic articulation of Hyperdia with the Family Health Support Center.

**KEYWORDS:** primary health care, quality of life, mental health, arterial hypertension, diabetes mellitus.

### 1 | INTRODUÇÃO

A ausência de doença se mostra como um dos pontos que conceitua a saúde, mas não em absoluto. Assim, este conceito de saúde tem relações com a noção de qualidade de vida (MINAYO, 2000).

Por sua vez, o sentido de qualidade de vida enfoca o grau de bem-estar de forma holística, ou seja, no cumprimento pelos indivíduos de suas potencialidades, envolvimento na arte e atuação efetiva como agente social (NETTO, 1994). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995), ela é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores onde vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

A criação do Hiperdia – programa da Atenção Básica à Saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) vigente –, apresenta-se como de caráter imprescindível no acompanhamento que garante ao paciente com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus

uma posição mais ativa em seu tratamento (MIRANZI, 2008).

Pode-se pressupor, portanto, que o sentido de qualidade de vida apresenta um relevante aspecto de integralidade por aglutinar enfoques, como estes apresentados por Ciconelli e Ferraz (1997) e que são os seguintes: capacidade funcional, limitação dos aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

O enfoque apresentado está na imersão e na nfase da Clínica Ampliada, ou seja, na melhoria da qualidade de vida do paciente. A Clínica Ampliada é uma ferramenta de articulação e inclusão de diferentes situações do dia a dia no tratamento (COUTINHO, 2013).

## **2 | OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Pesquisar a qualidade de vida dos pacientes integrantes do Programa Hiperdia em uma Unidade Básica de Saúde em Olinda.

### **2.2 Objetivos específicos**

1º Estudar o perfil sociodemográfico dos pacientes hipertensos e diabéticos que frequentam o Hiperdia em uma Unidade de Saúde em Olinda.

2º Pesquisar a qualidade de vida dos integrantes do Hiperdia.

3º Diferenciar esta qualidade entre as diferentes esferas de vida dos pacientes que integram o Hiperdia.

## **3 | MATERIAL E MÉTODOS**

### **3.1 Perfil da pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal.

### **3.2 Campo**

O campo da pesquisa é o município de Olinda, Pernambuco. Conta com população aproximada de 384.494 habitantes (IBGE, 2015). Em termos de Ação Básica de Saúde, estão distribuídas cinquenta e uma Unidades de Saúde da Família, englobando 396 Agentes Comunitários de Saúde, inseridos no município desde o ano de 1991, a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), atualmente substituído pela ESF. Em Olinda existem dez

Regiões Político-Administrativas (RPA). A Unidade de Saúde da Família de COHAB-Peixinhos está localizada na RPA 3, contando com três equipes, cada uma, respectivamente, subdividida entre oito micro áreas (SECRETARIA DE SAÚDE DE OLINDA, 2012). O nome do bairro relaciona-se com o Rio Beberibe que divide Olinda

de Recife. Antes era denominado de “Rio dos Peixinhos”. O bairro surgiu a partir da moradia de famílias próximas ao Matadouro de Olinda, que funcionou entre 1919 e 1970 e da Fábrica Fosforita Olinda SA, fundada em 1957. Hoje, Peixinhos tem um comércio diversificado, inclusive a concorrida Feira de Peixinhos, ao largo da Avenida Presidente Kennedy. O desenvolvimento sem planejamento implicou problemas de estrutura, envolvendo becos e vielas, falta de pavimentação nas ruas, saneamento, coleta de lixo, entre outros (CASA BRASIL: NASCEDOURO PEIXINHOS, s/d)

### **3.3 Amostra**

Trata-se de uma amostra por conveniência, formada por 63 (sessenta e três) indivíduos de ambos os sexos que participam do Grupo Hiperdia (Hipertensos e Diabéticos) das três equipes de da Unidade de Saúde da Família Cohab Peixinhos, unidade esta que conta com convênio com a Universidade Católica de Pernambuco (Unicap). São profissionais dessas equipes: três enfermeiros, três médicos, dois técnicos de enfermagem e vinte e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

### **3.4 Instrumentos**

Foi aplicado um Questionário Sociodemográfico e a Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36).

### **3.5 Métodos de Análise**

Está sendo utilizado o software Microsoft Excel 2010, a partir de uma análise descritiva de cada um dos itens do Questionário Sociodemográfico (sexo, parentesco na família, estado civil, idade, grau de instrução, religião, ocupação e renda familiar). Em termos da Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36), trata-se de doze perguntas de múltipla escolha, contando com subtemas internos, e que abordam as capacidades, estados e limitações envolvendo esferas de vida como capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

### **3.6 Aspectos Éticos**

Esta pesquisa integra o Projeto de Pesquisa “Transtornos Mentais Entre Hipertensos e Diabéticos Atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em Olinda: entre o Risco e a Experiência”, aprovado pelo Comitê Científico e pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco (Unicap), cadastrado sob número 65956017.9.0000.5206.

## 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%
Perfil Familiar	Dona de casa		Esposo		Genitor		Outros								Total	
	46	73%	11	17%	2	3%	4	6%							63	100%
Sexo	Masculino		Feminino												Total	
	17	27%	46	73%										63	100%	
Estado civil	Casado		Solteiro		Viúvo		Separado		Amasiado						Total	
	37	58%	9	14%	15	23%	1	1%	1	1%				63	100%	
Idade	31 a 40 anos		41 a 50 anos		51 a 60 anos		61 a 70 anos		> 70 anos					Total		
	3	4%	7	11%	18	28%	25	39%	10	15%				63	100%	
G. de instrução	Analfabeto		Fund. Incompleto		Fund. Completo		Médio Incompleto		Médio Completo		Superior Incompleto		Superior Completo		Total	
	5	7%	24	38%	8	12%	5	7%	17	26%	1	1%	3	4%	63	100%
Religião	Católica		Evangélica		Kardecista		Afrobrasileira		Agnóstica						Total	
	23	36%	31	49%	1	1%	1	1%	4	6%				63	100%	
Ocupação	Ativo		Inativo		Licença por doença		Apos. Temp. Serviço		Após. Por invalidez		Biscate		Do lar		Total	
	12	19%	13	20%	0	0%	14	22%	9	14%	2	3%	13	20%	63	100%
Renda	Classe D		Classe E											Total		
	11	17%	52	82%										63	100%	

**Quadro 1** – Perfil Sociodemográfico dos Sujeitos Entrevistados

No devido estudo, o perfil epidemiológico dos indivíduos com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), caracterizou-se pelo predomínio do sexo feminino (73%), pois, ao nível mundial, a população feminina é maior que a masculina (MIRANZI, 2008). Este fato explica, em parte, a maior proporção de mulheres acometidas e diagnosticadas, vindo a procurarem mais frequentemente os serviços de saúde. A idade dos indivíduos variou entre 31 a mais de 70 anos, com maior porcentagem para os pacientes entre 61 e 70 anos (39%), estando pertinente com a condição crônica das patologias em foco, haja vista que a DM e a HAS têm maior prevalência em indivíduos acima de 35 anos.

Quanto à escolaridade, 7% é analfabeto e 38% tem o 1º grau incompleto. Segundo o Informe de Atenção Básica de 2001, a adesão ao tratamento tende a ser menor em indivíduos com baixa escolaridade, o que eleva a responsabilidade das ESFs em desenvolverem atividades educativas, com ênfase para o controle da doença e promoção da saúde. Do total de entrevistados, 58% é casado; 23% viúvo; 14% é solteiro e 2% é amasiado/separado. A OMS refere que o estado civil dos indivíduos influencia na dinâmica familiar e no auto-cuidado (MIRANZI, 2008). Para os idosos, a composição familiar pode ser um fator decisivo pela falta de estímulo a este autocuidado e ao asilamento.

	NA	%
EXCELENTE	3	4,8
MUITO BOA	3	4,8
BOA	37	58,7
RUIM	12	19
MUITO RUIM	8	12,7
TOTAL	63	100

**Quadro 2** – Autopercepção do estado geral (n= 63)

O estado de saúde geral pode ser abordado como a capacidade física e psíquica a qual interfere no hábito de vida, tanto na modificação da alimentação, como controle de medicação e estilo de vida. Esse processo é alterado em decorrência na doença crônica que o indivíduo vem a possuir (MIRANZI, 2008). Ao se tratar da autopercepção do estado geral da saúde, 58,7% considerou boa e 31,7% considerou ruim/muito ruim. A autopercepção positiva da saúde possibilita maior envolvimento dos indivíduos em relação ao tratamento e ao controle da doença. Os dados coletados indicam que há otimização da autopercepção do indivíduo, mostrando efetivação do processo de acolhimento da unidade local.

Esse resultado mostra-se superior a outro estudo, realizado pela Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), no qual apenas 26,7% tiveram uma autopercepção como boa do seu estado geral. A avaliação positiva da saúde resulta em maior envolvimento dos indivíduos em relação ao tratamento e ao controle da doença. Por isso, o Hiperdia se apresenta como amenizador e fator de manutenção da qualidade de vida dos pacientes (MIRANZI, 2008).

	NA	%
MUITO MELHOR	6	9,5
UM POUCO MELHOR	17	27
QUASE A MESMA	23	36,5
UM POUCO PIOR	9	14,3
MUITO PIOR	8	12,7
TOTAL	63	100

**Quadro 3** – Comparação autopercebida do estado de saúde com o ano anterior (n=63)

Ao serem questionados sobre como as doenças interferiam em sua qualidade de vida em relação ao ano anterior, a maioria, 63,5%, percebe que sua saúde encontra-se um pouco melhor/quase a mesma. Por outro lado, 27% percebe que está um pouco pior/muito pior.

Os usuários cadastrados recebem orientação para a promoção de saúde, informações que possibilitam uma melhoria significativa nos indicadores de qualidade, seguido de uma maior efetividade do Programa Hiperdia, o que resulta em melhores condições de saúde e de vida (ROSA, 2015).

	NA	%
MUITA DIFICULDADE	18	29
POUCA DIFICULDADE	35	56
NENHUMA DIFICULDADE	10	16
TOTAL	63	100

**Quadro 4** – Autoavaliação da capacidade funcional

A dimensão *capacidade funcional* avalia a presença e extensão de limitações

relacionadas à capacidade física (CHAVES, 2015). O comprometimento dessa capacidade tem implicações importantes para todo o contexto de vida, incluindo a família, a comunidade e o próprio sistema de saúde, podendo ocasionar maior vulnerabilidade e dependência, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida.

Em se tratando do grupo estudado na presente pesquisa, com idade média de 60 anos, os resultados indicam percepção de pouca dificuldade na capacidade funcional (56%) superior a muita dificuldade (29%). Pode estar relacionado, inclusive, a orientações em termos da realização de atividades físicas.

	SIM		NÃO		TOTAL	
	NA	%	NA	%	NA	%
CUMPRE MENOS TEMPO COM AS TAREFAS	38	60,3	25	39,7	63	100
MENOS TAREFAS DO QUE GOSTARIA REALIZAR	38	60,3	25	39,7	63	100
LIMITAÇÃO NO TEMPO DE ATIVIDADE	32	50,8	31	49,2	63	100
DIFICULDADE EM REALIZAR O TRABALHO	27	43	36	57	63	100

**Quadro 5** – Autopercepção das limitações por aspectos físicos nas últimas 4 semanas

Há presença de limitações físicas entre esse grupo de pacientes com doenças crônicas, haja vista que 60,3% cumpre menos tempo com as tarefas e com igual percentual, realiza menos tarefas do que gostaria de fazer, revelando o impacto da idade ou uma lacuna na Clínica Ampliada.

Nesse sentido, o Hiperdia mostra que com a valorização da prática de exercícios de força, pode reverter esse quadro, auxiliando na manutenção da massa muscular e melhorando resistência, o que possivelmente refletiria sobre o domínio físico da qualidade de vida (SILVA, 2016).

	SIM		NÃO		TOTAL	
	NA	%	NA	%	NA	%
MENOS TEMPO PARA AS TAREFAS	29	46	34	54	63	100
MENOS TAREFAS DO QUE GOSTARIA REALIZAR	33	52,4	30	47,6	63	100
REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE PREJUDICADA	27	42,9	36	57,1	63	100

**Quadro 6** - Autopercepção das limitações por aspectos emocionais nas últimas 4 semanas

Em se tratando das limitações por aspectos emocionais, observou-se que a realização das tarefas não está prejudicada (57,1%), e não existe tempo diminuído para realização das mesmas (54%). Entretanto, há uma percepção de que existe uma diminuição das atividades que gostaria de realizar (52,4%).

Estudos apontam que pacientes com diagnóstico de doenças crônicas têm maior probabilidade de desenvolver formas patológicas de sintomas emocionais (RAMOS, 2011). Tais estudos sugerem que esses indivíduos, ao serem expostos a situações aversivas, de cunho emocional, apresentariam dificuldades no manejo da doença

comprometendo a adesão ao tratamento e conseqüentemente a sua qualidade de vida.

	NA	%
DE FORMA NENHUMA	9	14,3
LIGEIRAMENTE	16	25,4
MODERADAMENTE	21	33,3
BASTANTE	17	27
EXTREMAMENTE	0	0
TOTAL	63	100

**Quadro 7** – Interferência de problemas físicos e emocionais nas atividades sociais

A existente reflexão sobre o comportamento e os estilos de vida habitual, notavelmente alterado em indivíduos portadores de doenças crônicas, procura demonstrar a inter-relação entre os aspectos emocionais e as funções corporais, assim como trabalhar fatores que estejam dificultando as mudanças comportamentais comumente observadas (GIANNOTTI, 2002).

Ao se estudar a percepção dos indivíduos sobre a relação entre problemas físicos e emocionais nas atividades sociais, registrou-se que 60,3% dos indivíduos percebem uma interferência moderada/bastante de problemas físicos e emocionais relacionados às atividades sociais.

	NA	%
NENHUMA	10	15,9
POUCA	17	27
MODERADA	17	27
BASTANTE	12	19
EXTREMAMENTE	7	11,1
TOTAL	63	100

**Quadro 8**– Intensidade e interferência da dor corporal na vida social durante as últimas 4 semanas

A dor, além de ser um fator limitante de funções, aumenta o risco de estresse emocional, podendo levar, em casos mais acentuados, ao isolamento social. A dor influencia nas atividades cotidianas, nos altos níveis de inabilidade funcional, na maior fragilidade e em níveis aumentados de comorbidades nesses pacientes. Ao ser analisadas as interferências da dor corporal na vida social do grupo, verificou-se que existe uma maior percepção de interferência pouca/moderada da dor corporal na vida social nas últimas 4 semanas (54%).

Em pacientes mais idosos do que a média desta pesquisa, a dor é altamente prevalente e causa incapacidades e inabilidades prolongadas, podendo ser vista como uma doença, e não somente um sintoma, resultando em diversas conseqüências importantes que afetam a qualidade de vida (LEITE, 2012).

	NA	%
TODO O TEMPO	0	0
A MAIOR PARTE DO TEMPO	2	3,2
UMA BOA PARTE DO TEMPO	38	60,3
ALGUMA PARTE DO TEMPO	12	19
UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO	11	17,5
NUNCA	0	0
TOTAL	63	100

**Quadro 9** – Autopercepção de vitalidade nas últimas 4 semanas (n=63)

Em se tratando da autopercepção da vitalidade nas últimas 4 semanas, a maioria do grupo (60,3%) respondeu estar presente em boa parte do tempo, uma resposta intermediária entre a maior parte e uma pequena parte.

Considerando um estudo em que a vitalidade é avaliada pelo nível de energia e fadiga (FERREIRA, 2009), foi considerado uma nota padronizada de 0 a 100, na qual a mínima correspondia a ausência de vitalidade e a máxima a constante presença da mesma. Com isso, foi obtido que a média de notas atribuídas para a vitalidade dos indivíduos estudados corresponde a um valor mediano (48,6), tornando-se significativo a porcentagem obtida, no devido estudo, mostrando que 60,3% dos entrevistados considera que sua vitalidade se encontra presente em boa parte do tempo.

	TODO	M A I O R / BOA PARTE	ALGUMA/ PEQUENA PARTE	NUNCA	TOTAL
MUITO NERVOSA	9 (14%)	16 (25%)	22 (35%)	16 (25%)	63 (100%)
DEPRIMIDA	6 (9%)	9 (14%)	26 (41%)	22 (35%)	63 (100%)
CALMA	18 (28%)	18 (28%)	25 (40%)	2 (3%)	63 (100%)
FELIZ	30 (48%)	22 (35%)	7 (11%)	4 (6%)	63 (100%)

**Quadro 10** – Autopercepção do tempo de estado de saúde mental nas últimas 4 semanas

As doenças crônicas estão intimamente relacionadas aos cuidados desenvolvidos por diferentes grupos sociais. O fato de serem doenças de longa duração implica o desenvolvimento de cuidados em saúde por grupos que detêm conhecimentos distintos, assim como formas distintas de comportamento em seu cotidiano, a partir de sua construção psicossocial própria, implicando em alterações emocionais notáveis (TAVARES, 2013).

Em se tratando da autopercepção do estado de saúde mental nas últimas 4 semanas, por fim, o grupo responde que se percebe majoritariamente feliz em todo o tempo (48%). Continuando, 41% do grupo se percebe deprimido e 35% nervoso. Por fim, 40% do grupo se percebe calmo.

Considerando, que o grupo que se percebe deprimido todo o tempo (9%) e muito nervoso todo o tempo (14%) não responde estar feliz, por sua vez, a percepção da maioria é de que apresenta momentos em que estão deprimidos ou nervosos,

porém percebem-se felizes todo o tempo. Portanto, a percepção de felicidade do grupo extrapola o estado de saúde atual.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em se tratando do perfil sociodemográfico, é um grupo majoritariamente formado por donas de casa (73%), casado (58%), na sexta década de vida (39%), com escolaridade fundamental incompleta (38%), evangélico (49%), aposentado por tempo de serviço/inativo (42%) e da classe E (82%). Percebe-se a relevância de programas de saúde para o gênero feminino, a penetração das igrejas evangélicas nas classes populares, o que pode ser um fator de aliança ou de conflito com os serviços de saúde.

No caso da autopercepção da qualidade de vida, 58,7% considerou bom o estado de saúde geral, 63,5% percebe que sua saúde encontra-se um pouco melhor/quase a mesma que no ano anterior, 56% percebe pouca dificuldade na capacidade funcional, 60,3% cumpre menos tarefas do que gostaria por conta das limitações físicas. Em se tratando das limitações emocionais no desenvolvimento das tarefas, 57,1% percebe não estar prejudicado. Ao se abordar a interferência dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais, 60,3% percebeu uma interferência moderada/bastante. Para 54% houve uma interferência pouca/moderada da dor corporal na vida social durante as últimas 4 semanas, assim como para vitalidade, na qual houve uma autopercepção para 60,3% de estar presente em boa parte do tempo, e por fim, 48% percebe-se feliz.

A análise dos resultados mostra um impacto positivo da atuação do programa Hiperdia sobre o tratamento e acompanhamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Sob uma perspectiva mais abrangente, a otimização da cobertura do programa Hiperdia deve, ao longo dos anos, resultar em melhorias na qualidade de vida da população, na sua morbimortalidade e no sistema de saúde.

Resta desenvolver mecanismos de busca e abordagem ativa sobre o acompanhamento, assim como aprimorar o rastreamento psicopatológico. Para isso, conta-se com o trabalho concomitante do Núcleo de Assistência a Saúde da Família (NASF), com intuito de desenvolver uma melhor abordagem psicossocial dos pacientes diagnosticados com HAS e DM.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Coordenação de Investigação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde. **Informe de Atenção Básica**. Brasília (DF): MS; 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Princípios básicos. Brasília (DF); 2003.

BRASIL. **Hiperdia: Sistema de Cadastramento e acompanhamento de hipertensos e**

**diabéticos**; Brasília: Datasus, 2016. In: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>

CAMPOS, G; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):849-859, 2007.

CHAVES, A. S. et al. **Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos**. Rev. bras. geriatr. gerontol; 18(3): 545-556, jul.-set. 2015.

COUTINHO, A. T. et al. Integralidad del cuidado con el anciano en la estrategia de salud de la familia: visión del equipo. Esc. Anna Nery vol.17 no.4 Rio de Janeiro Sept./Dec, 2013.

GURVITCH, G. Determinismes sociaux et liberté humaine. Presses Universitaires de France, 1955. apud MINAYO, M.C.S. Quantitativo e qualitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos. In: Lima e Costa, M.F. & Souza, R.P. (org.) **Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia**. Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco, 1994 (Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia).

JARDIM, A. D. I.; LEAL, A. M. O.. (2009). Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no Sistema HIPERDIA em São Carlos-SP, 2002-2005. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 19(2), 405-417.

LEITE, M. T et al. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. **Rev Bras Geriatr Gerontol** 2012;15(3):481-92.

LIMA, Lílian Moura de et al . Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. Rev. **Gaúcha Enferm.** (online), Porto Alegre , v. 32, n. 2, p. 323-329, June 2011

MIRANZI, S. S. C. et al. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 672-9

NETTO, R.A 1994. **Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia**, pp.11-18. In MFL Lima e Costa & RP Sousa (orgs.). Qualidade de Vida: Compromisso Histórico da Epidemiologia. Coopmed/ Abrasco, Belo Horizonte.

NORONHA, J.C.; LEVCOVITZ,E. AIS-SUDS- SUS: O caminhos do direito à saúde. In.: Guimarães, R.; Tavares,R. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará,1994.

PEDROSA, J.I.S.; TELES,J.B.M. **Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família**. Rev.Saúde Pública 2001; 35(3):303-11.

PEREIRA, M.G. Saúde e doença. In.: \_\_\_\_\_ **epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

ROSA, Y. R. M. **De la Melhoría da Atenção a Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Bela Vista do Piató**, Assú/RN. 2015

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro: WHO; 2011 [acesso em 12 de fevereiro, 2018]. Disponível em:< [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf)>

SILVA, Paulo dos Santos et al. Qualidade de vida e nível de atividade física de idosos normotensos e hipertensos cadastrados na estratégia de saúde da família. **Rev Bras Ativ Fís Saúde** 2016;21(3):220-227 DOI: 10.12820/rbafs.v.21n3p220-227

RAMOS, Luciane; FERREIRA, Eleonora Arnaud Pereira. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes. **Rev. bras. crescimento desenvolvimento humano**. vol.21 no.3 São Paulo 2011

TAVARES, Roseneide dos Santos; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. A implicação do apoio social no viver de pessoas com hipertensão arterial. **Rev. Gaúcha Enferm.** vol.34 no.3 Porto Alegre Sept. 2013

## SUSPEIÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE MULHERES USUÁRIAS DO PROGRAMA HIPERDIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM OLINDA

### **Moab Duarte Acioli**

(Professor Adjunto II do Curso de Medicina e do PPG em Ciências da Linguagem da Universidade Católica de Pernambuco – Unicap),

### **Gabrielle Lins Serra**

(Graduanda no 10º período do Curso de Medicina da Unicap),

### **Bárbara Azevedo Neves Cavalcanti**

(Graduanda no 10º período do Curso de Medicina da Unicap),

### **Mariana Beatriz Silva Torres Galindo**

(Graduanda no 6º período do Curso de Medicina da Unicap)

**RESUMO:** O campo das Ações Básicas de Saúde ganhou destaque desde 1994 com a criação do Programa de Saúde da Família e a sua transformação posterior em Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em termos clínicos, destacam-se os Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus, tanto que o Ministério da Saúde publicou a Portaria 371/GM instituindo o Programa Hiperdia nas UBS (Unidades Básicas de Saúde). O objetivo do estudo é pesquisar o perfil sociodemográfico e de transtornos mentais entre mulheres integrantes do Hiperdia em Unidades Básicas de Saúde em Olinda. Foram aplicados o Questionário Sociodemográfico e o Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adulto (QMPA), que sugere a suspeição

de transtornos mentais. É uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal, tendo como sujeito 33 indivíduos do sexo feminino dos Grupos Hiperdia das 03 equipes de Unidade de Saúde da Família Cohab Peixinhos e de Jardim Brasil II. Os casos suspeitos são todos de donas de casa (100%); viúvas (42,4%); 61 a 70 anos (33,3%); EFI (45,5%); evangélicas (39,4%); "do lar" (33,3%); 2 salários mínimos (66,7%). Existe uma relevante prevalência de transtornos mentais entre pacientes mulheres no Hiperdia nas comunidades de Olinda, Pernambuco, o que afeta de forma direta a sua qualidade de vida e funcionamento. A atenção primária tem papel fundamental na adesão e tratamento dessas pacientes, buscando sempre a integração entre paciente e família, havendo assim uma resposta mais efetiva ao tratamento e reduzindo os riscos de complicações advindas da hipertensão e diabetes mal curadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** atenção primária à saúde; saúde mental; hipertensão arterial; diabetes mellitus; saúde da mulher.

### SUSPENSION OF MENTAL DISORDERS BETWEEN WOMEN USERS OF THE HIPERDIA PROGRAM IN A BASIC UNIT OF HEALTH IN OLINDA

**ABSTRACT:** Among the movements proposed by the Unified Health System, the field of Basic Health Actions has gained prominence since

1994 with the creation of the Family Health Program and its subsequent transformation into the Family Health Strategy (ESF). In terms of clinical aspects, the most prominent are the Hypertension Systemic and Diabetes mellitus, so much so that the Ministry of Health published Ordinance 371 / GM instituting the Hyperdia Program in the Basic Health Units (UBS). To study the sociodemographic profile and mental disorders among women members of HiperDia in Basic Health Units in Olinda. The field of Basic Health Actions has gained prominence since 1994 with the creation of the Family Health Program and its subsequent transformation into a Family Health Strategy (ESF). In clinical terms, Systemic Arterial Hypertension and Diabetes mellitus stand out, so much so that the Ministry of Health published Ordinance 371 / GM instituting the Hiperdia Program in the UBS (Basic Health Units). The objective of the study is to investigate the sociodemographic profile and mental disorders among women members of Hiperdia in Basic Health Units in Olinda. The Sociodemographic Questionnaire and the Psychiatric Morbidity Questionnaire in Adult (QMPA), which suggested the suspicion of mental disorders, were applied. It is a quantitative, descriptive and cross-sectional study, with 33 female subjects from the Hiperdia Groups of the 03 Health Care Units of the Cohab Peixinhos and Jardim Brasil II Family Health Units as subjects. The suspect cases are all housewives (100%); widows (42.4%); 61 to 70 years (33.3%); EFI (45.5%); evangelicals (39.4%); "home" (33.3%); 2 minimum wages (66.7%). There is a relevant prevalence of mental disorders among female patients in Hiperdia in the communities of Olinda, Pernambuco, which directly affect their quality of life and functioning. Primary care plays a fundamental role in the adherence and treatment of these patients, always seeking integration between patient and family, thus providing a more effective response to treatment and reducing the risks of complications arising from poorly healed hypertension and diabetes.

**KEYWORDS:** primary health care; mental health; arterial hypertension; diabetes mellitus; women's health.

## 1 | INTRODUÇÃO

Entre os movimentos propostos pelo SUS, o campo das Ações Básicas de Saúde ganhou destaque desde 1994 com a criação do Programa de Saúde da Família e a sua transformação posterior em Estratégia de Saúde da Família (ESF). Existem argumentos que apontam para a relação entre os objetivos e os resultados, falando-se de eficácia e, também, para a relação entre custos e benefícios, apontando-se para eficiência neste redesenho assistencial. Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as ações desempenhadas pelo trabalho multidisciplinar de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. (SENNA, 2002; TRAD; BASTOS, 1998; PEDROSA; TELES, 2001).

Em termos dos aspectos clínicos e epidemiológicos, destacam-se os quadros de Hipertensão Arterial Sistêmicas e de Diabetes mellitus, tanto que o Ministério da

Saúde publicou a Portaria 371/GM instituindo o Programa Hiperdia. São destinados os seguintes objetivos: 1º Cadastrar e acompanhar pacientes hipertensos e diabéticos; 2º Produzir dados que contribuam na obtenção, dispensação e distribuição de fármacos de modo metódico e sistemático para todos os pacientes inscritos no programa; 3º Orientar os gestores públicos em termos de novas estratégias de intervenção 4º Elaborar o quadro epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus na população do País (BRASIL, 2016).

No caso do Hiperdia, alguns estudos enfocaram o tema. Entre eles: a percepção dos pacientes sobre a doença e adesão ao tratamento (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA, VIANA, 2011); o perfil dos usuários (LIMA, 2011); o controle da pressão arterial (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010) e o problema do sobrepeso entre os hipertensos idosos (BORBA; MUNIZ, 2011).

No caso mais específico da relação entre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus e transtornos mentais e do comportamento são abordados os seguintes estudos: a detecção de transtornos psiquiátricos em pacientes diabéticos Tipo 2 matriculados (CLAVIJO; CARVALHO; RIOS; OLIVEIRA, 2006); fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com Diabetes Tipo 2 (RAMOS; FERREIRA, 2011) e presença de quadros depressivos entre idosos inscritos no Programa (SASS; GRAVENA, PILGER, MATHIAS, 2012).

No campo das pesquisas quantitativas relacionadas com os estudos epidemiológicos são relevantes a distribuição e a correlação entre variáveis associadas aos riscos de transtorno mental entre usuários do sexo feminino no Hiperdia. Dessa maneira torna-se viável um conhecimento do perfil do risco e do indivíduo contextualizado em um determinado território sociocultural.

O uso do instrumental epidemiológico entre pacientes hipertensos e diabéticos do sexo masculino será direcionado para as categorias oficiais presentes na Classificação Internacional das Doenças, segundo a Organização Mundial de Saúde, visando a elaboração de um mapeamento diagnóstico segundo dados sociodemográficos (O.M.S.,1993; PEREIRA, 2000, ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

A partir do presente estudo é possível uma compreensão do problema na perspectiva de uma Clínica Ampliada, destacando o princípio da integralidade entre a promoção da saúde e a prevenção da doença, e a articulação entre as esferas da clínica, da epidemiologia, da subjetividade e da dinâmica sociocultural (CAMPOS; AMARAL, 2007).

## **2 | OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Estudar o perfil sociodemográfico e de transtornos mentais entre mulheres integrantes do Hiperdia em uma Unidade Básica de Saúde em Olinda.

## 2.2 Objetivos específicos

1º Pesquisar dados envolvendo parentesco da mulher na família, estado civil, idade, grau de instrução, religião, ocupação e renda familiar.

2º Quantificar as mulheres que apresentam risco de desenvolverem transtornos mentais.

3º Agrupar a partir dos riscos os tipos de transtornos mentais que as mulheres podem desenvolver.

## 3 | MATERIAL E MÉTODOS

- **Perfil da pesquisa:** É uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal.

- **Campo:** O estudo está sendo desenvolvido no município de Olinda, Região Metropolitana do Recife, que conta com população estimada de 384.494 habitantes (IBGE, 2015). O Setor Saúde do município dispõe de cinquenta e uma Unidades de Saúde da Família, integrando 396 Agentes Comunitários de Saúde, atuantes no município desde 1991 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e hoje substituído pela ESF. Olinda ainda está dividida em dez Regiões Político-Administrativas (RPA).

- **Sujeitos:** Os sujeitos da pesquisa são todos integrantes de sexo feminino dos Grupos Hipertensão (Hipertensão e Diabéticos) das três equipes de da Unidade de Saúde da Família Cohab Peixinhos e da UBS Jardim Brasil II, ambas conveniadas com a Universidade Católica de Pernambuco (Unicap).

		NA	NR
<b>PERFIL FAMILIAR</b>	Dona de Casa	33	100%
<b>ESTADO CIVIL</b>	Casada	11	33,3%
	Solteira	4	12,1%
	Viúva	16	48,5%
	Separada	1	3%
	Amasiada	1	3%
<b>IDADE</b>	31 a 40 anos	3	9%
	41 a 50 anos	3	9%
	51 a 60 anos	8	24,2%
	61 a 70 anos	13	39,3%
	> 70 anos	6	18,1%
<b>GRAU DE INSTRUÇÃO</b>	Analfabeto	3	9%
	Fundamental incompleto	20	60,6%
	Fundamental completo	2	6%
	Médio incompleto	1	3%
	Médio completo	5	15,1%
	Superior incompleto	2	6%

<b>RELIGIÃO</b>	Católica	14	42,4%
	Evangélica	16	48,4%
	Não possui	3	9%
<b>OCUPAÇÃO</b>	Ativa	7	21,2%
	Inativa	4	12,1%
	Aposentada por tempo de serviço	3	9%
	Aposentada por invalidez	2	6%
	Biscate	2	6%
	Do lar	15	45,4%
<b>RENDA</b>	Entre 2 a 4 salários mínimos	4	12,1%
	Até 2 salários mínimos	29	87,9%

**Quadro 1** – Perfil sociodemográfico dos sujeitos entrevistados

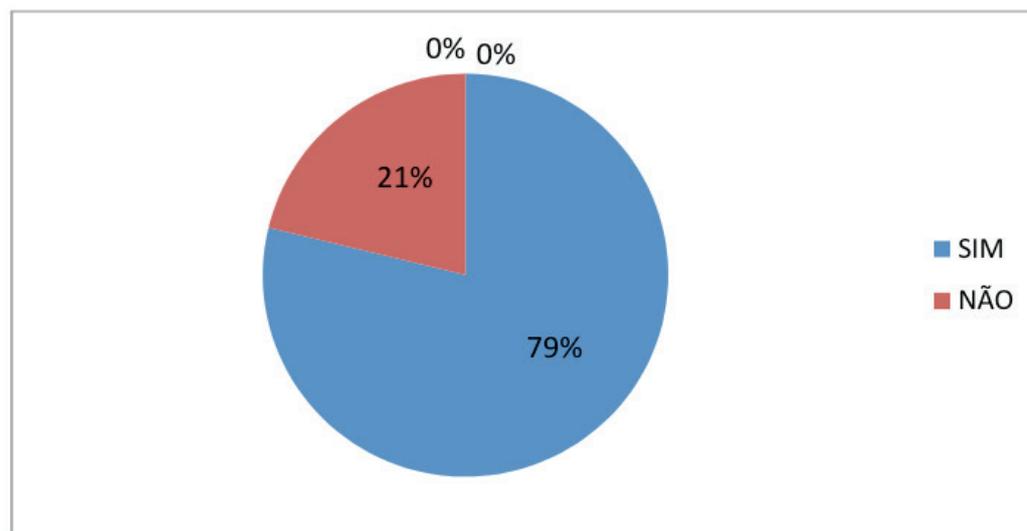
- **Instrumentos:** Estão sendo aplicados um Questionário Sociodemográfico e o Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adultos.

- **Método de Análise:** Está sendo empregado o software Microsoft Excel 2010, através da análise descritiva das variáveis do Questionário Sociodemográfico envolvendo parentesco na família, estado civil, idade, grau de instrução, religião, ocupação e renda familiar. No caso do Questionário de Morbidade Psiquiátrica, por se tratar de um “screening” permite-se a identificação dos casos suspeitos (PEREIRA, 2000). Este questionário foi aplicado e validado por Santana (1978), no bairro do Nordeste de Amaralina, uma comunidade de baixa renda na cidade de Salvador, Bahia. Santana *et al.* (1997) igualmente afirmaram que esse instrumento pode ser aplicado, inclusive, entre informantes secundários em inquéritos domiciliares, considerando especialmente o contexto da investigação epidemiológica em populações de baixo poder aquisitivo e escolaridade.

Uma outra leitura do instrumento é a análise fatorial, conforme Andreoli et al. (1994) quando decompôs questionário de 44 perguntas alternativas sim ou não (ponto de corte sete) nos seguintes eixos: 1º Ansiedade / somatização; 2º Irritabilidade / depressão; 3º Deficiência mental / transtorno de aprendizagem; 4º Alcoolismo / Drogas; 5º Exaltação do humor; 6º Transtorno de percepção; 7º Conversão / convulsão; 8º Descontrole emocional; 9º Comportamento bizarro; 10º Tratamento

- **Aspectos Éticos:** O plano de trabalho integra o Projeto de Pesquisa “Transtornos Mentais Entre Hipertensos e Diabéticos Atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em Olinda: entre o Risco e a Experiência”, aprovado pelo Comitê Científico e pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco (Unicap) e cadastrado sob número 65956017.9.0000.5206.

## 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO



**Figura 1-** Prevalência de risco para transtorno mental em pacientes de HiperDia em Olinda (n=33)

De acordo com a aplicação do Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA), 79 % das mulheres em tratamento de Hipertensão e Diabetes em duas Unidades Básicas de Saúde em Olinda possuem suspeição de transtornos mentais (respostas "sim" iguais ou acima de 7), enquanto que 21% delas não apresentam tal risco. Existe uma relação de prevalência (RP) de 3,8 risco para 1 não risco.

		SUSPEIÇÃO	SEM SUSPEIÇÃO
<b>SUJEITO</b>	Dona de Casa	26 (79%)	7 (21,2%)
<b>ESTADO CIVIL</b>	Casada	8 (24,%)	3 (9,1%)
	Solteira	3 (9,1%)	1 (3%)
	Viúva	14 (42,4%)	2 (6,1%)
	Separada	0	1 (3%)
	Amasiada	1 (3%)	0
<b>IDADE</b>	31 a 40 anos	0	3 (9,1%)
	41 a 50 anos	2 (6,1%)	1 (3%)
	51 a 60 anos	7 (21,2%)	1 (3%)
	61 a 70 anos	11 (33,3%)	2 (6,1%)
	> 70 anos	6 (18,2%)	0
<b>GRAU DE INSTRUÇÃO</b>	Analfabeto	3 (9,1%)	0
	Fundamental incompleto	15 (45,5%)	5 (15,2%)
	Fundamental completo	2 (6,1%)	0
	Médio incompleto	1 (3%)	0
	Médio completo	4 (12,1%)	1 (3%)
	Superior incompleto	1 (3%)	1 (3%)
<b>RELIGIÃO</b>	Católica	10 (30,3%)	4 (12,1%)
	Evangélica	13 (39,4%)	3 (9,1%)
	Não possui	3 (9,1%)	0

<b>OCUPAÇÃO</b>	Ativa	6 (18,2%)	1 (3%)
	Inativa	4 (12,1%)	0
	Aposentada por tempo de serviço	3 (9,1%)	0
	Aposentada por invalidez	2 (6,1%)	0
	Biscate	0	2 (6,1%)
	Do lar	11 (33,3%)	4 (12,1%)
<b>RENDA</b>	Entre 2 a 4 salários mínimos	4 (12,1%)	0
	Até 2 salários mínimos	22 (66,7%)	7 (21,2%)

**Quadro 2** – Distribuição sociodemográfica da suspeição de transtorno mental entre mulheres atendidas em grupos Hiperdia (n=33)

Ao realizar uma análise do distribuição do perfil sociodemográfico de risco das pacientes de Hiperdia com e sem suspeição de transtorno, percebe-se que não há diferenças significativas no que diz respeito ao perfil familiar, grau de instrução, ocupação e renda entre as mulheres com QMPA positivo e as com o QMPA negativo.

Contudo, ao considerar o estado civil entre os grupos, observa-se que a maioria das entrevistas com QMPA positivo é viúva (42,4%), enquanto a maioria daquelas com QMPA negativo é casada (9,1%), corroborando que a viuvez pode trazer malefícios na vida destas pacientes, evidenciando uma relação de prevalência de 4,7:1. Madeira et al., avaliando informações referentes ao estado civil, aponta que existe maior sintomatologia de transtornos mentais em indivíduos viúvos, sugerindo a grande importância da associação entre situação conjugal e transtornos mentais, sendo a maior prevalência de depressão.

Ao analisar a idade entre os dois grupos, nota-se que a maioria das entrevistadas com QMPA positivo possuía de 61 a 70 anos (33,3%), enquanto a maioria daquelas com QMPA negativo possuía de 31 a 40 anos (9,1%), evidenciando uma relação de prevalência de 3,7:1. Madeira et al., afirmam que em pacientes idosos, a incidência de transtornos mentais, principalmente depressão, é mais frequente, trazendo problemas em sua funcionalidade e qualidade de vida.

Em relação a religião, é válido ressaltar que a maioria das entrevistadas com QMPA positivo era evangélica (50%), enquanto que a maioria daquelas com QMPA negativo era católica (57,2%),

	NA	NR
1. Fica períodos triste, com desânimo?	21	80%
2. Se queixa de palpitação ou aperto no coração?	19	73%
3. Não conseguiu freqüentar a escola?	16	61,5%
4. Às vezes fica parado, chorando muito?	15	57,6%
5. Sente bolo na garganta, queimor ou empachamento no estômago?	14	53,8%
6. Já pensou em dar fim na vida?	13	50%
7. Sofre de nervosismo ou está sempre intranquãila?	12	46,1%

8. Tem fraqueza nas pernas, dores nos nervos?	12	46,1%
9. Se preocupa muito com doença?	11	42,3%
10. Fica sozinha no quarto, sem querer ver ninguém	11	42,3%
11. Tem dificuldades para dormir?	10	38,4%
TOTAL (QMPA +)	26	100%

**Quadro 2** - Respostas positivas mais frequentes do QMPA entre mulheres atendidas em grupo Hiperdia.

Do total das entrevistadas, 80% relataram que ficam períodos tristes e desanimadas, 57,6% ficam paradas, chorando muito, 50% já pensaram em dar fim a vida, 42,3% ficam sozinhas no quarto, sem querer ver ninguém e 10% apresentam dificuldade pra dormir, levantando a constatação de sintomas depressivos nessas pacientes.

Apóstolo et al., (2007) afirmam que o diabetes e a hipertensão se caracterizaram como uma doença crônica que atingem tanto o físico como o psiquê. Pinho et al., aponta que a depressão tem sido apontada como problema de saúde pública que atinge pelo menos um em cada seis pacientes atendidos na atenção básica. Além disso, afirmam que a depressão em pacientes idosos podem estar associados diretamente a vulnerabilidade dos idosos em apresentarem doenças crônicas, como Hipertensão e Diabetes e suas limitações decorrentes das doenças. Soni et al., mostraram através de estudos que pode existir uma maior correlação entre comorbidades e comprometimento da qualidade de vida entre pacientes do Hiperdia, principalmente no estado físico somático, corroborando o relato de fraquezas nas pernas e dores nos nervos sentidos por essas pacientes. Fleck e cols. (2002) consideram que pessoas com maior intensidade de sintomas depressivos não estão satisfeitas com sua saúde, tendendo a apresentar distúrbios ansiosos e, conseqüentemente, algum nível de desesperança em relação a vida, pensando por vezes, em dar fim na mesma. De acordo com o CID 10 (Classificação Internacional das Doenças), a depressão inclui alterações de humor (tristeza, irritabilidade, falta de capacidade em sentir prazer realizar atividades antes realizáveis) , alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, como alterações no sono, sendo frequente relatos de insônia, podendo ser ela classificada como inicial, intermediária ou terminal.

Ainda dentre as entrevistadas, 61,5% relataram que não conseguiram frequentar a escola, de modo que 60,6% estudaram fizeram até o ensino fundamental incompleto. Makdisse et al., relataram por meio de estudos que baixos níveis de escolaridade acarretam em maiores probabilidades de serem desenvolvidos quadros depressivos.

Dando continuidade, 73% das entrevistadas se queixam de palpitações ou aperto no coração, 53,8% apresentam bolo na garganta, queimor ou empachamento no estomago, 46,1% sofrem de nervosismo ou estão sempre intranquilas e 38,4% se preocupam muito com doenças. Ruschel (2013) afirma que a ansiedade é uma resposta da reação do organismo que afeta o estado mental e psíquico. Ramos e

Ferreira (2010), alertam que pacientes diagnósticos com doenças crônicas como hipertensão e diabetes, tem maior risco de desenvolver patologias como estresse, ansiedade e depressão, comprometendo seus hábitos de vida e adesão ao tratamento e conseqüentemente a sua qualidade de vida. De acordo com o CID 10, o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é caracterizado por nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tontura e desconforto epigástrico, validando alguns dos sintomas mais relatados pelas entrevistadas.

## 5 | CONCLUSÃO

De acordo com as entrevistas realizadas com 33 pacientes mulheres do Hiperdia nas UBS de COHAB Peixinhos e Jardim Brasil II, não foram observadas grandes diferenças em relação ao perfil sociodemográfico daquelas que apresentaram e não apresentaram risco para transtornos mentais como ansiedade e depressão dentre a população estudada. Contudo, foi constatado que as pacientes viúvas tem mais risco de desenvolver transtornos mentais, relatando se sentirem sozinhas e saudosas dos seus respectivos companheiros, enquanto que as casadas tem o menor risco de desenvolvimento de depressão e/ou ansiedade. Ainda sobre as constatações das entrevistas, as mulheres com idade entre 61 a 70 anos apresentaram maiores riscos para ansiedade e depressão do que as mais jovens, confirmando que pessoas idosas sentem-se mais limitadas diante do diagnóstico de hipertensão e diabetes, comprometendo sua qualidade de vida e funcionalidade e conseqüentemente podendo vir a gerar transtornos mentais posteriores ao diagnóstico. Além disso, é importante destacar que os dois grupos de entrevistadas residentes em comunidades de Olinda possuíam baixos níveis de escolaridade (a maioria possuía ensino fundamental incompleto) e estava classificada como população de baixa renda (a grande maioria vivia com renda de apenas um salário mínimo), de forma que não há como tornar relevantes tais pontos neste estudo, por não haver comparação com indivíduos com elevados níveis de escolaridade e pertencentes a outras classes sociais.

Com a aplicação do QMPA, foram observados sinais e sintomas relatados com frequência pelas pacientes, corroborando para o diagnóstico de transtornos de ansiedade e/ou depressão. São eles: tristeza, desânimo, desejo de interromper a vida, nervosismo, fraquezas nas pernas, preocupação com doença, isolamento social e dificuldades pra dormir. Tais sintomas podem ser associados ao diagnóstico de hipertensão e diabetes e as limitações associadas a essas doenças ou não. A associação entre depressão e ansiedade e doenças crônicas é muito frequente, e se não tratada, leva a uma pior evolução do quadro psiquiátrico do paciente, bem como da doença clínica, havendo menor aderência ao tratamento e maior morbimortalidade. Teixeira et al., (2006) pontuam que os aspectos sociais e os fisiopatológicos, tem uma

associação relacionada com a emoção, afetando bem estar e interferindo no meio em que estão inseridos. A tristeza causa alterações no organismo, podendo influenciar no tratamento e controle da doença, exercendo interferência no estado emocional e tornando difícil o diagnóstico de doença crônica.

É válido ressaltar, portanto, que existe uma relevante prevalência de transtornos mentais entre pacientes mulheres no Hiperdia nas comunidades de Olinda, Pernambuco, o que afeta de forma direta na sua qualidade de vida e funcionamento. A atenção primária tem papel fundamental na adesão e tratamento dessas pacientes, devendo contar com uma equipe multidisciplinar que realize orientações acerca da importância das mudanças de hábitos de vida, de atividades de lazer, da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das doenças crônicas e psiquiátricas, buscando sempre a integração entre paciente e família, havendo assim uma resposta mais efetiva ao tratamento e reduzindo os riscos de complicações advindas da hipertensão e diabetes mal curadas. É importante, portanto, que haja um atendimento individualizado a cada caso, para que seja descoberto se há de fato relação entre doenças crônicas e o desenvolvimento de doenças psiquiátricas.

## REFERÊNCIAS

ANDREOLI, S.B.; MARI, J.J.; BLAY, S.L.; ALMEIDA-FILHO, N.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.; FERNANDES, J.G.; BUSNELLO, E.D. Estrutura fatorial do questionário de morbidade psiquiátrica de adultos aplicados em amostras populacionais brasileiras. **Saúde Pública**, 28 (4): 249, 60 – 1994.

BRASIL. Hiperdia: Sistema de Cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos: Brasília: Datasus, 2016. In: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/Hiperdia>

CAMPOS, G; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):849-859, 2007.

CARVALHO FILHA, Francidalma Soares Sousa; NOGUEIRA, Lídyia Tolstenko; VIANA, Lívya Maria Mello. Hiperdia: Adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011; 12(n. esp.):930-6.

CASA BRASIL: Nascedouro Peixinhos (s/d) IN: <https://casabrasilpeixinhos.wordpress.com/o-bairro/> Acessado em 13/3/2015

CLAVIJO, Milagros; CARVALHO, José Joaquim; RIOS, Márcio; OLIVEIRA, Irismar Reis. Transtornos psiquiátricos em pacientes diabéticos Tipo 2 em Distrito Docente Assistencial de Rio Branco, Acre. **Arq Neuropsiquiatr** 2006;64(3-B):807-813

FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

GOMES, Tiago José de Oliveira; SILVA, Monique Vércia Rocha; SANTOS, Almira Alves. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Bras Hipertens** vol.17(3):132-139, 2010.

LIMA, Lílian Moura de et al . Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul

do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre , v. 32, n. 2, p. 323-329, June 2011

NETA, S. M. B. - **Pacientes participantes do grupo de Hipertensão. Quais as mudanças de vida?**. Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA). Ariquemes, RO, nov,2015.

NORONHA, J.C.; LEVCOVITZ,E. AIS-SUDS-SUS: O caminhos do direito à saúde. In.: Guimarães, R. ; Tavares,R. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará,1994.

OLIVEIRA, K.L, SANTOS, A. A. A, CRUVINEL, M. - **RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DESESPERANÇA ENTRE GRUPOS DE IDOSOS**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 2, p. 351-359, mai./ago. 2006

PEDROSA, J.I.S.; TELES,J.B.M. **Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família**. Ver.Saúde Pública 2001; 35(3):303-11.

PEREIRA, M.G. Saúde e doença. In.: \_\_\_\_\_ **epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

RAMOS, Luciane; FERREIRA, Eleonora Arnaud Pereira. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com Diabetes Tipo 2. **Journal of Human Growth and Development** 2011; 21(3): 867-877

SANTANA, V. **Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador – Nordeste de Amaralina**. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária da Universidade Federal da Bahia. Salvador (mimeog.), 1978.

SANTANA, V. S.; FILHO, N. A; ROCHA, C. O.; MATOS, A S. Confiabilidade e viés do informante secundário na pesquisa epidemiológica: análise de questionário para a triagem de transtornos mentais. **Revista de Saúde Pública**, 31 (6): 556-65, 1997.

SASS, Arethusa. GRAVENA, Angela Andréia França. PILGER, Calíope; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. MARCON, Sonia Silva. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**. 2012;25(1):80-85.

SECRETARIA SAÚDE DE OLINDA **Diagnóstico local de saúde**: Uma análise das diferenças regionais do município de Olinda (On line) 2012 In: <https://dl.dropboxusercontent.com/u/35940715/biblioteca%20vital/diagn%C3%B3stico.pdf>Acessado em 28/2/2015.

SENNA,M.C.M. **Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família**. Cad.Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):203-211,2002.

TRAD,L.A.; BASTOS,A.C.S. **O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação**. Cad.Saúde Pública. Rio de Janeiro, 14(2):429-435, abr-jun,1998.

## DISTRIBUIÇÃO DE NASCIMENTO POR VIA VAGINAL E CESÁRIA NO ESTADO DO PARÁ

**Talita Pompeu da Silva**

Universidade Federal do Maranhão- MA

**Flávia Andrea Costa Silva;**

Universidade Federal do Pará- PA

**Juliane Serrão Bitencourt**

Universidade Federal do Pará- PA

**Kleber Augusto Fernandes de Moraes**

Universidade Federal do Pará- PA

**Tyanna Maria Bonfim de Moraes**

Universidade Federal do Maranhão- MA

**Raphael Caetano Rosa Abreu**

Universidade Federal do Maranhão- MA

**RESUMO:** Nas últimas décadas, vem ocorrendo em todo o mundo uma crescente prevalência de operações cesáreas em relação aos partos normais. O Brasil está incluído nesse meio, justificando seu título de campeão mundial na categoria, por descumprir as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que tem preconizado desde o ano de 1985, que a incidência de partos cesáreos deve ser menor que 15%. Este artigo tem como objetivo realizar um levantamento epidemiológico da distribuição das vias de nascimento por parto vaginal e cesárea realizados no Estado do Pará nos anos de 2012 e 2013. É um estudo do Tipo descritivo, retrospectivo e documental de abordagem quantitativa. As informações foram coletadas no setor de **Vigilância em Saúde** da

SESPA, através dos dados contidos no Sistema de Informação de nascidos vivos (SINASC), referentes ao período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013. Os resultados mostram que nascimento por via vaginal e cesárea no ano de 2012 apresentaram valores médios próximos, assim como em 2013. No ano de 2012, identificou-se que as regiões com maior número nascidos vivos por via cesáreas foram Metropolitana I, Metropolitana III e Carajás, e no ano de 2013 as regiões com maior número de nascimentos por via cesárea continuaram sendo Metropolitana I, III acrescida de Araguaia. A prevalência de nascimento por via cesárea em algumas regiões é significativa e deve ser mais bem observada pelas autoridades em saúde, evitando que o número de cesáreas cresça de forma desordenada dentro do Estado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Nascimento, Parto, Vaginal, Cesárea.

### DISTRIBUTION OF BIRTH BY VAGINAL AND CESARIAN VIA IN THE STATE OF PARÁ

**ABSTRACT:** In the last decades, a growing prevalence of cesarean operations in relation to normal deliveries has been occurring all over the world. Brazil is included in this medium, justifying its title of world champion in the category, for failing to comply with the recommendations of the World Health Organization (WHO), which

has advocated since 1985, that the incidence of cesarean deliveries should be less than 15%. This article aims to carry out an epidemiological survey of the distribution of birth routes through vaginal delivery and cesarean delivery performed in the State of Pará in the years of 2012 and 2013. It is a descriptive, retrospective and documental study of a quantitative approach. The information was collected in the Health Surveillance sector of SESPA, through the data contained in the Live Birth Information System (SINASC), for the period January 2012 to December 2013. The results show that vaginal birth and cesarean section in the year of 2012 presented close average values, as well as in 2013. In 2012, it was identified that the regions with the largest number of cesarean births were Metropolitana I, Metropolitana III and Carajás, and in 2013 the regions with higher number of cesarean births continued to be Metropolitan I, III plus Araguaia. The prevalence of cesarean births in some regions is significant and should be better observed by health authorities, preventing the number of cesareans from growing in a disorderly way within the State

**KEYWORDS:** Birth, Childbirth, Vaginal, Cesarean section

## 1 | INTRODUÇÃO

As altas incidências de cesáreas são preocupantes, especialmente nos países em desenvolvimento, chegando a se tornar um problema de saúde pública. O Brasil está incluído nesse meio, justificando seu título de campeão mundial na categoria, por descumprir as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que tem preconizado desde o ano de 1985, que a incidência de partos cesáreos deve ser menor que 15%. Contudo no Brasil, esse valor atinge em torno de 50% podendo inclusive chegar a 80%, principalmente nas maternidades privadas (LIMA; VALE, 2012).

As cesáreas devem ser realizadas por indicações médicas, sendo elas bem fundamentadas e associadas a possíveis riscos para a saúde da mãe e/ou feto. Sendo assim o parto cirúrgico deve ser escolhido de forma mais rigorosa possível, e mais importante que a indicação médica, a gestante deve estar consciente dos riscos e complicações que o parto Cesáreo apresenta não apenas para a sua vida, mas também para de seu filho (LIMA; VALE, 2012).

Por outro lado, de acordo com Junior (2013) o parto vaginal traz algumas vantagens, tanto para mãe quanto para o bebe, incluindo recuperação mais rápida, ausência de dor no período pós-parto, alta precoce, menor risco de infecção e hemorragias. Assim, a cesárea constituiria uma alternativa para quando ocorressem complicações durante a gravidez ou no parto natural, gerando algum tipo de risco para a mãe, o bebe ou ambos, sem levar em conta a decisão da gestante.

Atualmente muitos estudos acerca desse tema, vem discutindo os principais motivos que estão levando as mulheres a terem parto cesáreo. Entre as principais explicações estão: a falta de conhecimento das mulheres em relação ao parto normal,

a formação dos profissionais de saúde, especialmente os médicos que acreditam que as mulheres tem preferência por cesárea, mulheres com idade de 30 anos ou mais, além das influencias familiares (TEDESCO et al., 2004).

Apesar dos dados serem preocupantes, estudos como o de Melchiori (2009) revela que a maior parte das mulheres brasileiras sejam as que utilizam o serviço de saúde público ou privado, ainda preferem e desejam o parto normal à cesárea, mas acabam tendo que ser submetidas ao parto cirúrgico por indicação médica. Além disso, a escolha da gestante pela cesárea é feita em sua grande maioria por esclarecimentos errôneos e influência de outras pessoas que não estão capacitadas para fornecerem esses tipos de informações.

O Ministério da Saúde (MS) no Brasil junto com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem incentivando o parto normal, através de campanhas, programas e portarias, sendo a mais recente a portaria de número 1459 de 24 de junho de 2011, que cria a Rede Cegonha como uma rede que assegura as mulheres vários direitos entre eles, o parto humanizado e normal. No entanto, apesar de todas essas tentativas, os índices de cesáreas no Brasil, ainda se mantem elevados (MELCHIORI et al., 2009).

Considerando-se a importância da alta prevalência de cesáreas em relação aos partos normais, no que diz respeito ao Brasil é que se pretende fazer um levantamento epidemiológico da distribuição das vias de nascimento por parto vaginal e cesárea realizados no Estado do Pará nos anos de 2012 e 2013.

## 2 | CASUÍSTICA E MÉTODOS

Estudo do tipo descritivo, retrospectivo e documental de abordagem quantitativa sobre a distribuição de nascidos vivos por via de parto vaginal e cesárea no Estado do Pará no período de 2012 a 2013, realizado na Secretária de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA), junto a Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS).

As informações foram coletadas no setor de Vigilância em Saúde da SESPA, através dos dados contidos no Sistema de Informação de nascidos vivos (SINASC), referentes ao período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013. Os critérios de inclusão considerados foram nascidos vivos por via vaginal e cesárea no Estado do Pará no período de Janeiro de 2012 a Dezembro de 2013, e, nascidos vivos por via de nascimento Ignorado; os de exclusão os dados que não estavam registrados no SINASC – SESPA e natimortos.

Após a coleta dos dados as informações obtidas foram armazenadas no aplicativo Excel e analisadas de maneira descritiva, calculando-se as frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas e com medidas de tendência central para as variáveis quantitativas. Posteriormente os dados foram apresentados em forma de tabelas e gráficos. Além da Análise descritiva por meio de gráficos e tabelas também

foi realizada aplicação de testes estatísticos paramétricos e não paramétricos selecionados de acordo com a natureza das variáveis estudadas e a normalidade dos dados, utilizando-se o Programa Statistic Package for Social Sciences (SPSS) versão 22.0 e o Software MINITAB 14.0, todos em ambiente Windows 7.

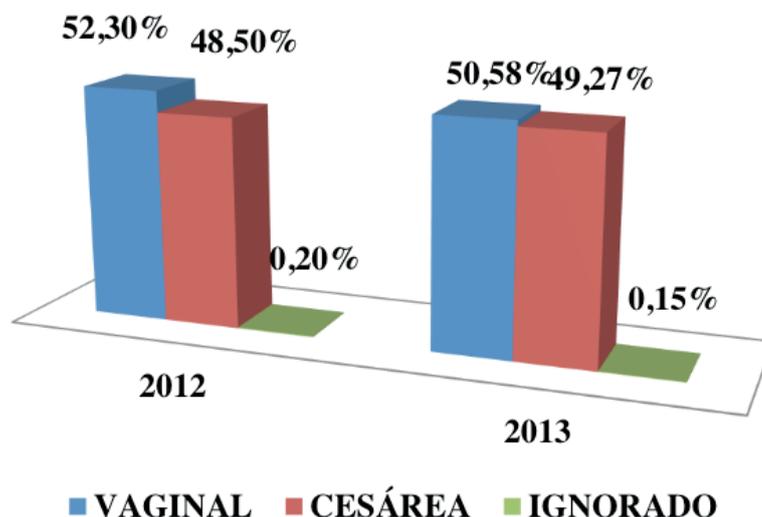
Para a realização do teste foram relacionados dois fatores, o número de nascidos vivos e a via de nascimento por região no Estado do Pará nos anos de 2012 e 2013. O teste aplicado para análise inferencial dos dados em questão foi o Teste de Incidência, este segundo Costa (2002) está associado com a variação de um fenômeno por unidade de tempo, ou de outra variável qualquer. No estudo em questão, procurou-se identificar a taxa de incidência de nascidos vivos por via cesárea com a taxa de incidência de nascidos vivos por via normal, de acordo com cada região.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos foram retirados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos junto a Diretoria de Vigilância em Saúde da Secretária de Saúde do Estado do Pará. A via de nascimento por parto normal se mostrou superior ao de cesárea, no entanto, ao se avaliar as os nascimentos ocorridos nesse período, observa-se que a via vaginal e cesárea têm valores médios próximos, ou seja, 52,30% e 47,50%.

Esse resultado se assemelha a uma análise dos nascimentos realizada no Brasil em 2004 que mostra aumento no número de partos por cesárea na maioria dos Estados, representando 41,8% dos partos realizados (PÁDUA et al., 2010). Tal comparação revela que por mais que a porcentagem de partos vaginais ainda sejam maior, o percentual de cesáreas também se apresenta com grande expressividade.

No que se refere ao ano de 2013, os dados mostram que o percentual de nascidos vivos por via vaginal e cesárea alcançaram 50,58% e 49,27%, respectivamente. Essas porcentagens são próximas não havendo grande diferença na incidência entre as vias de nascimento, e, além disso, revelam que a cada ano os números de cirurgias cesarianas só tendem a aumentar no Estado, visto que passaram de 47,50% no ano de 2012 para 49,27% no ano de 2013, resultando conseqüentemente na diminuição do quantitativo de nascimento por via vaginal, com 52,30% em 2012 para 50,58% em 2013, conforme pode ser visualizado no gráfico 3. Esses dados confirmam o que alguns estudos já mostraram, pois nos últimos 30 anos têm sido observados um aumento progressivo das taxas de cesárea em quase todos os países, embora não seja de forma homogênea (BARBOSA et al., 2003).



**Gráfico 1:** Comparação entre o número de nascidos vivos de acordo com a via de nascimento no Estado do Pará nos períodos de 2012 e 2013.

Fonte: SISNAC/DVS/SESPA

Nesse cenário o quantitativo de nascidos vivos por cesárea diferente da por via vaginal vem sofrendo uma progressão durante o período estudado, esse fato corrobora com estudos os quais apontam para essa progressão de cirurgias cesáreas a nível mundial e nacional principalmente, pois o Brasil tem sido apontado como um dos países de maior ocorrência de cesárea. Esse percentual de aproximadamente 50% de cesáreas realizadas no Estado é no mínimo preocupante e chama a atenção para a saúde pública, visto que esse quantitativo vai muito além do que é preconizado, pois segundo Moraes & Goldenberg (2001) o limite aceitável pela Organização Mundial da Saúde de partos que precisam terminar por via abdominal é de 10% a 15%. Nos Estados Unidos, a taxa de cesarianas, que era de 4,5% em 1965, passou para 23,5% no ano de 1991, e nos países da América Latina, a incidência de cesarianas em 1960 era de 2% a 5%; e na atualidade, ela gira em torno de 30% a 33%. Enquanto no Brasil há aumento do índice de cesáreas de 14,6%, em 1970, para 31%, em 1980. Mantida esta tendência de crescimento, de acordo com Barros (1991), no ano 2000 seria atingida a taxa de quase setenta cesáreas para cem nascimentos.

Ao analisarmos o quantitativo de nascidos vivos por região no ano de 2012 no Estado do Pará, identificou-se de acordo com a tabela 1 que as regiões com maior número de nascidos vivos por via cesárea foram Metropolitana I com 34%, Metropolitana III com 12,1% e Carajás com 10,4%, e, as regiões com o menor número de nascidos vivos por via cesárea foram Marajó I, Marajó II e Tapajós com 1,8%, 1,7% e 2,2%, respectivamente. Em relação ao número de nascidos vivos por via vaginal as regiões com maior quantitativo foram Baixo Amazonas com 15%, seguida da Metropolitana I com 14,3% e Carajás com 12%.

Região	Cesárea	%	Vaginal	%	Ignorado	%
Araguaia	4105	6,3	3298	4,6	10	3,6
Baixo Amazonas	3603	5,5	10808	15,0	36	13,1
Carajás	6825	10,4	8684	12,0	5	1,8
Lago de Tucuruí	3459	5,3	3696	5,1	15	5,5
Metropolitana I	22278	34,0	10301	14,3	40	14,5
Metropolitana II	2423	3,7	3490	4,8	7	2,5
Metropolitana III	7939	12,1	6057	8,4	35	12,7
Rio Caetés	3651	5,6	5230	7,3	59	21,5
Tapajós	1425	2,2	2468	3,4	9	3,3
Tocantins	5047	7,7	6537	9,1	24	8,7
Xingu	2427	3,7	3691	5,1	17	6,2
Marajó I	1157	1,8	2335	3,2	9	3,3
Marajó II	1136	1,7	5488	7,6	9	3,3
<b>Total</b>	<b>65475</b>	<b>100,0</b>	<b>72083</b>	<b>100,0</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 1.** Distribuição de Nascidos Vivos por Região de Saúde de acordo com a via de nascimento no ano de 2012.

Fonte: SISNAC/DVS/SESPA

No que diz respeito ao quantitativo de nascimentos por via vaginal e de cesáreas realizadas no ano de 2013 por região de saúde no Estado do Pará, de acordo com a tabela 2, mostra que as regiões com maior número de nascimentos por via cesárea continuam sendo Metropolitana I, III e Carajás, com 33,4%, 11,8%, 11,3%. Já os nascimentos por via vaginal se mostraram mais frequentes novamente nas regiões do Baixo Amazonas seguida da Região Metropolitana I e Carajás. Percebe-se uma diferença relevante entre os anos de 2012 e 2013, visto que há uma diminuição dos nascimentos por via vaginal e conseqüentemente o aumento das cesáreas, visto que no ano de 2013 as três regiões apresentaram um quantitativo de 15,1%, 14,3% e 12%, por via vaginal, respectivamente.

Região	Cesárea	%	Vaginal	%	Ignorado	%
Araguaia	4224	6,1	2984	4,2	15	7,3
Baixo Amazonas	3798	5,5	10635	15,1	20	9,8
Carajás	7751	11,3	8448	12,0	5	2,4
Lago de Tucuruí	3690	5,4	3556	5,0	12	5,9
Metropolitana I	22969	33,4	10057	14,3	4	2,0
Metropolitana II	2619	3,8	3594	5,1	8	3,9
Metropolitana III	8074	11,8	5935	8,4	30	14,6
Rio Caetés	3949	5,7	5072	7,2	54	26,3
Tapajós	1172	1,7	2193	3,1	2	1,0

<b>Tocantins</b>	5236	7,6	6387	9,1	12	5,9
<b>Xingu</b>	2827	4,1	3628	5,1	17	8,3
<b>Marajó I</b>	1253	1,8	2317	3,3	6	2,9
<b>Marajó II</b>	1128	1,6	5707	8,1	20	9,8
<b>Total</b>	68690	100,0	70513	100,0	205	100,0

**Tabela 2.** Distribuição de Nascidos Vivos por Região de Saúde de acordo com a via de nascimento no ano de 2013

**Fonte:** SISNAC/DEPI/SESPA

Ao analisarmos as tabelas acima se percebe que regiões como Baixo Amazonas e Carajás compostas por municípios como Alenquer, Almeirim, Itupiranga e Nova Ipixuna, que apresentaram um dos maiores quantitativos de nascidos vivos por via vaginal, têm suas economias baseadas na mineração, agronegócio, agricultura familiar e em menor proporção, pelo turismo em que o nível de desenvolvimento tecnológico no setor saúde ainda é insatisfatório, fatos esses que podem ter contribuído para esses resultados, haja vista que a cultura da população e os recursos disponíveis nessas regiões são diferentes da região Metropolitana I, por exemplo, que é composto por municípios como Belém, Ananindeua e Marituba com maiores recursos tecnológicos em saúde e que devido ao processo histórico de urbanização e desenvolvimento econômico interferiram nos hábitos e costumes da população, ainda que essa região tenha apresentado o segundo maior número de nascimentos por via vaginal, fato esse que também pode ter relação ao número de habitantes que compõem os seus municípios e que é significativamente maior que o do Baixo Amazonas e Carajás juntos. Tal situação também é comum em outras localidades do país como afirma Yazlle (2001) em seu estudo, relatando que a incidência de cesáreas é maior nas capitais do que nas cidades do interior, nas macrorregiões mais ricas do País e entre as famílias de renda mais elevada; e consideraram que os fatores socioculturais, institucionais, legais e a organização da assistência obstétrica podem interferir nesse processo.

No ano de 2012 as regiões que apresentaram incidência de nascimento por via cesárea significativa foram Metropolitana I, III e Araguaia, com valor observado de cesáreas maior que o observado de via vaginal e p-valor inferior a 0.05. Em relação aos nascimentos por via vaginal as regiões com incidência significativa foram Baixo Amazonas, Carajás, Metropolitana II, Rio Caetés, Tapajós, Tocantins, Xingu, Marajó I e II, com valor observado de via vaginal maior que o observado por via cesárea e com o p-valor menor que 0.05. Enquanto que a região do Lago do Tucuruí foi a única a apresentar incidência de nascimento por via vaginal, porém não significativa com valor observado também de via vaginal maior que o observado do que por via cesárea, porém com p-valor maior que 0.05, conforme mostra a tabela 3.

Região	Cesárea		Vaginal		Total	P-valor	Decisão
	Observado	Esperado	Observado	Esperado			
<b>Araguaia</b>	4.105	3.523	3.298	3.879	7.413	< 0.0001	Houve incidência de partos cesáreos e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05.
<b>Baixo Amazonas</b>	3.603	6.859	10.808	7.551	14.447	0.0000	Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05.
<b>Carajás</b>	6.825	7.381	8.684	8.127	15.514	0.0000	Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05.
<b>Lago de Tucuruí</b>	3.459	3.405	3.696	3.749	7.170	0.2109	Houve incidência de partos vaginal, porém a diferença não é significativa, pois p-valor é maior do que 0.05.
<b>Metropolitana I</b>	22.278	15.506	10.301	17.072	32.619	< 0.0001	Houve incidência de partos cesáreos e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05.
<b>Metropolitana II</b>	2.423	2.814	3.490	3.098	5.920	0.0000	Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05.
<b>Metropolitana III</b>	7.939	6.661	6.057	7.334	14.031	< 0.0001	Houve incidência de partos cesáreos e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05.
<b>Rio Caetés</b>	3.651	4.227	5.230	4.653	8.940	0.0000	Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05.
<b>Tapajós</b>	1.425	1.852	2.468	2.040	3.902	0.0000	Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05.
<b>Tocantins</b>	5.047	5.513	6.537	6.070	11.608	0.0000	Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05.
<b>Xingu</b>	2.427	2.912	3.691	3.205	6.135	0.0000	Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05.
<b>Marajó I</b>	1.157	1.662	2.335	1.829	3.501	0.0000	Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05.
<b>Marajó II</b>	1.136	3.152	5.488	3.471	6.633	0.0000	Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05.
<b>Total</b>	<b>65.475</b>	<b>68.779</b>	<b>72.083</b>	<b>68.779</b>	<b>137.833</b>	<b>0.0000</b>	<b>Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05</b>

**Tabela 3:** Teste de taxa de incidência para número de nascidos vivos por região de saúde de acordo com a via de nascimento no Estado do Pará, ano 2012.

Fonte: SISNAC/DEPI/SESPA

No ano de 2013 as regiões que apresentaram incidência de nascimento por via Cesárea significativa foram Metropolitana I, III, Araguaia, e Lago do Tucuruí com valor observado de cesáreas maior que o observado de via vaginal e p-valor inferior a 0.05. Em relação aos nascimentos por via vaginal as regiões com incidência significativa foram Baixo Amazonas, Carajás, Metropolitana II, Rio Caetés, Tapajós, Tocantins, Xingu, Marajó I e II, com valor observado de via vaginal maior que o observado por via cesárea e com o p-valor menor que 0.05, conforme mostra a tabela 4.

Região	Cesárea		Vaginal		Total	P-valor	Decisão
	Observado	Esperado	Observado	Esperado			
<b>Araguaia</b>	4.224	3.556	2.984	3.651	7.223	< 0.0001	Houve incidência de partos cesáreos e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05
<b>Baixo Amazonas</b>	3.798	7.121	10.635	7.311	14.453	0.0000	Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05
<b>Carajás</b>	7.751	7.993	8.448	8.205	16.204	0.0001	Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05
<b>Lago de Tucuruí</b>	3.690	3.575	3.556	3.670	7.258	0.0074	Houve incidência de partos cesáreos e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05
<b>Metropolitana I</b>	22.969	16.296	10.057	16.729	33.030	< 0.0001	Houve incidência de partos cesáreos e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05
<b>Metropolitana II</b>	2.619	3.065	3.594	1.552	6.221	0.0000	Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05
<b>Metropolitana III</b>	8.074	6.912	5.935	7.096	14.039	< 0.0001	Houve incidência de partos cesáreos e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05
<b>Rio Caetés</b>	3.949	4.451	5.072	4.569	9.075	0.0000	Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05

<b>Tapajós</b>	1.172	1.660	2.193	1.704	3.367	0.0000	Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05
<b>Tocantins</b>	5.236	5.735	6.387	5.887	11.635	0.0000	Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05
<b>Xingu</b>	2.827	3.185	3.628	3.269	6.472	0.0000	Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05
<b>Marajó I</b>	1.253	1.761	2.317	1.808	3.576	0.0000	Houve Incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05
<b>Marajó II</b>	1.128	3.372	5.707	3.462	6.855	0.0000	Houve Incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05
<b>Total</b>	<b>68.690</b>	<b>69.601</b>	<b>70.513</b>	<b>69.601</b>	<b>139.408</b>	<b>0.0000</b>	Houve incidência de partos vaginal e a diferença é significativa, pois p-valor é menor do que 0.05

Tabela 4: Teste de taxa de incidência para de nascidos vivos por região de saúde de acordo com a via de nascimento no Estado do Pará, ano 2013.

Fonte: SISNAC/DEPI/SESPA

Os resultados apresentados nas tabelas 3 e 4 refletem o que já foi discutido anteriormente durante o estudo, em que as regiões compostas por municípios com maior desenvolvimento socioeconômico e tecnificação do trabalho sofrem influências externas em relação as vias de nascimento, sobretudo as por via de nascimento cesáreo. Outros estudos também chamam atenção para essa problemática como o de Pinto (2006), onde nota-se que as razões para esta alta prevalência de cesáreas parecem não estar ligadas somente ao aumento do risco obstétrico, mas sim, aos fatores socioeconômicos e culturais, destacando-se o controverso fenômeno da “cultura da cesariana”. Independente do nível socioeconômico, a demanda por cesárea parece se basear na crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está fortemente associada à tecnologia utilizada no parto operatório, sendo que a construção da escolha pelo parto cesáreo se processa ao longo da gestação e do parto, sofrendo influência de diferentes fatores no início, ao longo da gestação e no momento do parto.

Outro ponto que chama atenção é o fato de no Estado do Pará durante os anos estudados, houve a incidência de nascimentos por via vaginal. No entanto esses valores são muito próximos aos de nascimentos por via cesárea mostrando que a cada ano esses valores só tendem a aumentar indo de encontro com o que é preconizado pela OMS, que estipula uma taxa de 15% de Cesária em todo o mundo. Essa progressão nas taxas de cesáreas já vem sendo discutidas em vários estudos durante certo tempo como na pesquisa de Victora em 2011 que aponta que em apenas oito anos, as cesarianas aumentaram de 38,0% para 48,8%, em várias UF.

#### 4 | CONCLUSÃO

Nesse universo, é fundamental entender que uma população é geralmente definida por fronteiras geopolíticas, e, que as taxas de cesáreas em diferentes hospitais variam bastante em função das características obstétricas das mulheres atendidas naquele local, sua capacidade e recursos, assim como os protocolos clínicos de conduta que são usados em cada local. Portanto, a taxa de cesárea recomendada para uma população não pode ser interpretada como a taxa ideal de cesáreas recomendada para hospitais individuais, no entanto, apesar de e pode perceber com a realização dessa pesquisa foi que o Estado do Pará durante o período estudado ainda apresenta um quantitativo de nascimentos por via vaginal superior ao por via cesárea, no entanto, o que chamou a atenção durante o decorrer do estudo foi que apesar dessa diferença esses valores além de serem muito próximos tendem a se aproximar cada vez mais.

Através do estudo também ficou claro as diferenças entre as regiões do Estado em relação as vias de nascimento, visto que as regiões com cidades mais desenvolvidas socioeconomicamente tiveram as maiores taxas de incidência de nascidos vivos por via cesáreas enquanto que as regiões compostas por municípios do interior do Estado apresentavam maiores taxas de nascidos vivos por via vaginal.

Essas análises tornam-se relevantes, pois mostraram que a prevalência de nascimento por via cesárea em algumas regiões é significativa e deve ser melhor observada pelas autoridades em saúde, evitando que esses números cresçam de forma desordenada dentro do Estado e assim, norteando a implementação de políticas de saúde que venham a incentivar os nascimentos por via vaginal de modo sempre que a assistência à gestante seja realizada sempre dentro de critérios técnicos, éticos e humanitários, proporcionando maior segurança e menor índice de complicações desnecessárias.

#### REFERÊNCIAS

BARBOSA, G.P, et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cad. Saúde Pública.

Rio de Janeiro. Vol. 19, n. 6, p. 1611-1620. Nov/Dez, 2003. Disponível em < [http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo).> Acesso em 20 dez. 2015.

BARROSO, C.G.G, et al. Gestação na adolescência: resultados perinatais de adolescentes atendidas em maternidades públicas. Revista do Hospital Universitário/UFMA, São Luiz, v. 8, n. 2, p. 15-20, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Resumo Executivo Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília, 2015.60 p. Disponível em <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. Acesso em 01 Jan. 2014.

COSTA AJL, VERMELHO LL, KALE PL. Indicadores de saúde. In: Medronho RA, organizador. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 33-55

JUNIOR, T. L; STEFFANI, J. A; BONAMIGO, E.L. Escolha da via de parto: Expectativa de gestantes e Obstetras. Rev. Bioét, Brasília, vol.2, n.3, p. 509-517, set./dez, 2013. Disponível em < [http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo).> Acesso em 03 dez. 2014.

LIMA, V.BA; VALE, L.R.E. In: I Conferencia Internacional de Estratégia em Gestão, Educação e Sistemas de Informação,1., 2012. Goiás. Anais eletrônicos da I CIEGESI / I Encontro Científico do PNAP/UEG: Sociedade Universitária de Educação á Distancia, 2012. 672 p.

MELCHIORI, L.E. et al. Preferencia de gestantes pelo parto Normal ou Cesário, Curitiba, Interação em Psicologia, Paraná, v.13, n.1 p.13-23, jan/jun, 2009. Disponível em < [http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo).> Acesso em 03 dez. 2014.672 p.

MORAES, M.S; GOLDENBERG, P. Cesáreas: um perfil epidêmico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. Vol. 17, n. 3, p. 509-519. Maio-Jun, 2001. Disponível em < [http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo).> Acesso em 20 dez. 2015.

PÁDUA, K.S, et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. Rev. Saúde Pública. São Paulo. Vol. 44, n. 1, p. 70-79. Fev, 2010. Disponível em < [http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo).> Acesso em 20 dez. 2015.

PARIS, G.F, et al. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro. Vol. 36, n. 12, p. 548- 554. Out, 2014. Disponível em < [http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo).> Acesso em 20 dez. 2015.

TEDESCO, P. et al. Fatores determinantes para as expectativas de Primigestas a cerca da via de Parto. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. São Paulo, v. 26, n. 10, p. 791-798,2004. Disponível em < [http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo).> Acesso em 03 dez. 2014.

YAZLLE, M.E.H.D. et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. Rev. Saúde Pública, São Paulo, Vol.35, n.2, p. 202-206, 2001. Disponível em < [http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo).> Acesso em 03 dez. 2014.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA DO V MUTIRÃO DE SÍNDROME DE ZIKA CONGÊNITA DO ESTADO DO CEARÁ

### **Erlane Marques Ribeiro**

Médica Geneticista, Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Christus  
Fortaleza-Ceará

### **Joana Amaral Acioly**

Estudante de Medicina do Centro Universitário Christus  
Fortaleza-Ceará

### **Érika Suyane Freire**

Estudante de Medicina do Centro Universitário Christus  
Fortaleza-Ceará

**RESUMO:** Diante do número de casos de Síndrome de Zika Congênita (SZC) no Ceará em 2016, profissionais da saúde uniram-se para promover o encontro dos casos diagnosticados do estado e nele orientar as famílias e obter dados para estudar a doença. O Mutirão Multidisciplinar da SZC objetiva a promoção da saúde de crianças com SZC e seus familiares, por meio da realização de consultas, exames e encaminhamentos multidisciplinares, da educação em saúde, do suporte para crianças e familiares e do levantamento de dados epidemiológicos. Participaram do V mutirão no CAVIVER em agosto de 2018, 88 crianças e suas famílias, 49 profissionais da saúde, 38 estudantes da saúde e 30 voluntários. Foram realizadas consultas e exames nas áreas de

Oftalmologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Ortopedia, Genética, Neurologia, Pediatria, Odontologia, além de atendimentos pela equipe de Serviço Social, Epidemiologia e Foto/Filmagem. A experiência permitiu conhecer as peculiaridades do grupo e orientar famílias e profissionais da saúde quanto ao manejo da doença que provoca diversos questionamentos. O modelo do mutirão é exemplo para profissionais de saúde e pode ser aplicado para outras doenças, considerando o sucesso obtido no projeto, proporcionando benefícios para a comunidade científica e para o paciente com necessidade de atendimento multidisciplinar, quem tem custos financeiros e psicológicos reduzidos com as consultas disponibilizadas em um dia. O mutirão é uma experiência rica para formação dos profissionais da saúde, obtenção de dados sobre a doença, acompanhamento dos pacientes, orientação das famílias quanto à condição e, assim, torna-se uma ferramenta importante no manejo da doença.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome da Zika Congênita, Zika Vírus, Mutirão, Multidisciplinar, Microcefalia.

### REPORT OF EXPERIENCE OF THE V MEETING OF CONGENITAL ZIKA SYNDROME OF THE STATE OF CEARÁ

**ABSTRACT:** Considering large number of cases of Congenital Zika Syndrome (SZC) in Ceará in

2016, health professionals united to promote the meeting of diagnosed cases of the state to guide families and obtain data to study the disease. SZC's Multidisciplinary meeting aims to promote the health of children with SZC and their families, through multidisciplinary consultations, examinations and referrals, promote health education for volunteers, support children and families and data collection epidemiological studies. Twenty-eight children and their families, 49 health professionals, 38 health students, and 30 volunteers participated in the V meeting in CAVIVER in August 2018. Consultations and examinations were carried out in the areas of Ophthalmology, Physiotherapy, Speech Therapy, Psychology, Orthopedics, Genetics, Neurology, Pediatrics, Dentistry, and Social Work, Epidemiology and Photo / Filming. The experience allowed us to know the peculiarities of the Congenital Zika group and to guide families and health professionals about the management of this disease that causes several questions. The model applied in the meeting serves as an example for health professionals and can be applied to other diseases, considering the success obtained in the project, providing benefits for the scientific community and for the patient in need of multidisciplinary care, who have reduced financial and psychological costs with the queries made available in just one day. The joint effort is a rich experience for training new health professionals, obtaining data on the disease, monitoring the diagnosed cases, guiding families about the condition and, thus, becomes an important tool in the management of the disease.

**KEYWORDS:** Congenital Zika Syndrome, Zika Virus, Meeting, Multidisciplinary, Microcephaly.

## 1 | INTRODUÇÃO

O vírus Zika é um flavivírus transmitido pelo *Aedes aegypti* e que foi originalmente isolado de uma fêmea de macaco Rhesus na Floresta Africana chamada Zika em 1947. O vírus Zika tem causado doença febril, acompanhada por discreta ocorrência de outros sintomas gerais, tais como cefaleia, exantema, mal estar, edema e dores articulares, muitas vezes de forte intensidade. Todavia, apesar da aparente caráter benigno da doença, na Polinésia Francesa e no Brasil os quadros mais severos tem incluído comprometimento do sistema nervoso central (síndrome de Guillain-Barré, mielite transversa e meningite) nos adultos e em crianças intra-utero<sup>1</sup>.

O grande número de crianças nascendo com microcefalia, correspondendo a um aumento de cerca de 20 vezes<sup>4</sup> e a presença de um fenótipo novo<sup>3,6</sup> chamou atenção de especialistas e cientistas. Tal contexto reforçou a necessidade e a importância do fortalecimento do papel do Brasil na comunidade científica e por se tratar de um evento de alta relevância em saúde pública, desencadeou uma série de ações da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) nos estados e do Ministério da saúde do Brasil (MS) na busca de maiores informações sobre os casos e possíveis associações epidemiológicas<sup>2</sup>.

Embora a microcefalia esteja vinculada a etiologia genética e exposições

ambientais como o uso de drogas durante a gestação, além de infecções como rubéola, toxoplasmose e citomegalovírus, entre outras, a associação com a infecção pelo ZIKV acompanhou o aumento de casos de microcefalia e outras malformações neurológicas no Brasil em 2015-2016.

Logo, a transmissão do vírus Zika no Brasil traz muitas preocupações: (1) o contexto social e ecológico nas Américas, particularmente no Brasil, favorece a propagação de arbovírus e a ocorrência de casos graves associados à Co circulação viral; (2) a estratégia atual para combater o vetor na maioria das áreas tem se mostrado ineficaz; (3) as condições climáticas e ambientais são adequadas para a atividade e reprodução do vetor; (4) cidades lotadas com intenso fluxo de viajantes torna o Brasil não só vulnerável a grandes surtos, mas também um ponto de dispersão dos casos para o resto do mundo.

## 2 | OBJETIVO

Relatar a proposta do Mutirão de Zika Congênita como uma estratégia de atendimento clínico, acompanhamento dos casos, orientação das famílias e coleta de dados dos casos de síndrome da Zika congênita (SZC).

## 3 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

O V Mutirão de SZC foi realizado nos dias 23, 24 e 25 de agosto de 2018 no Hospital de Olhos CAVIVER, com realização da ONG CAVIVER. Geralmente, os mutirões acontecem 2 vezes ao ano, desde 2016. Nessa edição, foram atendidas 88 crianças de ambos os sexos, com o acompanhamento de familiares e cuidadores. A equipe foi composta por 49 profissionais da saúde, 38 estudantes da área de saúde e 30 voluntários, além de diversos patrocinadores e doações voluntárias que disponibilizaram refeições, alimentos, equipamentos infantis, blusas para os voluntários, cestas básicas e produtos de higiene.

A triagem iniciou no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), onde aproximadamente 140 crianças de todo o estado do Ceará são acompanhadas por uma equipe multidisciplinar. Os familiares foram contatados pelos organizadores do mutirão, secretaria de saúde do estado do Ceará com o apoio das secretarias de saúde dos municípios ou encaminhados a partir das consultas realizadas no HIAS.

Com a participação de famílias da capital e interior do estado, o mutirão conta com apoio das prefeituras dos municípios, que disponibilizam transporte de forma gratuita para a maior parte das famílias.

Nos três dias de atendimento, ao chegarem, as crianças são incluídas em sistema previamente organizado, recebendo um crachá com o espaço disponível para anotação de todos os atendimentos a serem realizados para facilitar a checagem

de todas as avaliações ao final. Na primeira sala de atendimento realiza-se medida de peso, altura e perímetro cefálico. Para cada criança são feitas fotos e filmagens para avaliação prospectiva. Em seguida, as crianças são acompanhadas por uma equipe de assistência social, na qual poderão fazer coleta de dados epidemiológicos, cadastrar-se para recebimento de auxílios governamentais, além de retirar dúvidas acerca de questões sociais relacionadas à doença, pois muitas mães têm dificuldade para conseguir benefícios, assim como para o cadastro em instituições de estimulação essencial.

São realizadas consultas nas áreas de: Oftalmologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Ortopedia, Genética Médica, Neurologia, Pediatria e Odontologia.

Em consulta oftalmológica são avaliadas funções visuais e alterações características da SZC como alterações do fundo de olho, estrabismo, nistagmo. Após o atendimento, a criança recebe armação para fazer os óculos e orientações referentes ao tratamento nessa área.

Todas as crianças são avaliadas por pediatras, onde é possível avaliar o crescimento e ganho de peso segundo as curvas da OMS, receber receita de medicações, laudos para fraldas e outras necessidades e fazer ajustes na dieta das crianças. Muitas possuem dificuldade de ganho de peso, devido principalmente à disfagia. Assim o acompanhamento pediátrico é fundamental. Além disso, as queixas de infecções de vias aéreas é frequente e podem ser avaliadas pelo pediatra.

No serviço de Genética é feito coleta de dados físicos e comportamentais da criança para que a síndrome seja melhor descrita e possa se acompanhar a evolução delas. São utilizados protocolos específicos. Além disso é oferecido o serviço de aconselhamento genético para a família.

Em consulta com ortopedistas é possível fazer a avaliação física completa da criança, identificando os principais problemas como espasticidade, luxação congênita de quadril e artrogripose. No atendimento encaminha-se para a realização de exames específicos ou de procedimentos, como aplicação de Botox, e cirurgia do quadril, caso seja necessário.

O atendimento neurológico inclui avaliação de desenvolvimento neuropsicomotor, reflexos, distúrbios motores, assim como a avaliação de exames e ajuste de medicamentos, como os anticonvulsivantes Baclofeno, frequentemente utilizados.

O atendimento de Psicologia é importante, principalmente para os familiares, tendo em vista as dificuldades enfrentadas com a síndrome. Muitas mães ainda têm dificuldade para entender e aceitar a doença, assim como muitas precisam abdicar de suas profissões e atribuições para cuidado quase exclusivo da criança, além da avaliação do desenvolvimento neurológico com protocolos específicos.

O acompanhamento odontológico avalia características craniofaciais, intra e extra orais, encaminha as crianças para possíveis medidas corretivas e que interferem

na alimentação, além de orientar quanto a prevenção de cáries dentárias.

O serviço de fonoaudiologia avalia a presença de disfagia e sialorréia que dificultam a alimentação e o desenvolvimento da criança. Além disso, realiza triagem e monitoramento auditivo, bem como análise do desenvolvimento da linguagem.

O acompanhamento por fisioterapeutas objetiva a avaliação motora e a escolha das condutas adequadas para estimular o desenvolvimento motor das crianças, que geralmente está gravemente comprometido. Além disso, é avaliado o desenvolvimento sensorial, proprioceptivo e perceptivo das crianças.

Assim, após a criança tem a oportunidade de ser avaliada visando o bem estar biopsicossocial, contribuindo para melhorias no seu desenvolvimento. Para os profissionais, esse é um momento de imersão no estudo da SZC e de contato com os pais e crianças, podendo desenvolver técnicas de análise e comunicação com pacientes e familiares.

Ressalta-se que as mídias sociais são ferramentas importantes para a divulgação do trabalho realizado pela equipe. Todo o mutirão tem cobertura dos meios de comunicação de forma voluntária. Com esse apoio é possível dar visibilidade ao projeto e, assim, captar voluntários, patrocinadores, e receber doações de instituições e apoio da sociedade.

Os três dias de mutirão exigem vários dias de planejamento para ser executado e vários momentos para a análise de dados obtidos com os pacientes e familiares, mas certamente a contribuição para a literatura e para os pacientes é superior ao esforço para a elaboração do projeto.

## **4 | RESULTADOS**

A experiência do mutirão de SZC permitiu conhecer as peculiaridades da SZC e orientar famílias e profissionais da saúde quanto ao manejo desta doença que ainda provoca muitos questionamentos, por ser uma doença de reconhecimento recente. O mutirão de SZC, então, é uma forma de analisar e estudar a evolução dos pacientes. O modelo aplicado no mutirão de SZC serve de exemplo para profissionais de saúde e pode ser aplicado para outras doenças. Considera-se uma experiência exitosa, tendo em vista os benefícios proporcionados para a comunidade científica com diversas publicações e para famílias com o melhor manejo e tratamento da doença, assim como a redução dos custos financeiros e psicológicos a partir do atendimento multidisciplinar que é disponibilizado em apenas um dia.

## **5 | CONCLUSÃO**

O modelo de atendimento multidisciplinar proposto pelo mutirão da SZC é benéfico para os pacientes, familiares e profissionais de saúde, assim como para a

sociedade em geral. Assim, o mutirão da SZC é uma experiência exitosa para formação de profissionais da área de saúde, coleta de dados sobre a doença, acompanhamento de casos diagnosticados, orientação das famílias quanto à SZC e, assim, torna-se uma ferramenta importante no manejo da doença, podendo ser aplicada para outras doenças, principalmente nas doenças raras.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Raimunda S.s. et al. Zika Virus Epidemic in Brazil. II. Post-Mortem Analyses of Neonates with Microcephaly, Stillbirths, and Miscarriage. **Journal Of Clinical Medicine**, [s.l.], v. 7, n. 12, p.496-508, 28 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 136 p.

DEL CAMPO, Miguel; FEITOSA, Ian M.L.; RIBEIRO, Erlane M., et al. The phenotypic spectrum of congenital Zika syndrome. **Am J Med Genet Part A**. 2017;9999:1–17.

RIBEIRO, Bruno Niemeyer de Freitas et al . Síndrome congênita pelo vírus Zika e achados de neuroimagem: o que sabemos até o momento?. **Radiol Bras**, São Paulo , v. 50, n. 5, p. 314-322, Oct. 2017.

RIBEIRO, Erlane Marques et al. From the perception of a cluster of cases of children with microcephaly to congenital Zika syndrome in Brazil: the lessons we have learned and the challenges that lie ahead of us. **Journal Of Venomous Animals And Toxins Including Tropical Diseases**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.1-3, 20 mar. 2017.

SCHULER-FACCINI, Lavinia et al. Possible Association Between Zika Virus Infection and Microcephaly — Brazil, 2015. **Morbidity And Mortality Weekly Report**, [s.i.], v. 3, n. 65, p.59-62, jan. 2016.

VASCONCELOS, Pedro Fernando da Costa. Doença pelo vírus Zika: um novo problema emergente nas Américas?. **Revista Pan-amazônica de Saúde**, [s.l.], v. 6, n. 2, p.9-10, jun. 2015.

VERAS, Maria Amélia. Zika vírus: desafios da saúde pública no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.225-228, jun. 2016.

## ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E A PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA: REVISÃO INTEGRATIVA

### **Vitoria Christini Araújo Barros**

Universidade Federal do Maranhão – UFMA  
Imperatriz - Maranhão

### **Rita de Cássia Sousa Lima Neta**

Secretaria Municipal de Imperatriz – SEMUS  
Imperatriz - Maranhão

### **Dailane Ferreira Sousa**

Universidade Federal do Maranhão – UFMA  
Imperatriz – Maranhão

### **Carolina Heitmann Mares Azevedo Ribeiro**

Universidade Federal do Pará - UFPA

### **marcelino Santos Neto**

Universidade Federal do Maranhão – UFMA  
Imperatriz - Maranhão

### **Janaina Miranda Bezerra**

Universidade Federal do Maranhão – UFMA  
Imperatriz - Maranhão

**RESUMO:** A sífilis congênita representa um agravo emergente no Sistema de Saúde brasileiro. Nesse sentido, o conhecimento acerca dos protocolos clínicos da sífilis gestacional e dos mecanismos de transmissão da doença são pontos norteadores para o acompanhamento adequado das gestantes infectadas e, conseqüentemente, para redução das taxas de transmissão vertical da sífilis. O presente estudo teve como objetivo realizar um levantamento bibliográfico acerca do manejo da sífilis no pré-natal de baixo risco. Revisão

integrativa, onde a busca foi realizada entre abril e maio de 2018, nas bases de dados LILACS, SciELO, BVS, PubMed, adotando os descritores “syphilis”, “management by health professionals” e “Brazil”, cuja amostragem final resultou em 6 artigos. Foram identificadas 18 publicações e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados seis artigos. As literaturas selecionadas mostraram estudos que se propuseram a desenvolver e/ou avaliar sobre o manejo da sífilis, assim como demonstrar o nível de conhecimento dos profissionais sobre o agravo e a aplicabilidade dos protocolos do Ministério da Saúde. Os mesmos evidenciaram, a necessidade do diagnóstico precoce na primeira consulta de pré-natal. Em contrapartida, expôs o conhecimento insuficiente dos profissionais de saúde, acerca da sífilis na gestação, bem como, a problemática relacionada à administração da penicilina nas Unidades Básicas de Saúde. Neste sentido, é importante enfatizar a relevância da assistência pré-natal de qualidade no enfrentamento da sífilis congênita, assim como, a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pré-natal. Sífilis. Manejo.

**ABSTRACT:** The congenital syphilis represents a aggravation in the Brazilian Health System. In that sense, the knowledge about the clinical

protocols for gestational syphilis and the disease's transitional mechanisms are guiding points to the proper monitoring of the infected pregnant and, consequently, to reduce the rates in the vertical transmission of syphilis. The present study has as objective to carry out a bibliographic survey about syphilis management in the low risk prenatal. Integrative review, where the search was performed between april and may 2018, in the databases LILACS, SciELO, BVS, PubMed, using the descriptors "syphilis", "management by health professionals" and "Brazil", whose final sample resulted in 6 articles. We identified 18 publications and, after applying the inclusion and exclusion criteria, we selected 6 articles. The selected literature showed studies that were proposed to develop and / or evaluate syphilis management, as well as to demonstrate the level of knowledge of the professionals about the disease and the applicability of the protocols of the Ministry of Health. These evidenced the need for an early diagnosis at the first prenatal consultation. In counterpart showed the insufficient knowledge of the health professionals, about syphilis in the pregnancy, as well as, the problematic involving the administration of penicillin at the Basic Health Unit. In this sense, is important to emphasizing the relevance of a quality prenatal assistance to fight the congenital syphilis, as well as, the need to qualify the health professionals acting in the Primary Attention.

**KEYWORDS:** Prenatal care. Syphilis. Management.

## 1 | INTRODUÇÃO

A sífilis congênita (SC) representa um agravo emergente no Sistema de Saúde brasileiro. Apesar da implementação de programas de cuidados para gestantes, destinados ao controle e eliminação da SC, e do aumento da cobertura de acompanhamento pré-natal, a taxas da doença vem apresentando índices alarmantes (BRASIL, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mais de 12 milhões pessoas no mundo sejam atingidas por essa infecção, com destaque para as gestantes, favorecendo diretamente a ocorrência de sífilis congênita. No Brasil, em 2017, foram notificados 24.666 casos de SC, com incidência de 8,6 casos/1.000 nascidos vivos (BRASIL,2018). Dados como expressam falhas relacionadas à qualidade dos cuidados pré-natais.

A assistência pré-natal deve disponibilizar de meios e recursos que possibilitem o acompanhamento contínuo durante toda a gestação, bem como uma equipe de profissionais dotados de conhecimentos técnico-científicos, a fim de assegurar o desenvolvimento da gestação e o nascimento de um recém-nascido (RN) sadio (BRASIL, 2012).

À exemplo de outras infecções, a sífilis na gestação pode ser controlada com sucesso por meio de ações e medidas de programas de saúde pública, em virtude da existência de testes diagnósticos sensíveis e do tratamento efetivo e de baixo custo

(BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde (MS) disponibiliza de notas técnicas, manuais e protocolos clínicos acerca da sífilis, assim como, tem adotado novas políticas de saúde que possibilitem o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno da doença, no intuito de reduzir a incidência dos casos no país (BRASIL, 2016).

Diante disto, o presente estudo teve como objetivo realizar um levantamento bibliográfico acerca do manejo da sífilis na assistência ao pré-natal de baixo risco, incluindo as práticas cotidianas dos profissionais, principalmente no que tange o diagnóstico e tratamento que constam em protocolos instituídos, tendo em vista que, o conhecimento adquirido por meio desta análise possibilita a reflexão do ponto de vista teórico e prático, de modo a contribuir para qualidade da assistência prestada.

## 2 | METODOLOGIA

A revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. Fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento (ERCOLE et al., 2014).

Para a elaboração desta revisão integrativa seis etapas foram percorridas, sendo elas: 1a etapa: seleção das hipóteses e a identificação do tema para a elaboração da revisão integrativa; 2a etapa: estabelecer os critérios de exclusão e inclusão dos artigos, busca na literatura; 3a etapa: categorização e análise dos estudos; 4a etapa: avaliação dos estudos referentes à revisão integrativa; 5a etapa: discussão e apresentação dos resultados; 6a etapa: apresentação da síntese do trabalho (MENDES et al., 2008).

A busca foi embasada na seguinte questão norteadora: Quais as publicações existentes acerca do manejo da prevenção da Sífilis congênita no Brasil e a identificação dos principais entraves na assistência de enfermagem.

A seleção dos artigos foi realizada a partir das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), adotando os descritores “syphilis”, “management by health professionals” e “Brazil”. A amostra da pesquisa resultou no total de 18 artigos.

Os critérios de inclusão adotados foram: avaliação dos profissionais de saúde; idioma inglês e português; texto completo publicados entre 2003 e 2017. Os critérios de exclusão foram: repetição do mesmo artigo em mais de uma plataforma, sendo selecionado apenas um; idioma além dos citados. Após aplicado os critérios, a amostra final resultou no total de 6 artigos, como demonstrado na Figura 1.

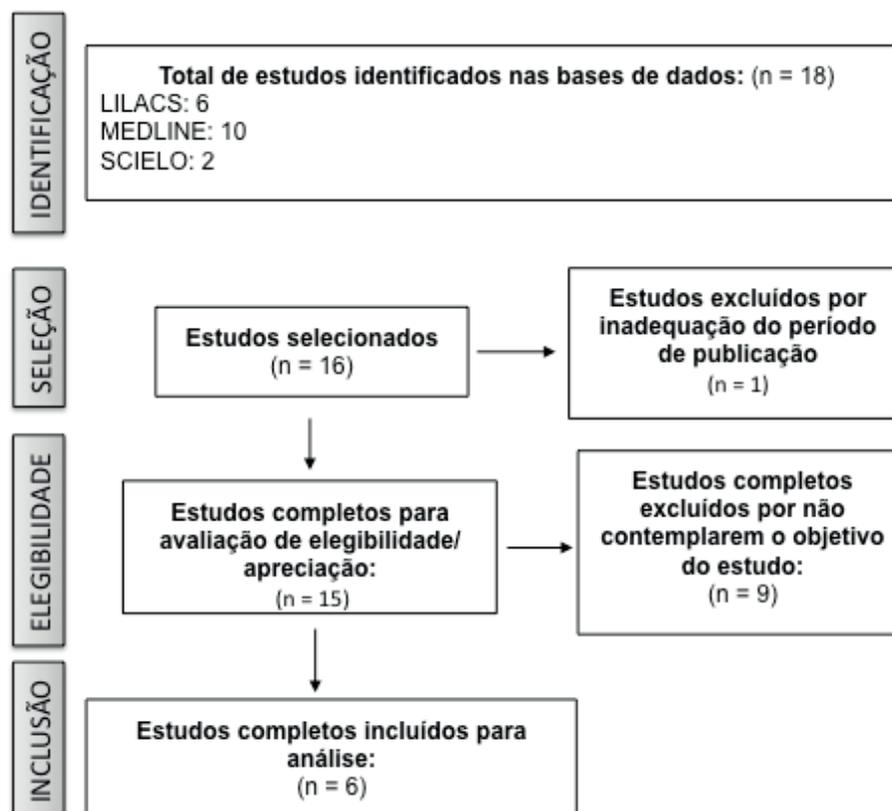


FIGURA 1- Fluxograma de seleção dos estudos

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa resultou em uma amostra inicial de 18 artigos, deixando de compor o estudo àqueles que não atendiam aos critérios estabelecidos ou repetiam-se em mais de uma plataforma, tendo sido computados somente uma vez. Mediante isto, o quantitativo final resultou em 06 publicações. Para facilitar a sua caracterização foi estabelecido uma consoante por ordem de publicação levando-se em consideração o ano de publicação.

O Quadro 01 dispõe da apresentação dos trabalhos por título, autores, periódicos e ano de publicação.

ID	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	PERIÓDICOS	ANO
<b>A</b>	Management of syphilis in pregnancy: knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil	RODRIGUES, D.C., DOMINGUES, R.M.S.M.	International Journal of Health Planning and Management.	2017
<b>B</b>	Diagnostic and Therapeutic Knowledge and Practices in the Management of Congenital Syphilis by Pediatricians in Public Maternity Hospitals in Brazil	SANTOS, R.R., NIQUINI, R. P., BASTOS, F. I., DOMINGUES, R. M. S. M.	International Journal of Health Services	2017

<b>C</b>	Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro	DOMINGUES, R.M.S.M., LAURIA, L. M., SARECENI, V., LEAL, M. C.	Ciência & Saúde Coletiva	2013
<b>D</b>	Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil	DOMINGUES, R. M. S. M., HARTZ, Z. M. A., LEAL, M. C.	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.	2012
<b>E</b>	The challenge of the Reference and counter-reference system in the pre-natal assistance to pregnant women with infectious diseases	FIGUEREDO, E. N., VIANNA, L. A. C., PEIXE, M. B., RAMOS, V. M., SUCCI, R. C. M.	Anais da Academia Brasileira de Ciências	2009
<b>F</b>	Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis	RAMOS JUNIOR, A. N., MATIDA, L. H., SARACENI, V., VERAS, M. A. S. M., PONTES, R J. S.	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro	2007

Quadro 01 – Apresentação dos Artigos Seleccionados no Estudo por Ordem e Ano de Publicação.

No quadro 1 foi possível identificar que os periódicos seleccionados apresentaram publicações correspondentes entre os 2007 e 2017, sendo, 02 (dois) de 2017; 02 (dois) de 2012; 01 (um) de 2009 e 01 (um) de 2007.

Os resultados encontrados, exibem estudos que se propuseram a desenvolver e/ou avaliar sobre o manejo da sífilis e o nível de conhecimento dos profissionais sobre o agravo e o nível de aplicabilidade dos protocolos do Ministério da Saúde. Neste contexto, foi demonstrado que os trabalhos na sua maioria, avaliaram o conhecimento relacionados ao diagnóstico e tratamento da sífilis durante a gestação.

Dentre os resultados identificados nas literaturas, alguns autores apontaram o despreparo profissional frente à interpretação dos exames laboratoriais e à administração da penicilina nos pacientes com Sífilis. Fatores como estes, foram elencados como sendo uma das principais causas de encaminhamento dos pacientes aos serviços especializados ou a outros níveis de atenção em saúde, podendo resultar em desvinculação dessa clientela com o serviço de atenção básica, bem como, no abandono do tratamento (FIGUEREDO et al, 2009; RAMOSJR et al, 2007).

O Quadro 02 apresenta os artigos de acordo com o local de pesquisa, metodologia utilizada e os principais resultados apresentados.

ID	PAÍS DE ORIGEM /CIDADE	METODOLOGIA UTILIZADA	RESULTADOS PRINCIPAIS
A	Brasil, Teresina	É um estudo transversal, realizado no período de janeiro a maio de 2015 com 366 médicos e enfermeiros que atuam na assistência pré-natal, correspondendo a 70% dos profissionais elegíveis. Foram avaliados 20 critérios de prática e conhecimento relacionados ao diagnóstico e tratamento da sífilis durante a gestação.	<p>Barreira dos clientes: início tardio do pré-natal, não adesão das gestantes para testes ou tratamentos, não comparecimento do parceiro ao serviço;</p> <p>Barreira organizacional: atraso no retorno do resultado do exame, dificuldade de acesso aos exames confirmatórios treponêmicos, dificuldade na aplicação de Penicilina Benzantina na atenção primária;</p> <p>Barreira relacionada ao desempenho profissional: dificuldade na abordagem e tratamento do parceiro de gestante diagnosticada com sífilis.</p>
B	Brasil, Teresina	Estudo transversal, realizado em 2015 com 41 pediatras que atuavam em todas as maternidades públicas de Teresina, Piauí. O estudo avaliou, por meio de questionários, o conhecimento e práticas de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde do Brasil.	<p>Falta de registro de diagnóstico na caderneta da gestante;</p> <p>Falta de registro no cartão da gestante do tratamento para sífilis;</p> <p>Falta de informação sobre o tratamento recebido durante a gestação.</p>
C	Brasil, Rio de Janeiro	É um estudo transversal realizado com 102 profissionais da saúde na assistência pré-natal no SUS, correspondendo a 70% do grupo elegível.	Início tardio do pré-natal; não comparecimento dos parceiros ao serviço; dificuldade na testagem para sífilis, como demora no resultado do exame e falta de acesso ao teste treponêmico confirmatório; falta de referência para encaminhamento dos parceiros.
D	Brasil, Rio de Janeiro	É um estudo de caráter transversal, realizado no período de 2007-2008, através de entrevistas com 2353 gestantes, análise da caderneta da gestante e dados obtidos junto a 102 profissionais de saúde. Para avaliação da assistência foi elaborado um modelo lógico-operacional, sendo usado como referência os protocolos da assistência pré-natal e de DST/AIDS do Ministério da Saúde.	90% das gestantes receberam prescrição para tratamento com Penicilina Benzantina, mas 30% dos casos com doses diferentes das recomendadas pelo Ministério da Saúde; Apenas 65% dos profissionais realizavam a rotina preconizada pelo Ministério da Saúde de solicitação de exame na primeira consulta e no início do terceiro trimestre.

E	Brasil, São Paulo	É um estudo epidemiológico no qual observações foram baseadas nas anotações do prontuário médico e das cadernetas de gestantes portadoras de doenças infecciosas suscetíveis à transmissão hematoplacentária e registros finais do estado infeccioso de seus conceptos.	Apenas 1,68% das gestantes apresentaram registros de exames em seu registro médico que definam diagnóstico IST's; A sífilis foi a mais comum; muitos profissionais não tinham informações sobre os procedimentos de referência e contrarreferência; não foi possível estabelecer a taxa de transmissão vertical, uma vez que não havia registro médico que indicam os desfechos dos recém-nascidos;
F	Brasil, Fortaleza	É um estudo de análise do cenário epidemiológico brasileiro, no qual baseou-se em uma revisão de literatura científica e de documentos oficiais sobre o tema, publicados pelo Ministério da Saúde, principalmente pelo Programa Nacional de DST/Aids (PNDST/AIDS). Estas incluem, principalmente, a análise de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), especificamente para a sífilis, dados disponíveis em boletins epidemiológicos nacionais.	Dificuldades no serviço: lidar com parceiros sexuais; interpretar os resultados do VDRL; uso de penicilina na atenção primária.

Quadro 02 – Apresentação Das Metodologias E Resultados Principais Dos Artigos Seleccionados No Estudo.

Os profissionais de saúde que constituem a equipe de atenção primária devem estar aptos e possuir conhecimento técnico/científico para assistir de maneira integral e resolutive todos os indivíduos, de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2017).

Dentre os artigos seleccionados, os autores destacam ainda, a relevância da testagem de sífilis em gestantes, preferencialmente no primeiro trimestre de gestação, de forma a possibilitar o diagnóstico/tratamento precoce, minimizando-se o risco de infecção congênita (RODRIGUES et al, 2017; SANTOS et al, 2017; BRASIL, 2016; BRASIL, 2012).

A falta de registro no cartão da gestante acerca do diagnóstico e tratamento recebido, durante o período gestacional, foi outra problemática identificada, no que refere à qualidade da assistência pré-natal. A ausência das informações que devem constar na caderneta da gestante impossibilita a coleta de dados essenciais no que diz respeito à avaliação da eficácia do tratamento e inclusão das parcerias sexuais (SANTOS et al, 2017).

O Ministério da Saúde preconiza que sejam anotadas, em cada consulta, tanto no prontuário da Unidade, quanto na caderneta da gestante, todas as informações relacionadas à gestação e condições de saúde da paciente, bem como as solicitações e resultados de exames laboratoriais, tratamentos e fatores de risco relacionados ao

período, a fim advertir todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência a essa gestante (BRASIL, 2012).

Fatores como esses, revelam inúmeras falhas relacionadas à assistência pré-natal que ainda precisam ser melhoradas e dificultam a assistência ao pós-parto, pois os exames não-treponêmicos, como o VDRL, podem continuar com resultado positiva mesmo após o tratamento adequado, com isso existe a exposição da paciente a um segundo tratamento as vezes desnecessário (BRASIL, 2016).

A captação e tratamento das parcerias sexuais foram apontados pela maioria dos autores como fatores cruciais para a eficácia do tratamento. Ademais identificou-se também, a problemática relacionada à prática de alguns profissionais de saúde, em enviar a solicitação de exames e/ou prescrição de tratamento do parceiro, por meio das gestantes (RODRIGUES et al, 2017; SANTOS et al, 2017; DOMINGUES et al, 2013; DOMINGUES et al, 2012).

Uma vez que, o não tratamento das parcerias sexuais caracteriza o tratamento materno como inadequado e pode contribuir para a reinfecção das gestantes, e conseqüente infecção do conceito, faz-se necessário o comparecimento desses indivíduos, ao serviço de saúde ou a realização da busca ativa dos mesmos, para elucidação dos casos (BRASIL, 2015; BRASIL, 2012).

A positivação ou não, das testagens de sífilis, nos parceiros, e a ausência de sinais clínicos da doença, não os exclui da realização do tratamento; entretanto os esquemas terapêuticos prescritos deverão ser atender as suas peculiaridades (BRASIL, 2015).

Os dados mostraram que existe um déficit de conhecimento dos profissionais de saúde, ainda que a maioria sejam pós-graduados na área Saúde da Família ou Saúde da Mulher/Obstetrícia, quanto às características clínicas e operacionais da doença (RODRIGUES et al, 2017; DOMINGUES et al, 2013; DOMINGUES et al, 2012).

O desconhecimento dos protocolos por parte dos profissionais termina por expor a gestante e o feto a uma possível reinfecção, sendo o tratamento recebido durante o período gestacional insuficiente pra prevenção da sífilis congênita. É necessário a capacitação e atualização constante dos profissionais de saúde afim de evitar resultados como estes (RODRIGUES et al, 2017; DOMINGUES et al, 2012).

FIGUEREDO et al (2009) revelou que existe falta de informação dos profissionais de saúde quanto a Rede de Atenção à Saúde, sistema de referência e contrarreferência. Com isso, há uma ruptura de informações sobre o cliente em ambos os serviços, no qual gera uma falha de comunicação, gerando incertezas quanto a assistência prestada, tratamento adquirido e desfecho do agravo.

A indisponibilidade de insumos para diagnóstico e tratamento também foi outro fator agravante. A demora para o resultado do exame de triagem e a dificuldade de acesso a exames confirmatórios treponêmicos impede o tratamento em tempo oportuno e de qualidade, fazendo-se necessário o deslocamento dos pacientes para outras unidades de saúde (RODRIGUES et al, 2017; DOMINGUES et al, 2013;

DOMINGUES et al, 2012)

A maioria dos autores afirma a importância da melhoria da assistência no pré-natal de baixo risco para a prevenção da infecção congênita, além da capacitação dos profissionais de saúde, a fim de que possam reconhecer a infecção, seja pela fase clínica ou pelo diagnóstico laboratorial (*Venereal Disease Research Laboratory* e Teste rápido) e, assim, realizar tratamento adequado (RODRIGUES et al, 2017; BRASIL, 2016; DOMINGUES et al, 2013; DOMINGUES et al, 2012).

#### 4 | CONCLUSÃO

Mediante a análise dos artigos publicados pode-se constatar que muitas são as barreiras enfrentadas pelos profissionais para que o manejo da Sífilis Congênita alcance seus objetivos. Sobre as dificuldades identificadas nas literaturas, observou-se a necessidade do fortalecimento das ações que possibilitem maior adesão das gestantes e suas parcerias sexuais aos serviços, tais como, ampliação da oferta de insumos de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno, assim como, das informações relacionada às infecções sexualmente transmissíveis.

Identificou-se ainda que existe um déficit de conhecimento por parte dos profissionais de saúde frente ao manejo clínico/terapêutico da Sífilis, tornando-se imprescindível a realização de educação continuada acerca da temática e o fortalecimento dos protocolos do Ministério da Saúde, além de adoção de novas práticas estratégicas, sobretudo, no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento, a fim de ampliar a qualidade da assistência pré-natal e minimizar os agravos à saúde materno/fetal.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Sífilis** Ano VI- vol 48 nº 36 ISSN: 2358-9450. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais . Brasília - DF Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 2436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017. Brasília – DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Sífilis Ano VI-** vol. 49 nº 45 ISSN: 2358-9450 - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília – DF. Editora do Ministério da Saúde, dez. 2018.

DOMINGUES, RMSM et al. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. [SL], v. 18, n. 5, p. 1341-1351, 2013.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; HARTZ, Zulmira Maria De Araújo; LEAL, Maria Do Carmo. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. bras. saúde materna. infante**. Recife, v. 12, n. 3, p. 269-280, jul./set. 2012

Ercole, FF; Melo, LS; Alcoforado, CLGC. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. **Rev Min Enferm**. 2014 jan/mar; 18(1): 1-260.

FIGUEIREDO, EN et al. The challenge of the reference and counter-reference system in the pre natal assistance to pregnant women with infectious diseases. **Anais da academia brasileira de ciências**. v. 81, n. 3, p. 551-558, jul./abr. 2009

Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 2008 out-dez; 17(4):758-64.

RAMOSJR, AN et al. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. **Caderno saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 370-378, dez. 2007.

RODRIGUES, D. C, DOMINGUES, R. M. S. M. Management of syphilis in pregnancy: Knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil. **International Journal of Health Services** p. 1-16, 2017.

SANTOS, RR dos et al. Diagnostic and Therapeutic Knowledge and Practices in the Management of Congenital Syphilis by Pediatricians in Public Maternity Hospitals in Brazil. **International Journal of Health Services**, p. 1-21, 2017.

## A EPISIOTOMIA COMO PRÁTICA ROTINEIRA NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

### **Jônatas Ferreira de Sá**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
Curso de Medicina  
Três Lagoas – MS

### **Isaac Daniel França Corado**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
Curso de Medicina  
Três Lagoas – MS

### **Larissa Tsukuda**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
Curso de Medicina  
Três Lagoas – MS

### **Letícia Costa Coêlho**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
Curso de Medicina  
Três Lagoas – MS

### **Taiza de Oliveira Zago**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
Curso de Medicina  
Três Lagoas – MS

### **Renata Campos de Pieri**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
Curso de Medicina  
Três Lagoas – MS

### **Vitor Ricobello Tavares**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,  
Curso de Medicina  
Três Lagoas – MS

obstétrico que objetiva, por meio de uma incisão cirúrgica no períneo, evitar lacerações na região, além de acelerar o período expulsivo do parto. É uma técnica antiga e há muito tempo praticada na medicina, mas atualmente têm se observado evidências que provam os malefícios gerados pela episiotomia. Apesar disso, a incidência no Brasil e em outros países da América Latina ainda é elevada e até mesmo banalizada, pois a utilização da técnica é realizada como rotina em partos normais. Este presente estudo constitui um ensaio crítico que visa discutir sobre o assunto por meio da observação do contexto histórico, disseminação do procedimento no meio obstétrico, aspectos médicos atuais, fatores de risco e variáveis clínicas, além das complicações provocadas no puerpério. Por meio de discussões é possível reavaliar os critérios e estimular o uso seletivo ou até mesmo reduzir a incidência.

**PALAVRAS-CHAVE:** episiotomia, violência obstétrica, humanização.

### EPISIOTOMY AS ROTARY PRACTICE IN CARE OF PARTURITION AND BIRTH

**ABSTRACT:** An episiotomy is an obstetric procedure that aims to prevent lacerations in the region by means of a surgical incision in the perineum, in addition to accelerating the expulsive delivery period. It is an ancient

**RESUMO:** A episiotomia é um procedimento

technique and has long been practiced in medicine, but evidence has now been found to prove the harm caused by the episiotomy. Despite this, the incidence in Brazil and in other Latin American countries is still high and even trivialized, since the use of the technique is performed routinely in normal deliveries. This present study constitutes a critical essay that aims to discuss the subject through historical observation, dissemination of the procedure in the obstetric environment, current medical aspects, risk factors and clinical variables, as well as the complications caused in the puerperium. Through discussions it is possible to re-evaluate the criteria and stimulate selective use or even reduce incidence.

**KEYWORDS:** episiotomy, obstetric violence, humanization.

## 1 | INTRODUÇÃO

Na problemática da exposição de mulheres e crianças a determinadas situações de risco, a vulnerabilidade social destas é determinante para sua morbimortalidade, destacando-se mortes maternas e neonatais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). As complicações relacionadas a maternidade matam cerca de 287 mil mulheres em todo o mundo, anualmente. (WHO, 2012). Os índices de mortalidade materna brasileiros tem diminuído nas ultimas décadas (VICTORA et al., 2011), mas ainda se mantém distantes do que se consideraria desejável e aceitável (PASCHE et al., 2010).

Uma parcela expressiva destas mortes em território brasileiro poderia ser evitada por ações dos serviços de saúde. Entretanto o fato de a assistência ao parto no Brasil ser essencialmente institucionalizada, ou seja, realizada principalmente em hospitais e por profissionais de saúde habilitados, variando de 85 a 97% a atenção hospitalar ao parto, revela que a oferta e a disponibilização de saberes, maior acesso à tecnologia, insumos e equipamentos, a maior presença de profissionais e protocolos médicos não garantem, sozinhos, a reversão em tempo esperado do quadro de mortalidade materna e neonatal (PASCHE et al., 2010), o que é considerado um paradoxo perinatal (DINIZ, 2009), paradoxo esse que aponta para o atual modelo de atenção.

Ainda que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) em suas diretrizes enfatize por boas práticas de atenção baseadas em evidencias científicas e que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, o modelo de atenção ao parto vaginal, vulgo normal, mais comum no Brasil é o tecnocrático, que tem como protagonista o médico em ambiente hospitalar (RABELO e OLIVEIRA, 2010).

Neste atual modelo tecnocrático e hegemônico de atenção obstétrica e neonatal, o processo de parto e nascimento é frequentemente percebido como patológico. Segundo Pasche, Vilela e Martins (2010), este processo é então abordado a partir de práticas médicas calcadas na concepção biomédica, na incorporação de tecnologias e insumos e na organização taylorista do ambiente e dos processos de trabalho.

O corpo da mulher é encarado como uma máquina que deve ser entendida por

meio do método científico que separa as partes do todo, e para aumentar a eficiência de uma máquina – vista como imperfeita-, são necessárias várias outras máquinas. Dessa forma, diversas tecnologias são empregadas sem a devida avaliação da sua real necessidade, eficácia e segurança.

Ou seja, ainda que boa parte dos avanços médicos adotados possam efetivamente prevenir morbidade e mortalidade na assistência ao parto, se usados com parcimônia, segundo Sodr e e Lacerda (2007), a evidente contradi o   que muitas das complica es não vêm diminuindo e são, muitas vezes, causadas justamente por esse avanço, por meio da generaliza o de sua necessidade e uso abusivo de técnicas e procedimentos. De acordo com Pasche, Vilela e Martins (2010), esse modelo submete a mulher, tida como incapaz de compreender as questões médicas envolvidas nas decisões, a normas e rotinas rígidas, que não respeitam o seu corpo e o seu ritmo natural e individual, e a impede de exercer seu protagonismo, movimento que pode ser anunciado como iatrogenia cultural.

Evidências científicas têm demonstrado que muitas práticas correntes na assistência obstétrica e neonatal são aplicadas sem a devida valida o por estudos científicos ou de forma desnecessário. O uso rotineiro de práticas e interven es já consideradas obsoletas pelas evidências atuais deve ser evitado, entre essas se destaca a episiotomia, da qual trata este trabalho.

A episiotomia   definida como uma incisão cirúrgica no períneo, utilizada no período expulsivo do trabalho de parto com o objetivo de ampliar a dimensão da vagina para o nascimento. (MYERS-HELFGOTT e HELFGOTT,1999). O seu uso objetiva a redu o da probabilidade de lacera es perineais de terceiro grau, alega-se que, sendo uma incisão reta e limpa, a episiotomia pode ser mais fácil de ser reparada e cicatrizar melhor que uma lacera o. Para o recém-nascido, sugere-se que possa diminuir a probabilidade de asfixia, traumatismo craniano, hemorragia cerebral e retardo mental. Por outro lado, pode causar complica es como a extensão do corte com lesão de esfíncter anal e retal, resultados anatômicos não satisfatórios tais como pregas cutâneas, assimetria ou estreitamento excessivo do introito, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal e fístula anal, aumento na perda sanguínea e hematomas, dor e edema locais, infec o, deiscência e disfun o sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2014) o seu uso pode ser considerado, mas não mandat rio, em situa es onde os benefícios possam ser maiores que os riscos tais como: dist cia de ombro, parto pélvico, fórceps ou extra es a vácuo, variedades de posi es posteriores ou em situa es onde seja óbvio que a falha da sua realiza o possa resultar em trauma perineal maior.

A episiotomia   muitas vezes realizada sem o consentimento da paciente, e assim sem informar sobre possíveis indica es e benefícios, riscos que envolvem o procedimento e possíveis complica es (D SSIE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, 2012) ou tratamentos alternativos. De acordo com o a OMS, o uso liberal ou rotineiro da

episiotomia é considerado uma prática frequentemente utilizada de modo inadequado (OMS, 1996). Segundo Lago e Lima (2009), a frequência média da prática no Brasil chega a 71% de todos os partos vaginais.

A intervenção pode ser observada pela ótica da violência institucional na atenção obstétrica como um procedimento que apresenta potencial para violação da integridade física, psicológica, emocional e sexual da mulher. Esta violência caracteriza-se pela apropriação indevida pelo profissional do corpo, estado de saúde e todo processo reprodutivo da mulher, por meio de tratamentos não humanizados, excesso de medicalização e pela visão patológica de processos naturais como o parto, levando a perda da autonomia e trazendo prejuízo à capacidade de decidir de forma livre e consciente sobre seu corpo e sexualidade, com consequências negativas para a qualidade de vida das mulheres (SOARES et al., 2015).

O predomínio do modelo biomédico e a utilização acrítica do conhecimento técnico, sobretudo em hospitais, que se encontram entre as instituições contemporâneas mais impermeáveis às mudanças e às inovações, sobretudo na gestão (PASCHE et al., 2010), podem tornar difíceis iniciativas de implementação de ações e tentativas de mudanças, no entanto vem ganhando força no cenário internacional e nacional, o movimento pela humanização do parto, o qual se apoia em proposta de mudanças do modelo e da prática assistencial, com base nas recomendações científicas atuais, bem como uma prática baseada nos direitos das mulheres, com vistas a uma maternidade segura e também prazerosa.

## 2 | DESENVOLVIMENTO

### 2.1 Surgimento e Disseminação

A episiotomia foi introduzida no século XVIII por Fielding Ould, famoso obstetra irlandês, como um procedimento que poderia ser realizado de maneira excepcional, com a finalidade de facilitar o nascimento em partos complicados e evitar lacerações graves do períneo (MATTAR et al., 2007). Dubois sugeriu, em 1847, a incisão oblíqua no períneo, hoje conhecida como episiotomia médio-lateral. Porém, não ganhou popularidade no século XIX, devido à falta de disponibilidade de anestesia e das elevadas taxas de infecção associadas ao procedimento (NUGENT, 1935).

O procedimento foi se disseminar no século XX, sobretudo nos Estados Unidos e em países latino-americanos, incluindo o Brasil. Foi uma época de mudanças na percepção do nascimento onde este deixou de ser visto como um evento normal que necessitava do mínimo de intervenção e passou a ser tido como um evento patogênico requerendo intervenções médicas intensas para evitar complicações para a mãe e para o feto. (AMORIN e KATZ, 2008). Esse período coincidiu com o início da prática da hospitalização para a assistência ao parto (NEME, 2000)

Em diversos países, principalmente nos EUA e em países latino-americanos,

a episiotomia tornou-se disseminada no século XX. No Brasil, foi adotada pelos profissionais somente a partir de 1970, tornando-se rapidamente em um procedimento comum nos hospitais do país (PROGIANT et al., 2008).

Contradizendo o que propôs Ould, a episiotomia passou a ser recomendada sistematicamente por dois ginecologistas famosos, Pomeroy e DeLee. Pomeroy, em 1918 escreveu o artigo intitulado “Deveríamos cortar e reparar o períneo de todas as primíparas?” aonde mostrou sua preferência pela episiotomia mediana e indicou que a técnica fosse realizada em primigestas para evitar traumas cranianos no bebê (LABRECQUE et al., 2000; MATTAR et al., 2007). DeLee, na década de 1920 publicou "*The Prophylactic Forceps Operation*", tratado no qual recomendava episiotomia e fórceps de alívio a todas as primíparas. Decorre desses trabalhos a ideia, até hoje bastante difundida, de que a episiotomia seria necessária para preservar a integridade do assoalho pélvico, para prevenir as lacerações perineais graves e minimizar o risco de trauma fetal, prevenindo a hipóxia (AMORIN e KATZ, 2008), o trauma craniano, a hemorragia cerebral e o retardo mental, além de proteger os fetos prematuros da pressão causada contra o períneo, reduzindo possíveis sequelas do trabalho de parto (MELO JUNIOR et al., 2006).

As conclusões de DeLee e Pomeroy passaram a ser aceitas como verdade incontestáveis e disseminada em todo mundo, transcritas em tratados de obstetrícia, embora não existissem comprovações científicas da segurança e nem da efetividade do procedimento (AMORIN e KATZ, 2008).

A utilização da episiotomia cresceu consideravelmente a partir da década de 1950 devido a ideia de muitos médicos de que a sua realização reduzia significativamente o período expulsivo do parto, o que lhes permitiria atender a demanda mais rapidamente (MYERS e HELFGOTT, 1999). Vale também lembrar que o uso se tornou bem mais frequente com a adoção do parto em posição horizontal e da prática sistemática do fórceps de alívio, fazendo-se necessária a obtenção de “espaço extra” para a manipulação vaginal. Já o próprio uso de fórceps também se tornou mais recorrente em partos hospitalares, devido à utilização de técnicas de anestesia que prejudicavam os esforços expulsivos maternos por terem como efeito colateral certo grau bloqueio da contração muscular (AMORIN e KATZ, 2008).

Dessa forma, fica claro que uma técnica desenvolvida para ser utilizada de forma eventual se disseminou e se tornou rotineira sem que houvesse comprovação de sua segurança tão pouco de sua eficácia. Se propagou concomitantemente a prática do fórceps de alívio visando encurtar o tempo do trabalho de parto e beneficiar aos obstetras que podem então atender a uma demanda maior, não sendo levados em consideração os problemas que a técnica poderia causar à mãe.

O número de episiotomias só passou a reduzir a partir da década de 1970, devido a contestação do procedimento pelos movimentos feministas e pelas campanhas pró parto ativo. Junto a isso foram publicados os primeiros estudos clínicos bem conduzidos sobre o assunto, que apontaram para a falta de evidências quanto a sua

eficácia e alertaram sobre os riscos associados a sua prática, com isso, passou-se a questionar o uso rotineiro da episiotomia (AMORIN e KATZ, 2008; RIMOLO, 2011).

## 2.2 Incidência

A Organização Mundial de Saúde sugere uma taxa ideal de realização da episiotomia nos diversos serviços de saúde em torno de 10% a 15% (OMS, 1996), realidade em muitos países europeus. Infelizmente, no Brasil, em alguns locais, a situação é ainda distante do preconizado pela OMS, e o procedimento é realizado em, aproximadamente, 94% dos partos vaginais (DINIZ, 2004).

Na atualidade, as taxas de episiotomia variam em todo o mundo e vão de 9,7% na Suécia a 96,2% no Equador. A incidência é menor em países desenvolvidos como Canadá (23,8%) e Estados Unidos (32,7%) e significativamente maior em países em desenvolvimento como Brasil (94,2%), África do Sul (63,3%) e China (82%) (BASTON e HALL, 2011)

Costa et al (2011), relatou percentual de realização da episiotomia de 90% nos partos vaginais no Brasil. Observa-se nesse estudo que houve um declínio considerável, embora não satisfatório, pois essa prática ainda continua sendo utilizada em níveis extremamente elevados nas maternidades do Brasil.

Embora as recomendações sobre a realização da episiotomia sejam restritivas, sua frequência continua elevada. Não há consenso na literatura em relação à frequência ideal, porém, ao se considerar as restrições de indicações específicas, encontra-se que 20% já seria um número razoável (CARVALHO et al.,2010).

Carvalho, Souza e Moraes Filho (2010) avaliaram ainda a prevalência da episiotomia em um centro de referência de parto de Pernambuco, o resultado foi de 29,1%. Percebe-se que houve uma redução, considerada como ponto positivo pelo Ministério da Saúde e pela OMS, e que a incidência não é homogênea em todo país, e sim dependente do local em questão.

A incidência no Brasil, portando, supera em mais de 6 vezes a recomendação da OMS e mais de 9 vezes a incidência em países desenvolvidos, como a Suécia. Essa desproporção deixa claro que o país precisa avançar muito na formação de seus obstetras e dar ênfase em um modelo de cuidado mais humanizado que priorize o bem-estar da paciente.

## 2.3 Critérios e Variáveis para a Realização da Episiotomia

Estudos mais recentes têm demonstrado que a relação custo-benefício do procedimento de episiotomia é desfavorável (BALLESTEROS-MESEGUER et al. 2016) O uso rotineiro da prática não acarreta, de modo geral, bons resultados para as pacientes no puerpério. Atualmente esse procedimento tem sido reavaliado e utilizado com mais critério, além de ser substituído pela utilização seletiva direcionada por variáveis clínicas. Tais variáveis ainda estão sendo estudadas para oferecer mais

evidências e credibilidade científica.

Existem muitos fatores obstétricos que propiciam maior probabilidade do uso da episiotomia pelos profissionais da saúde no momento do parto (RIMOLO et al. 2011). Alguns desses fatores são: sofrimento fetal, macrosomia, expulsão fetal lenta, prematuridade, necessidade de abreviar o período expulsivo, distócia de ombro, utilização do fórceps, risco de laceração perineal espontânea, primiparidade, exaustão materna, períneo pouco elástico e outros.

O quadro a seguir discute alguns desses fatores:

Variável Obstétrica	Indicação para a episiotomia
Paridade	Em primíparas a incidência de episiotomia tende a ser maior em comparação com as múltiparas
Idade Gestacional	Há uma tendência maior de realizar a episiotomia em partos pós-termos (> 41 semanas) em comparação com partos a termos (37 a 41 semanas)
Início do parto	Em partos induzidos ou estimulados a realização de episiotomia é maior em comparação com partos espontâneos
Tipo de analgesia	Há uma tendência maior à realização da episiotomia nos partos com analgesia epidural em relação àqueles sem analgesia ou com anestesia local (perineal)
Administração de ocitocina	Em partos nos quais há uso da ocitocina para estimular as contrações uterina há maior ocorrência da realização de episiotomia em comparação com o não uso
Posição da paciente durante a fase de expulsão fetal	Há uma maior tendência de realizar a episiotomia na posição de litotomia. Em outras posições (supino, sentada, lateral, em pé, agachada e quadrúpede) estão associadas ao uso menos frequente da episiotomia.
Peso do neonato	Em neonatos com peso inferior a 2500 g a tendência é a não realização da episiotomia. Em comparação, há maior tendência em realizar a episiotomia nos partos com neonatos pesando acima entre 2500 a 4000 g ou acima de 4000g
Nível de instrumentação do parto normal	Há maior tendência de realização da episiotomia em partos instrumentados (como o uso do fórceps) se comparado a partos não instrumentados.

É importante ressaltar que em pacientes primíparas a episiotomia aumenta o risco de lacerações no parto seguinte e também amplia a possibilidade da realização desse mesmo procedimento no futuro (BALLESTEROS-MESEGUER et al. 2016).

Com relação ao horário do parto foi observado que no período diurno (dez da manhã até dez da noite) há maior ocorrência de episiotomia em comparação com o período noturno. A explicação para isso se deve ao fato de que no período diurno há maior demanda de serviço médico por causa do elevado fluxo de pacientes nesse período. Com isso, os profissionais demonstram menor tolerância e maior propensão em utilizar técnicas que acelerem o trabalho de parto, entre elas a episiotomia (MELO JÚNIOR et al. 2006). Isso constitui um grave problema na prestação dos serviços de saúde devido ao fluxo desproporcional à capacidade de atendimento, o que acaba comprometendo a qualidade do atendimento oferecido. Por outro lado, há ainda conservadorismo por parte dos profissionais em relação ao uso da episiotomia

que, apesar de consolidada pelo uso empírico ao longo de décadas, atualmente há comprovação dos malefícios que o procedimento pode provocar no puerpério. Tal tradicionalismo médico gera um hiato entre a evidência científica e sua devida aplicação na prática médica.

## 2.4 Complicações Pós-Episiotomia

As complicações que envolvem a episiotomia são diversas e podem oferecer risco para as pacientes no puerpério. As possíveis complicações são: infecções, lacerações do períneo em grau III e IV, deiscência, abscesso, hemorragia, lesão de terminações nervosas (nervo pudendo), fístula retovaginal e outras (VIANA et al 2011).

Como a vascularização da vulva, vagina e períneo aumenta durante a gravidez a episiotomia pode provocar perda de sangue adicional na paciente, além da possibilidade da formação de um hematoma, o que pode gerar dor.

O corte também pode predispor a infecção, já que a região apresenta rica colonização por diversos microorganismos (microbiota vaginal, cutânea e retal). Isso pode gerar febre, secreção purulenta e inflamação no local, que se não for tratada devidamente, pode provocar sinais sistêmicos. A episiotomia também pode lesionar terminações do nervo perineal e ramos do nervo pudendo. Isso pode provocar perda de sensibilidade no local e atrapalhar relações sexuais.

A ocorrência de laceração perineal nas pacientes que realizaram episiotomia é cerca de sete vezes maior em comparação com as que não realizaram (CARVALHO et al 2010 em COSTA et al 2015). As lacerações de grau 3 e 4 afetam esfíncter anal e mucosa retal podendo provocar vários problemas como incontinência fecal, incontinência urinária, fístulas retovaginais, dispaneuria, dor perineal e outros. Tais lacerações ocorrem com mais frequência nas episiotomias medianas do que nas médio-laterais. Entretanto, quando o procedimento é evitado esse problema tem baixa incidência.

Podem ocorrer impactos negativos, em termos físicos, nas pacientes por causa dos danos relacionados às marcas cicatriciais deixadas pelo procedimento. Isso pode gerar problemas estéticos e anatômicos, além de afetar a autoestima, relacionamento sexual da paciente com o parceiro provocando constrangimento para a mulher (LOPES et al.2012 apud COSTA et al 2015).

Além dos efeitos negativos na parte estética, existem os danos psicológicos sobre as primíparas, pois têm seus direitos sexuais e reprodutivos violados por se tratar de uma intervenção sem o consentimento da paciente (FIGUEREIRO et al., 2011 em COSTA et al 2015).

Outros problemas acarretados pela episiotomia são: utilização e prolongamento do uso de sondas urinárias, uso de anestésicos mais potentes, maior tempo de internação e necessidade de antibioticoterapia (CARVALHO et al 2010 em COSTA et al 2015).

## 2.5 Alternativas e Mudanças

Não obstante a falta de evidências sólidas para a indicação da episiotomia irrestritamente, livros-texto rotineiros no processo de educação médica ainda preconizam tal atitude, como em Zugaib (2008), em que pese o bem-estar da mulher e seus direitos reprodutivos (SANTOS e SHIMO, 2008). É notável, portanto, considerar sua prática indiscriminada como exemplo crasso de desrespeito aos direitos humanos no tocante às práticas em saúde (DINIZ, 2004).

Diante desse quadro, fica claro que a prática da episiotomia guiada pelas melhores evidências e análise singular de cada caso esbarra em relutância e, até mesmo, ignorância por parte das equipes obstétricas, tendo em vista o manual de assistência ao parto, que aconselha o procedimento em situações como sofrimento fetal, lesão grave de períneo e fase expulsiva alongada (OMS, 1996). No entanto, estas situações não estão tão bem sedimentadas a ponto de serem inquestionáveis, como, por exemplo, em casos de laceração perineal iminente (ANTHUBER, 2004 apud CARVALHO et al, 2010). Além das implicações cirúrgicas envolvidas na tomada de decisão, é salutar reforçar o papel da mulher enquanto atuante no processo de escolha, sendo respeitada, portanto, sua autonomia e seu consentimento (BRASIL, 2001) no processo de aceitação ou não de tais intervenções, tendo em vista que muitas das vezes, sob a égide da (má) ciência, os médicos implicam em escolha que não estão em consonância com a vontade da parturiente (SANTOS e SHIMO, 2008).

É preciso, portanto, entender os anseios da paciente e melhor preparar a equipe multidisciplinar para evitar procedimentos desnecessários, com vistas à diminuição da prática de episiotomia de rotina (CHIGBU et al, 2008). O uso da técnica deve ser melhor delimitado, seguindo indicações específicas e com o maior grau de evidência possível (MELO et al, 2006), pois a área ainda carece de maiores estudos para uma abordagem mais satisfatória acerca da prática suas próprias atitudes, tendo em vista que estas, muitas vezes, são praticadas de forma arrefletida, desconsiderando os últimos trabalhos da área e piorando a relação com paciente e família (KHRESHEH et al, 2009). Como descrito por MELO e colaboradores (2006) a sensibilização dos profissionais é importante para desenvolver a empatia e a tomada de decisão compartilhada. Por último, faz-se necessária a racionalização na criação de medidas que, efetivamente, garantam o cumprimento das normas e protocolos mais condizentes com a prática de episiotomia, tendo como princípios a não-maleficência, o tratamento individualizado e humanizado da parturiente (SANTOS e SHIMO, 2008).

## 3 | CONCLUSÃO

Apesar da prática ser procedimento padrão nos centros obstétricos mundo afora, a episiotomia de rotina é cada vez mais desaconselhada pelas novas diretrizes que

preconizadas pelas principais organizações de saúde, embora haja enorme relutância da classe médica. As novas evidências, baseadas em observacionais com grandes amostras, sugerem o rompimento desse paradigma, tendo a decisão compartilhada e a indicação seletiva como pontos-chave na atuação multidisciplinar da equipe obstétrica, com vistas à melhor puerpério e recuperação da parturiente. Contudo, não restam dúvidas que são necessários mais estudos com vistas à sedimentação dessas novas diretrizes de indicação individualizada, proporcionando a racionalização dos gastos dos sistemas de saúde e menores indicadores de comorbidades pós-intervenções obstétricas.

## REFERÊNCIAS

AMORIN, M.M.R; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, v.36, n.1, p.47-54, 2008.

BALLESTEROS-MESEGUER, C.; CAMILLO-GARCIA, C.; MESENGUER-DE-PEDRO, M.; CANTERAS, M.J.; ROCHE, M.E. . Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto ,v. 24, 2016.

BASTON, H.; HALL, J. **O parto: uma abordagem humanizada**. Elsevier: Rio de Janeiro v.3, 2011.

**BRASIL**. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento, Cadernos HumanizaSUS, Brasília, v.4, 465p., 2014.

**BRASIL**. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.

CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A.S.R.; MORAIS FILHO, O.B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina** v.38, n. 5, p.265-270, 2010.

COSTA, N. M. Episiotomia nos partos normais: uma revisão de literatura. **Facene/Famene**, v. 9, n. 2, p. 45-50, 2011.

COSTA, L. M; PINHEIRO, N.M.; SANTOS, L.F.P.; COSTA,S.A.A.; FERNANDES, A.M.G. Episiotomia no parto normal: incidência e complicações. **Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**, Natal, v. 13, n. 1, p.173-187, 2015.

CHIGBU, B.; ONWERE, S.; ALUKA, C.; KAMANU, C.; ADIBE, E. Factors influencing the use of episiotomy during vaginal delivery in South Eastern Nigeria. **East Africa Medical Journal**, Aba, v.85, n.5, p.240-243, 2008.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista brasileira de crescimento desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, S.G.; CHACHAM, A.S. “The cut above” and “the cut below”: the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. **Reproductive Health Matters**, London, v.12, n.23, p.100-110, 2004.

FRASS, K. A.; AL-HARAZI, A. H. Episiotomy is still performed routinely in Yemeni women. **Saudi Medical Journal**, Sana’a, v.31, n.7, p.764-767, 2010.

JUNIOR, E. F. M.; LIMA, M.C.; FREIRE S. Fatores associados à realização seletiva de episiotomia em hospital universitário. **Revista Ciência Médica**, v.15, n.2, p.95-101, 2006.

- LABRECQUE, K.J. Episiotomia de rotina: as evidências contra. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 43-50, 2000
- LAGO, T; LIMA, L.P. Assistência a gestação, ao parto e puerpério: diferenças regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**, Brasília. p.151-170, 2009.
- KHRESHEH, R.; HOMER, C.; BARCLAY, L. A comparison of labour and birth outcomes in Jordan with WHO guidelines: a descriptive study using a new birth record. **Midwifery**, v.25, n. p.11-18, 2009.
- MATTAR, R.; AQUINO, M.M.A.; MESQUITA, M.R.S.M. A prática da episiotomia no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.29, n.1, p.1-2, 2007.
- MELO JUNIOR, E.F.; LIMA, M.C.; FREIRE, S. Fatores associados a realização seletiva da episiotomia em hospital universitário. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v.15, n.2, p.95-101, 2006.
- MYERS-HELFGOTT, M.; HELFGOTT, W. Routine use of episiotomy in modern obstetrics. Should it be performed? **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v.26. p.305-325, 1999.
- NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 2000, p. 190-212.
- NUGENT, F. The primiparous perineum after forceps delivery. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, New York, v.30, p.249-254, 1935.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. **Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Genebra, 1996.
- PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. de A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, 2010.
- PROGIANTI, J.M.; ARAÚJO, L.M.; MOUTA, R.J.O. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.45-49, 2008.
- RABELO, L. R.; OLIVEIRA, D. L. de. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 213-220, mar. 2010.
- REDE DO PARTO DO PRINCÍPIO – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Violência Obstétrica: “Parirás com dor”. **Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres**, Brasília, 188p., 2012.
- RIMOLO, M.L. *Crerios para realização da episiotomia: uma revisão integrativa*, 2011, 50f. Trabalho de conclusão de curso - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- SANTOS, J.O.; SHIMO, A.K.K. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 645-650, 2008.
- SOARES, B.P.; VASCONCELOS, T. C.; QUARESMA, J. S.; RODRIGUES, R.L.S.; ALCÂNTARA, J.P.B.; COSTA, M.Q. Violência obstétrica e suas implicações. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Montes Claros, v. 4, p.93-94, 2015.
- SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, 2007.

VIANA, I. O.; QUINTÃO, A.; ANDRADE, C.R.A.; FERREIRA, F.A.; DUMONT, R.D.; FERRAZ, F.O.; LOBATO, H.; PRADO, C.E.V.; OSANAN, G.C. Episiotomia e suas complicações: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.21, n.4, p.43-46, 2011.

VICTORA, C.G.; ESTELA, M.L.; AQUINO, M.C.L.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. **Saúde de mães e crianças no Brasil**: progressos e desafios. Saúde no Brasil, Pelotas, v.2, p.32-46, 2011.

ZUGAIB, M. Assistência ao trabalho de parto. In: **Obstetrícia**. São Paulo: Manole, p. 362-372, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality**: 1990 to 2010 WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva, p. 59, 2012.

## SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON EM UM PACIENTE COM ARTRITE GOTOSA: UM RELATO DE CASO

### **Marcus Henrique Bandeira Dourado**

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

### **Murilo Lima Diniz Barbosa Romero**

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

### **Renata Brito Marinho**

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

### **João Menezes Júnior**

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

### **Aldicléya Lima Luz**

Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

**INTRODUÇÃO:** A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é reação cutânea grave, caracterizada por exantema eritematoso disseminado, com acometimento centrífugo e lesões em alvo, sendo a mucosa oral, ocular e genital os principais locais de acometimento. Acometem pacientes de todas as idades, raças e sexo, e estão relacionadas principalmente ao uso de fármacos. A incidência de casos no Brasil varia de 1,2-6 pessoas por milhão/ano.

**OBJETIVO:** Descrever um relato de caso de uma farmacodermia observada durante uma atividade prática extracurricular. **DESCRIÇÃO**

**DO CASO CLÍNICO:** D.M.S., 35 anos,

masculino, natural de Imperatriz-MA, admitido no Hospital Municipal de Imperatriz, queixando-se de manchas difusas na pele e dor. Paciente referiu que após refeição noturna começou a sentir cefaleia de moderada intensidade. Tentou aliviá-la tomando Dorflex, porém, após o uso desse fármaco, surgiram máculas eritematosas na mucosa oral, região cervical, dorso e abdome, punho dos membros superiores e região dorsal dos membros inferiores. Referiu episódio semelhante há um ano, no qual ficou internado 3 meses em um Hospital em Palmas-TO. Paciente tem antecedente de Artrite Gotosa e alergia a Sulfa, Anador, Nimesulida, Cefalexina. O paciente foi internado e tratado, tendo alta 2 semanas após a entrada no Hospital.

**CONCLUSÃO:** A SSJ se caracteriza como uma emergência dermatológica frequentemente isolada ou associada a outras doenças. Nesse sentido, o conhecimento de seu adequado manuseio e cuidados deve fazer parte da rotina médica.

## CINQUENTA ANOS DA LAGOQUILASCARIÍASE NO BRASIL (1968-2018)

### **Darlan Morais Oliveira**

Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará  
Marabá - Pará

### **Jussara da Silva Nascimento Araújo**

Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará  
Marabá - Pará

### **Alice Silau Amoury Neta**

Bolsista CAPES - Universidade Federal do Sul e  
Sudeste do Pará  
Marabá - Pará

### **Jael Sanches Nunes**

Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará  
Marabá - Pará

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi reunir informações da lagoquilascaríase. Para tanto, realizou-se revisão integrativa da literatura, na qual foram selecionadas 48 publicações. Por meio desse procedimento foi possível evidenciar o agente etiológico, sua epidemiologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento da doença, carecendo ainda de informações sobre seu ciclo.

**PALAVRAS-CHAVE:** *Lagochilascaris minor*. Doença Rural/Amazônica. Ciclo Indeterminado

**ABSTRACT:** The objective of this study was to gather information from the lagoquilascariasis. For that, an integrative review of the literature was carried out, where 48 publications were

selected. Through the review it was possible to highlight the etiologic agent, its epidemiology, clinical picture, diagnosis and treatment of the disease, still lacking information about its cycle.

**KEYWORDS:** *Lagochilascaris minor*. Rural / Amazon disease. Undetermined Cycle

### **1 | INTRODUÇÃO:**

A lagoquilascaríase é zoonose latino-americana, causada pelo nematódeo *Lagochilascaris minor*. Descoberta em 1909 em Trinidad e Tobago, notificou-se o primeiro caso brasileiro no estado de São Paulo em 1968 (PALHETA NETO et al, 2002). No entanto, após 50 anos no Brasil, percebe-se que é uma moléstia pouco conhecida, e praticamente nunca estudada e divulgada fora do meio acadêmico, fatores que justificam o seu estudo. Nesse contexto, indaga-se: o que se sabe sobre a lagoquilascaríase no Brasil? Desse modo este estudo bibliográfico objetiva reunir informações básicas sobre a lagoquilascaríase no Brasil.

### **2 | METODOLOGIA**

Procedeu-se a Revisão Integrativa da Literatura, utilizando-se fontes provenientes

de biblioteca acadêmica de uma Instituição de Ensino Superior do estado do Maranhão, bem como sites acadêmicos, usando-se os seguintes termos indexadores: lagoquilascaríase; *Lagochilascaris minor*; *Lagochilascaris*; lagochilascariose.

Aplicou-se como critérios de inclusão: estudos brasileiros publicados entre 1968 – 2018; estudos sobre casos clínicos em humanos; estudos sobre casos clínicos em animais; revisões de literatura descrevendo casos clínicos e informações básicas sobre a zoonose; análises laboratoriais resultantes no encontro do parasito em questão. Excluindo-se: estudos sobre casos clínicos estrangeiros e estudos repetidos (várias publicações citando os mesmos casos clínicos). Foram obtidas 48 publicações, sendo 2 livros provenientes da biblioteca acadêmica, 22 artigos oriundos do Google Acadêmico, 20 do Scielo, 1 do Lilacs e 3 do PubMed.

### 3 | REVISÃO DE LITERATURA

O Brasil alberga 98 dos 127 ocorrências mundiais de lagoquilascaríase humana, sendo o Pará com 61 casos, portanto o estado com mais notificações. É uma doença emergente, de jovens (geralmente acomete a faixa de 0-19 anos), predominante na zona rural da Amazônia Legal, sem notificação compulsória e portanto difícil encontrar novos casos e definir sua dimensão nacional (TONELLI; FREIRE, 2000; LEÃO, 2016; LEÃO et al, 2017).

É uma patologia severa cujo quadro clínico se caracteriza principalmente por tumores e fístulas no pescoço, mastoide e ouvido, podendo haver quadros de manifestações pulmonares, desde tosse até insuficiência respiratória, e manifestações cerebrais, de convulsões a paralisia de nervos (PALHETA NETO, 2002)

Dois óbitos brasileiros forma encontrados nesta revisão, um por infecção pulmonar e outro por infecção cerebral, sendo encontrados diversos estágios do parasito na autopsia dos órgãos afetados, como ovos, larvas, adultos e fêmeas grávidas, evidenciando a autoinfecção no hospedeiro (POÇO; CAMPOS, 1998; MORAES et al, 1985).

O ciclo dessa parasitose é indeterminado, porém, experimentos laboratoriais exitosos em macacos, gatos e roedores sugerem ciclo heteroxênico, de modo que roedores seriam os hospedeiros intermediários e carnívoros, definitivos, logo, o homem seria um hospedeiro acidental que se infectaria ao se alimentar de carne roedores silvestres mal passados (POÇO; CAMPOS, 1998; BARBOSA et al 2005; LEÃO et al, 1978).

Essa patologia é confundida principalmente com tuberculose e leishmaniose além de outras infecções, por isso seu diagnóstico pode ocorrer por anamnese, investigando-se a origem e hábitos alimentares do paciente e pela avaliação de vermes expelidos pelas lesões. Seu tratamento é a base de cambendazol, levamisol, dealbendazol e ivermectina, geralmente associados, podendo haver reincidência e

evolução crônica da doença, no prazo de 5 a 20 anos, após aparente cura. A profilaxia recomenda principalmente adequada cocção de carne de caças antes da ingestão e bons hábitos de higiene (POÇO, CAMPOS, 1998; PALHETA NETO, 2002; REY, 2011).

Em animais notificou-se 1 caso em cão e aproximadamente 25 em gatos, sendo 3 casos incertos pois não foi definido se o agente etiológico encontrado pertencia a espécie *L. minor* ou *L. major*, com maior número de notificações no estado do Rio Grande do Sul, 20 no total. Resultados estes calculados a partir dos relatos descritos Fraiha et al, 1989, Reis et al, 2011, Sudré et al, 2012, Furtado et al, 2015, Faccio et al, 2013 e Trindade et al, 2017. Na maioria dos casos os animais provinham de regiões rurais ou suburbanas.

Em outros contextos foram encontrados supostos ovos de *L. minor* em fezes de mocó - roedor silvestre (SALDANHA, 2016), em solo de praças urbanas (REGO, GOMES, 2017) e em águas de rio contaminado por esgoto doméstico (CHAIN et al, 2017).

Além de todas informações anteriores, a confluência de resultados das pesquisas permitiram realizar novas discussões sobre o tema. Muito embora autores como Poço e Campos (1998) indiquem a região dos vales dos rios Araguaia e Tocantins na Amazônia brasileira como ambiente ideal para a ecologia desse nematódeo, dado o grande número de casos de lagoquilascariose humana provenientes dessa área, foi possível observar nesta revisão que o parasita ocorre praticamente em todo Brasil, ainda que em pequenas quantidades de casos clínicos ou achados aleatórios fora da Amazônia Legal.

Foram encontradas ocorrências e menções de ocorrências do *L. minor*, em todas as Unidades Federativas das regiões Centro-Oeste e Norte (exceto Amazonas), além dos estados do Maranhão, Paraíba, Piauí, Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul.

Alguns municípios também se destacam pela concentração de casos da parasitose em estudo. Marabá/PA e Xinguara/PA contabilizaram 14 casos humanos, 07 ocorrências para cada município, enquanto que em Pelotas/RS 18 incidências em gatos foram localizadas nesta revisão.

O fato de serem encontrados ovos de *L. minor* em fezes de roedores e autoinfecção em humanos e gatos, pode indicar que seu ciclo não seria heteroxênico na natureza, haja vista que esse helminto possa se reproduzir em qualquer de seus hospedeiros.

O *L. minor* é um dos raros casos de helmintos que podem parasitar e se reproduzir em várias partes do corpo humano, entre regiões anatômicas, órgãos e glândulas. Ao todo nesta pesquisa foram contadas 23 partes do corpo que podem ser atacadas diretamente pelo helminto, além daquelas já citadas anteriormente, constam na literatura: cerebelo, fígado, rim, baço, ovário, tuba auditiva, mama, ossos das vertebrae e crânio, rinofaringe, orofaringe, seios paranasais, base do crânio, mento, parótida, glândula submandibular, olhos e alvéolo dentário

Devido a essa versatilidade em infectar várias partes do corpo, seu quadro clínico pode se caracterizar ainda por meio de infecções específicas no órgão afetado, por exemplo a amigdalite e sinusite (PALHETA NETO, 2002). Dessa forma outros métodos diagnósticos também são úteis, tais como a radiografia e tomografia computadorizada várias vezes mencionados nos trabalhos desta revisão. Ainda nesse contexto, hemogramas praticamente não possuem eficiência no diagnóstico pois podem apresentar resultados contrastantes de paciente para paciente, indo da normalidade a quadros de anemia, eosinofilia, aneosinofilia, linfocitose e leucopenia.

Outra informação relevante encontrada é que nos casos clínicos humanos a anamnese demonstrou que os pacientes não apenas provinham de zonas rurais e alimentavam-se de carnes de caças, mas também muitos viviam em precárias condições sanitárias e socioeconômicas, o que provavelmente constitui um fator determinante para haver maior incidência de lagochilascariose humana na Região Norte onde o baixo saneamento rural e a extrema pobreza se destacam em relação a outras regiões (FUNASA, 2018).

#### 4 | CONCLUSÃO

Esta revisão reuniu informações fundamentais sobre a lagoquilascariase no Brasil. Sabe-se sobre esta enfermidade seu agente etiológico, sua epidemiologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento. Porém há uma grande lacuna sobre seu ciclo natural. Em sua ecologia também há uma pequena inconsistência, quanto ao fato de seu agente ser considerado adaptado a região amazônica, porém o mesmo surge basicamente em todo o Brasil. Portanto, novas pesquisas são necessárias para solucionar as dúvidas sobre essa zoonose.

Recomenda-se ainda o estudo dessa parasitose não apenas a nível de ensino superior como já acontece, mas também na educação básica desenvolvida especialmente no segmento da educação no campo em áreas rurais amazônicas, onde existe um público mais exposto a doença, disseminando assim conhecimento à sociedade.

#### REFERÊNCIAS

BARBOSA, C. **Gato doméstico (*Felis catus domesticus*) como possível reservatório de *Lagochilascaris minor* Leiper (1909)**. Revista De Patologia Tropical, v. 34, n. 3, p. 205-211. set/dez. 2005.

CHAIN et al. **Deteção de parasitas em esgoto doméstico e em águas de um rio receptor na cidade de Divinópolis/ MG**. In: CONGRESSO DE FARMÁCIA E BIOQUÍMICA DE MINAS GERAIS, 14., 2017, Belo Horizonte. **Anais [...]** Belo Horizonte: Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais, 2017.

FACCIO, L. et al. Case report: **Feline infection by *Lagochilascaris* sp. in the State of Rio Grande**

do Sul, Brazil. Vet Parasitol, v. 196, p. 541–543, 2013

FRAIHA, H. **Lagoquilascariase humana e dos animais domésticos**. Zoon. Revista Internacional, v. 1, n. 1, p. 25-33, 1989.

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde. **Panorama do Saneamento Rural no Brasil**. Disponível em: [www.funasa.gov.br:8080/panorama-do-saneamento-rural-no-brasil](http://www.funasa.gov.br:8080/panorama-do-saneamento-rural-no-brasil). Acesso em: 12 set. 2018.

FURTADO, S.K et al. **Infecção natural por *Lagochilascaris spp* (Leiper, 1909) EM gatos domésticos (*Felis catus*) em Campina Grande do Sul e Morretes, Paraná**. Revista Eletrônica Biociências, Biotecnologia e Saúde, Curitiba, n. 12, p. 151-153, maio-ago. 2015.

LEÃO, R. **Infecção humana pelo *Lagochilascaris minor* Leiper, 1909: registro de um caso observado no estado do Pará (Brasil)**. Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo, v. 20, n. 5, p. 300-306, set-out, 1978.

LEÃO, R. et al. **Dez perguntas sobre lagoquilascariase**. Boletim da Sociedade Brasileira de Infectologista, s.v, s.n, p. 18-19, jun, 2017.

LEÃO, R. **Lagochilascariase**. In: CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE INFECTOLOGIA, 6., 2016, São Luis. Comunicação Oral [...]. São Luis: Sociedade Brasileira de Infectologia, 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=FwzaNwg8jxw&t=1168s>.

PALHETA NETO, F. et al. **Contribuição ao estudo da lagoquilascariase humana**. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v. 68, n.1, p. 101-106, jan/fev, 2002.

POÇÔ, J.; CAMPOS, D. ***Lagochilascaris Núnor* Leiper, 1909: Nove Décadas de Revisão Bibliográfica**. Revista de Patologia Tropical. [s. l.], v. 27, n. 1, p. 11-34. jan-jun. 1998..

REGO, F.F.; GOMES, M. R. **Avaliação da presença de ovos e larvas de parasitas intestinais em praças no município de Macapá-AP**. In: Brito et al (Orgs.). **Ciências da Saúde: Resultados dos projetos de iniciação Universidade da Universidade Federal do Amapá (2012-2016)**. Editora Unifap: Macapá, 2017.

REIS, R. et al. ***Lagochilascaris minor* (Nematoda, Ascarididae) em gato doméstico: relato de caso**. Veterinária em Foco, Canoas, v.9, n. 1, p. 43-48, jul./dez. 2011.

REY, L. **Parasitologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SALDANHA, B. **Diversidade de helmintos intestinais em mocós *Kerodon rupestris* (Wied-Neuwied, 1820) no parque nacional serra da capivara, Piauí, Brasil: uma síntese em 30 anos de informação**. 2016. 147f. Dissertação (Mestrado em Microbiologia e Parasitologia) – Universidade Federal Fluminense, Niteroi, 2016.

SUDRÉ, A. P, et al. **Lagochilascariasis in a housecat and the potential risk for human disease**. **Braz J Infect Dis**. v. 16, p. 111–112, 2012

TONELLI, E; FREIRE, L. M. S. **Doenças infecciosas na infância e adolescência**. 2 ed. Medsi: Rio de Janeiro, 2000.

TRINDADE, M. A. et al. ***Lagochilascaris minor* Leiper, 1909 (NEMATODA: ASCARIDIDAE) em gatos domésticos (CARNIVORA: FELIDAE) naturalmente infectados em Pelotas e região, Rio Grande do Sul**. In: Encontro de Pós Graduação, 19., 2017, Pelotas. Anais [...] Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2017.

## LEISHMANIOSE VISCERAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS EM HUMANOS

**Tyanna Maria Bonfim de Moraes**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão

**Cecilma Miranda de Sousa Teixeira**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão

**Raphael Caetano Rosa Abreu**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão

**Talita Pompeu da Silva**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão

**Kleber Augusto Fernandes de Moraes**

Universidade Federal do Pará  
Belém – Pará

**RESUMO:** Objetivou-se definir o Perfil Epidemiológico dos Pacientes acometidos por Leishmaniose Visceral no município de Imperatriz, Maranhão, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. É uma pesquisa com caráter longitudinal, retrospectivo e quantitativo, com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde, em que se obteve uma população de 103 casos. Os resultados demonstraram que a doença foi mais preponderante em indivíduos do sexo masculino, nas idades de 0 a 10 anos e de 19 a 59 anos, com baixo nível de escolaridade e localizados na periferia. Conclui-

se, desse modo, que conhecer estes dados possa contribuir com a sociedade acadêmica e, ademais, com a saúde pública no município como forma de fomentar medidas preventivas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Perfil de Saúde. Leishmaniose Visceral. Medicina Preventiva. Saúde Pública.

### VISCERAL LEISHMANIASIS: EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF HUMAN CASES

**ABSTRACT:** The aim of this study was to define the Epidemiological Profile of Patients accomplished by Visceral Leishmaniasis in the municipality of Imperatriz, Maranhão, from January 2013 to December 2017. It is a longitudinal, retrospective and quantitative study with data from the Aging Information System Ministry of Health, in which a population of 103 cases was obtained. The results showed that the disease was more prevalent in males, aged 0 to 10 years and 19 to 59 years, with low level of schooling and located in the periphery. In conclusion, it is believed that knowing these data can contribute to the academic society, with public health in the municipality as a way of promoting preventive measures.

**KEYWORDS:** Health Profile. Visceral Leishmaniasis. Preventive medicine. Public health.

## INTRODUÇÃO

As leishmanioses são consideradas primariamente zoonoses e podem acometer o ser humano, no momento em que esse se insere no ciclo de transmissão do parasita em questão, tornando-se uma antroponose. Atualmente, encontra-se entre as seis endemias consideradas prioritárias no mundo (BRASIL, 2014).

Para Pastorino *et. al.* (2002), o protozoário causador da LV nas Américas é um parasita intracelular obrigatório, da família Trypanosomatidae, gênero e subgênero *Leishmania* e espécie *chagasi-L.*

Conforme Martins e Lima (2013) a leishmaniose é uma patologia, do tipo infecciosa, que é considerada como zoonótica, estando difundida em todo o mundo e compromete tanto o homem como os animais, sendo, desta forma, ocasionada por protozoários do gênero *Leishmania* e transmitida através de vetores flebotomíneos contaminados e, ademais, a patologia possui um amplo aspecto de manifestações clínicas.

Quanto à classificação a literatura destaca a leishmaniose visceral (LV) e leishmaniose tegumentar (LT) (GONTIJO e CARVALHO, 2003; GONTIJO e MELO, 2004). De acordo com Gontijo e Carvalho (2003), a leishmaniose tegumentar tem extensa distribuição mundial e há registro em quase todo o Continente Americano, com exceção apenas do Chile e Uruguai.

Segundo eles, as contaminações por leishmânias que causam a LTA foram descritas em inúmeras espécies de animais silvestres, sinantrópicos e domésticos (canídeos, felídeos e equídeos), sendo abundantes os registros de infecção em animais domésticos. No entanto, não há evidências científicas que confirmem o papel destes animais como reservatórios das espécies de leishmânias, sendo, portanto, considerados hospedeiros acidentais da patologia.

A propagação da doença se dá a partir da picada do inseto transmissor infectado, não havendo, dessa maneira, difusão pessoa a pessoa. Além disso, notou-se que a doença tem um período de incubação médio de dois a três meses, podendo variar de semanas (duas semanas) ou até anos (dois anos) (BRASIL, 2007)

Para Gontijo e Carvalho (2003), a leishmaniose cutânea é descrita pela presença de lesões exclusivamente na pele, que se originam no ponto de inoculação das promastigotas infectantes, a partir da picada do vetor. A lesão inicial é geralmente única, embora eventualmente múltiplas picadas do flebotomíneo ou a dispersão local possam gerar um número elevado de lesões.

Afirmam ainda, que são frequentes, ainda, as ulcerações com bordas elevadas, endurecidas e fundo de tecido de granulação grosseiro, caracterizando a clássica lesão com borda em moldura. O quadro é usualmente assintomático, prevalecendo em áreas do corpo que mantem-se despidas e se instala em indivíduos de zonas endêmicas ou que lá compareceram recentemente. Os casos, em sua maioria, cursam com a evolução da infecção e, passado o intervalo de latência clínica de vários

meses de duração, manifestam-se as lesões cutâneas e/ou mucosas (GONTIJO; CARVALHO, 2003).

De acordo com Souza *et. al.* (2012), o primeiro sintoma da visceralização é febre baixa recorrente, com dois ou três picos diários que persistem com remissões durante toda a infecção pelo protozoário. A febre é o sintoma mais notável por conta da sua característica irregular ou remitente. A segunda manifestação mais importante no desenvolvimento da patologia é a esplenomegalia, que costuma ser em maior escala e mais evidente que a hepatomegalia.

Em se tratando da Leishmaniose Visceral, o Ministério da Saúde destaca que dada a sua ocorrência e alta mortalidade, sobretudo na população não tratada e em crianças desnutridas, sendo considerada emergente, também, em indivíduos portadores da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), tornando-a uma das doenças mais importantes da contemporaneidade. Ressalta-se ainda, que na América Latina, a doença já foi descrita em pelo menos 12 países, sendo que 90% dos casos ocorrem no Brasil, especialmente na Região Nordeste (BRASIL, 2014). O que justificou a realização dessa pesquisa, cujos objetivos foram definir o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos pela Leishmaniose Visceral no município de Imperatriz – MA, caracterizar os pacientes acometidos pela Leishmaniose Visceral, em relação a sexo, faixa etária, fatores socioeconômico e atenção à saúde, avaliar se as medidas públicas de medicina preventiva estão sendo suficientes para o controle da doença na região.

## **METODOLOGIA**

Metodologicamente se trata de um estudo epidemiológico de caráter longitudinal e retrospectivo, que para Hochman *et. al.* (2005), são estudos em que existe uma seqüência temporal conhecida. Já a pesquisa retrospectiva é aquela em que se realiza o estudo a partir de registros do passado. Quanto à abordagem, o estudo foi quantitativo, que de acordo com Gerhardt e Silveira (2009), é uma pesquisa em que os resultados podem ser quantificados.

Os dados coletados foram a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN – da Regional de Saúde do município de Imperatriz-MA, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 e contou com informações sociodemográficas e outros aspectos relacionados à dados evolutivos.

A amostra da pesquisa foi constituída por pacientes com o diagnóstico de Leishmaniose Visceral, no período do estudo, sendo esses os critérios de inclusão. E excluídos do estudo consta todos os demais dados que encontravam-se fora dos critérios de inclusão.

Quanto ao aspecto ético, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética, através da Plataforma Brasil. Ressalta-se, contudo, que a presente pesquisa não apresentou riscos para os pacientes, uma vez que para a mesma utilizou-se

somente os dados já existentes e não teve contato com os pacientes acometidos pela patologia.

E, com relação a análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva disponibilizada pelo programa de 2007, Microsoft Excel®. Analisou-se os dados, a partir de agrupamentos segundo, faixa etária, sexo, local de residência, nível de instrução e gestação. E, em relação à patologia, agrupou-se de acordo com o número de casos por ano de notificação e evolução do doente.

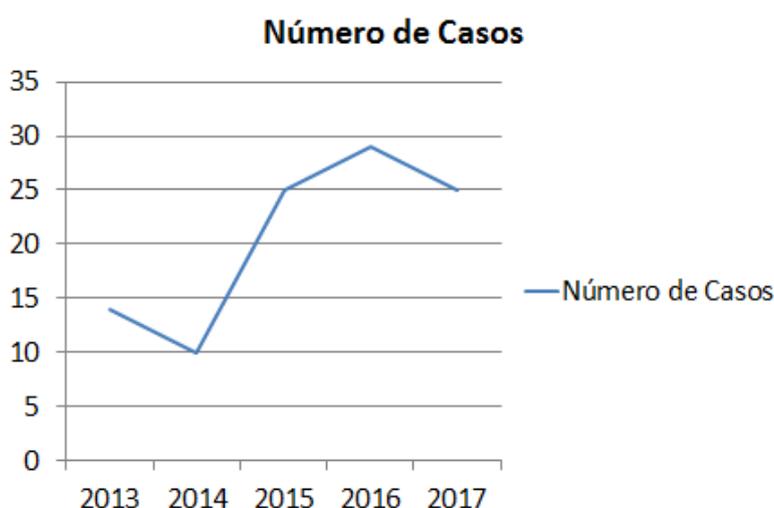
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados foram analisados e os resultados apresentados em forma de gráficos e tabelas. Durante o estudo, observou-se tendência crescente da doença, sendo que os maiores percentuais foram registrados durante os três últimos anos analisados, ou seja, de 2015 a 2017. Em 2015 (n=25, 24,3%), 2016 (n=29, 28,1%) e 2017 (n=25, 24,3%), como apresentado no gráfico 1.

Observou-se, desta forma, que houve aumento do número de casos de Leishmaniose Visceral nos três últimos anos, o que demonstrou um processo de urbanização do vetor ao longo do tempo, fato sugestivo de medidas ineficazes para o controle da situação.

Estes dados estão de acordo com o estudo de Botelho e Natal (2009), realizado em Campo Grande – MS, que apresentou um comportamento ascendente nos anos estudados, com tendência a estabilização nos dois últimos anos, porém sem sinal de diminuição no coeficiente de incidência.

Entretanto, divergiu em parte, do resultado encontrado por Oliveira (2010), no estudo realizado em Paracatu – MG, no qual, embora tenha encontrado uma grande variabilidade na incidência dos casos, identificou uma redução nos últimos anos analisados.



**Gráfico 1** – Número de casos de Leishmaniose Visceral em humanos, no município de Imperatriz-MA, no período de 2013 a 2017.

Fonte: Própria da autora (2018).

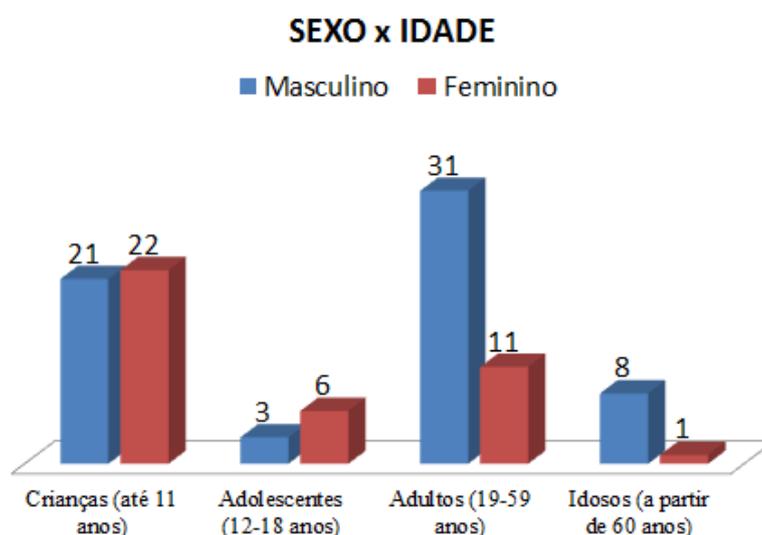
Com relação à distribuição do número de casos da doença por sexo, em Imperatriz, Maranhão, os resultados demonstraram predomínio de casos em pessoas do sexo masculino em todos os anos da amostra. Estes resultados corroboram com o estudo feito por Braga e Araújo, em Fortaleza-Ceará, no período de 2001 a 2007, onde encontraram predominância para o sexo masculino.

Estudos realizados em Paracatu-MG por Oliveira (2010); em Fortaleza-CE por Lima e Batista (2007); em Campo Grande-MS por Botelho e Natal (2009); em Sobral-CE por Oliveira, Dias Neto e Braga (2010) e em São Luís-MA por Silva *et. al.* (2008), observaram que houve predomínio da doença no sexo masculino.

Contudo, na pesquisa realizada em Várzea Grande-MT, por Missawa e Borba (2007), os resultados encontrados demonstraram proximidade entre o sexo masculino e feminino, resultados que divergiram desse estudo. Com isso, acredita-se que a diferença percebida em relação à variável sexo, não se dá em função da susceptibilidade, mas, provavelmente em função de maior exposição aos vetores.

No tangente à faixa etária, os resultados indicaram a prevalência entre as crianças de até 11 anos e nos adultos de 19 a 59 anos. Entretanto, quando relacionado sexo com idade, observou-se a prevalência para o sexo masculino, entre os adultos (n=42, 40,7%) e idosos (n=9, 8,7%), de acordo com o demonstrado no gráfico 2. Diante desses resultados, pode-se inferir que as mulheres, de modo geral, buscam mais assistência à saúde.

Ao comparar os resultados dessa pesquisa com o estudo realizado por Oliveira, Dias Neto e Braga (2010), verificou-se que os dados relacionados à faixa etária estão condizentes com os dados dessa pesquisa. Entretanto, os dados analisados nesse estudo, veio de encontro aos dados da pesquisa de Botelho e Natal (2009), os quais encontraram predomínio em idosos (a partir dos 60 anos).



**Gráfico 2:** Número de casos de Leishmaniose Visceral em humanos, relacionando sexo com faixa etária, em Imperatriz-MA, no período de 2013 a 2017.

**Fonte:** Própria da autora (2018).

No que tange às crianças, de acordo com o Ministério da Saúde, o motivo da maior vulnerabilidade é descrito pela condição de relativa imaturidade imunológica das células, que, além disso, é agravada pela desnutrição, muito prevalente nas regiões endêmicas, amplificado, ainda, de uma alta exposição ao vetor no peridomicílio. Em se tratando dos indivíduos adultos, o comprometimento do mesmo tem repercussão significativa na epidemiologia da leishmaniose visceral pelas formas frustras (oligossintomáticas) ou assintomáticas, acrescidas das formas com manifestação clínica (BRASIL, 2006).

Quando analisado o grau de escolaridade dos indivíduos com leishmaniose visceral no período estudado, observou-se prevalência para o nível de escolaridade do 2º ao 5º ano incompleto (n=18, 17,5%), seguidos para a escolaridade do 6º ao 9º ano incompleto (n=14, 13,6%), com total de 32 casos (31,1% do total da amostra). Contudo, foi observado nesse estudo, resultado significativo para a variável “não se aplica” (n=43, 41,6%) (Tabela 1).

Escolaridade	n	%	
Analfabetos	2	2%	
Ensino Fundamental Incompleto	<b>2º ao 5º ano incompleto</b>	18	17,5%
	<b>5º ano completo</b>	6	5,8%
	<b>6º ao 9º ano incompleto</b>	14	13,6%
Ensino Fundamental Completo	4	4%	
Ensino Médio Incompleto	7	6,7%	
Ensino Médio Completo	5	4,8%	
Ensino Superior Incompleto	2	2%	
Ignorado	2	2%	
Não se Aplica	43	41,6%	

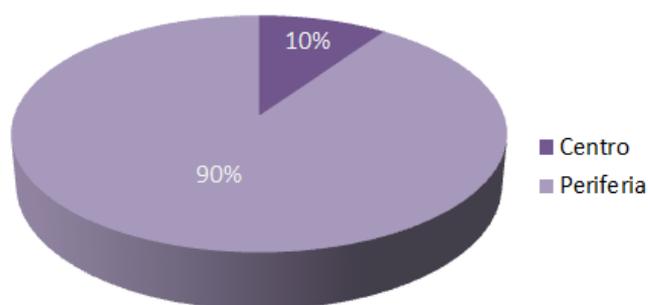
**Tabela 1:** Número de casos de Leishmaniose Visceral em humanos, de acordo com a escolaridade, em Imperatriz-MA, no período de 2013 a 2017.

**Fonte:** Própria da autora (2018).

No que se refere à escolaridade, nossos resultados assemelham-se ao encontrado no estudo de Oliveira (2010), com predomínio da opção “não se aplica”. No entanto, tais resultados divergiram quando analisado a variável 2º ao 5º ano do ensino fundamental incompleto, cuja prevalência encontrada por Oliveira (2010) foi para a alternativa “ignorado”.

Quanto ao local de residência, a maioria dos pacientes (n=174, 90%) do total da amostra, residia na periferia do município do estudo (Gráfico 3). Nesse aspecto, na literatura pesquisada não foram mencionados dados relativos ao local de residência dos casos notificados. No entanto, acredita-se que esse fato possa ser atribuído à ineficiência das medidas de prevenção, sobretudo nas periferias, por serem regiões, de modo geral, menos assistidas.

### Local de Residência



**Gráfico 3:** Percentual de casos de Leishmaniose Visceral em humanos, de acordo com o local de residência, em Imperatriz-MA, no período de 2013 a 2017.

**Fonte:** Própria da autora (2018).

Embora a gestação não seja uma característica específica da epidemiologia, encontrou-se nesse estudo, dois casos (2%) em que as pacientes estavam grávidas (Tabela 2). Dados que assemelharam-se aos resultados do estudo realizado por Cavalvante e Vale (2011), em que foram encontrados casos de gestantes porém, em menor proporção quando comparado à amostra total.

Este fato pode sugerir que mesmo com o comprometimento do sistema imunológico por conta da gestação, o número de casos nessa população é reduzido, fato que pode demonstrar preocupação das gestantes em cuidar da saúde no período gestacional.

Gestação		n	%
Gestante	3º Trimestre	1	1%
	IG Ignorada	1	1%
Não Gestante		15	14,5%
Não se Aplica		86	83,5%

**Tabela 2:** Número de casos de Leishmaniose Visceral em humanos, notificados durante a gestação, em Imperatriz-MA, no período de 2013 a 2017.

**Fonte:** Própria da autora (2018).

Para a notificação da evolução dos casos, durante o período estudado foram registrados 92 casos de leishmaniose visceral, de um total de 103 casos analisados. Destes, 81 casos (78,6%) evoluíram para a cura da patologia, entretanto os casos de óbitos que foram nove (8,7%) foram expressivos. Outro aspecto foi relacionado aos casos com falta de informação (n=11, 10,7%), o qual poderia estar vinculado à ineficiência da notificação (Tabela 3).

EVOLUÇÃO DO CASO	n	%
Cura	81	78,6%
Óbito	9	8,7%
Transferência	2	2%
Sem Informações	11	10,7%

**Tabela 3:** Evolução de casos de Leishmaniose Visceral em Imperatriz-MA, no período de 2013 a 2017.

**Fonte:** Própria da autora (2018).

Tais dados apresentaram pertinência quando comparados com os resultados analisados na pesquisa de Oliveira, Dias Neto e Braga (2010) e com o estudo realizado por Ursine *et. al.* (2012), em Diamantina-MG, em cujos resultados evoluiu para a cura da doença, seguidos de ignorado, óbito e transferência, respectivamente.

Supõe-se, com isso, que o resultado “ignorado”, contido na evolução dos casos, na ficha de notificação, possa ser atribuído à provável ineficiência na qualidade dos registros do Sistema de Informação em Saúde.

## CONCLUSÃO

Após a análise dos resultados, concluiu-se que o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos pela Leishmaniose Visceral no município de Imperatriz, Maranhão, foi caracterizado por pacientes do sexo masculino, sobretudo em crianças de até 11 anos e adultos de 19 a 59 anos, com nível de escolaridade no ensino fundamental incompleto e moradores da periferia. Que embora a maioria dos casos tenha evoluído para cura, as medidas preventivas não se mostraram eficientes, haja vista o aumento do número de casos nos últimos três anos, ainda que, com leve declínio no ano de 2017.

As informações obtidas a partir da pesquisa foram relevantes por fornecerem subsídios para a tomada de decisão e fundamentar as políticas públicas no controle da doença na população local. Além disso, o estudo contribuiu para o conhecimento do perfil epidemiológico da patologia no município. No entanto, recomenda-se que outros estudos sejam feitos para consolidar estes achados e reforçar a necessidade de revisão das estratégias utilizadas para o controle da doença, bem como de incentivo governamental na tomada de decisões pertinentes.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, A. Tipos de estudo e introdução à análise estatística. Disponível em: <<https://www.ime.usp.br/~lane/home/MAE0317/AnaliseEstatisticaLane.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

ALVARENGA, D.G. *et. al.* Leishmaniose visceral: estudo retrospectivo de fatores associados à letalidade. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 43(2):194-197, mar-abr, 2010.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n2/17.pdf>>. Acesso em 08 jan. 2018.

BASTOS, T. S. A. **Aspectos gerais da leishmaniose visceral**. Universidade Federal de Goiás. Escola de Veterinária e Zootecnia. Programa de Pós-Graduação em Ciência Animal. Disponível em: <[http://ppgca.evz.ufg.br/up/67/o/2%C2%BA\\_semin%C3%A1rio\\_-\\_LEISHMANIOSE\\_CORRIGIDO.pdf](http://ppgca.evz.ufg.br/up/67/o/2%C2%BA_semin%C3%A1rio_-_LEISHMANIOSE_CORRIGIDO.pdf)>. Acesso em 07 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral / Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. 120 p.: il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Leishmaniose visceral: recomendações clínicas para redução da letalidade / Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 78 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana / Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 182 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 189 p.: il.

BORGES, B.K.A. *et al.* Avaliação do nível de conhecimento e de atitudes preventivas da população sobre a leishmaniose visceral em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(4):777-784, abr, 2008. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n4/07.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2018.

BOTELHO, A.C.A. e NATAL, D. First epidemiological description of visceral leishmaniasis in Campo Grande, State of Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 42(5):503-508, set-out, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822009000500006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822009000500006)>. Acesso em: 10 mai. 2018.

CAVALCANTE, I.J.M. e VALE, M.R. Aspectos Epidemiológicos da Leishmaniose Visceral (calazar) no Ceará no período de 2007 a 2011. **Rev. Bras. Epidemiol.** OUT-DEZ 2014; 17(4): 911-924. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n4/pt\\_1415-790X-rbepid-17-04-00911.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n4/pt_1415-790X-rbepid-17-04-00911.pdf)>. Acesso em 08 mar. 2018.

EVANGELISTA, L.S.M e SIBAJEV, A. Perfil Epidemiológico da Leishmaniose Visceral no Estado de Roraima. **Bol. Epidemiol. Paul.** - BEPA 2012;9(102):30-35. Disponível em: < <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bepa/v9n102/v9102a04.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2018.

GÓES, M.A.O. *et al.* Série temporal da leishmaniose visceral em Aracaju, estado de Sergipe, Brasil (1999 a 2008): aspectos humanos e caninos. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2012; 15(2): 298-307. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2012.v15n2/298-307/pt>>. Acesso em 06 jan. 2018.

GONTIJO, B. e CARVALHO, M.L.R. Leishmaniose Tegumentar Americana. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 36(1):71-80, jan-fev, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n1/15310.pdf>>. Acesso em 18 fev. 2018.

GONTIJO, C. M. F. e MELO, M.N. Leishmaniose Visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 7, Nº 3, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n3/11.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

LIMA, M.B. e BATISTA, E.A.R. Epidemiologia da Leishmaniose Visceral Humana em Fortaleza-CE. **Revista Brasileira de Segurança Pública – RBSP**. 2009; 22 (1) : 16-23. Disponível em: < <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/361/2244>>. Acesso em 08 mar. 2018.

MARTINS, G.A.S. e LIMA, M.D. Leishmaniose: do diagnóstico ao tratamento. **Enciclopédia Biosfera**, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.9, N.16; p. 2556-2569, 2013. Disponível em: < <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2013a/multidisciplinar/leishmaniose.pdf>>. Acesso em 17 jan. 2018.

MURBACK, N.D.N. *et al.* Leishmaniose tegumentar americana: estudo clínico, epidemiológico e laboratorial realizado no Hospital Universitário de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. **An Bras Dermatol**. 2011;86(1):55-63. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a07.pdf>>. Acesso em 25 jan. 2018.

OLIVEIRA, L.S., DIAS NETO, R.V., BRAGA, P.E.T. Perfil epidemiológico dos casos de leishmaniose Visceral em Sobral, Ceará no Período de 2001 a 2010\*. **SANARE, Sobral, V.12, n.1, p. 13-19, jan./jun. – 2013**. Disponível em <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/323/258>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

PASTORINO, A. C. *et al.* Visceral leishmaniasis: clinical and laboratorial aspects. **Jornal de Pediatria** - Vol. 78, Nº2, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n2/v78n2a10.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

SILVA, A.R. *et al.* Situação epidemiológica da leishmaniose visceral, na Ilha de São Luís, Estado do Maranhão. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 41(4):358-364, jul-ago, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v41n4/a07v41n4.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

SOUZA, M.A. *et al.* Leishmaniose Visceral Humana: do diagnóstico ao tratamento. Disponível em: < [http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Leishmaniose-visceral-humana\\_com-corre-%E2%94%9C%C2%BA%E2%94%9C%C3%81es-dos-autores\\_25.10.12-PRONTO.pdf](http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Leishmaniose-visceral-humana_com-corre-%E2%94%9C%C2%BA%E2%94%9C%C3%81es-dos-autores_25.10.12-PRONTO.pdf)>. Acesso em 15 fev. 2018.

URSINE, R.L. *et al.* Aspectos epidemiológicos da Leishmaniose Visceral humana e canina em municípios pertencentes à Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil (2007-2012). ISSN 1982-8829 **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 10(1), 179-193, mar, 2016. Disponível em: < <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1716/1583>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

## **SOBRE OS ORGANIZADORES**

**Dra Regiany Paula Gonçalves de Oliveira** - Graduada em Medicina realizou residência médica em Pediatria pela Universidade Estadual de Londrina (2003); título de especialização em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria; especialização em Preceptoria de Residência Médica no SUS pelo Instituto Sírio Libanês (2017). Atua como médica pediatra no Município de São José dos Pinhais - PR sendo Coordenadora da Pediatria do Hospital e Maternidade São José dos Pinhais e do Programa de Residência Médica de Pediatria da Secretária Municipal de Saúde de São José dos Pinhais - MEC. Médica responsável Técnica da maternidade e do Banco de Leite Humano do município.

**Dr Reginaldo Gonçalves de Oliveira Filho** - Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Região de Joinville (2013). Pós-Graduado em Medicina de Urgência e Emergência pelo Hospital Israelita Albert Einstein(2015). Mestrando em Bioética com ênfase em Cuidados Paliativos da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Atualmente atua como médico Hospitalista do Serviço de Cuidados Paliativos em Oncologia do Hospital São Vicente - Curitiba/PR.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acidente Vascular Cerebral (AVC) 59, 60, 65, 67, 68, 101  
Alienação parental 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37  
Alimentação 48, 55, 57, 58, 59, 63, 66, 128, 162  
Artrite 9, 186  
Atenção primária à saúde 86, 87, 91, 123, 135

### B

Bothrops Jararaca 111, 118, 121

### C

Captopril 74, 79, 111, 112, 117, 119, 120  
Cesárea 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156  
Crianças 6, 8, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 26, 28, 29, 31, 32, 35, 37, 158, 159, 160, 161, 162, 175, 185, 194, 196, 197, 199  
Cuidadores 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 160  
Cuidados paliativos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25

### D

Diabetes 48, 56, 69, 70, 71, 73, 75, 79, 80, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 107, 108, 109, 110, 123, 124, 127, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 140, 142, 143, 144, 145  
Diabetes Mellitus 73, 75, 99, 103, 109, 110, 123, 124, 127, 132, 133, 135, 136, 137, 145  
Doença Rural/Amazônica 187  
Doenças crônicas 70, 72, 80

### E

Ecomapa 90, 92, 93, 94, 95, 96  
Educação em saúde 67, 81, 158  
Envelhecimento 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 68, 99  
Episiotomia 174, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185  
Escala Psicométrica 1, 4, 9  
Estigma 38  
Estratégia de saúde da família 86, 97, 133

### F

Filme 44, 45, 47, 49, 50, 51, 52, 53  
Fisioterapia oncológica 14, 21  
Formação médica 81, 88, 89

### G

Genograma 90, 92, 93, 94, 95, 96, 97  
Gestante 147, 148, 156, 169, 170, 171, 198  
Glibenclamida 75, 98, 103, 105, 106, 107, 108

## H

Hiperdia 103, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 141, 142, 143, 144, 145

Hipertensão arterial 58, 60, 70, 80, 98, 100, 101, 103, 107, 110, 112, 113, 114, 117, 119, 123, 127, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 145

História da medicina 111

Humanização 15, 93, 174, 177, 183, 184

## I

Idosos 10, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 65, 66, 67, 68, 79, 104, 127, 130, 133, 137, 141, 142, 145, 196

IECA 105

Infarto 75, 98, 101, 103, 105, 106

## L

Lagochilascaris Minor 187, 188, 190, 191

Leishmaniose Visceral 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201

Lepra 38, 39, 40, 42

Litíase Urinária 55, 56

## M

Marcadores 38

Medicina preventiva 192, 194

Microcefalia 158, 159, 160

Multidisciplinar 5, 13, 20, 136, 144, 158, 160, 162, 182, 183

Mutirão 158, 160, 162, 163

Mycobacterium Leprae 39

## N

Nascimento 9, 25, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 165, 175, 176, 177, 183, 184, 187

Neoplasias 14, 69, 70

## P

Parto 146, 147, 148, 149, 155, 156, 157, 171, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 182, 183, 184, 185

Pinturas 38, 39

Pré-Natal 164, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173

Prevenção 19, 47, 55, 56, 57, 58, 76, 77, 79, 83, 91, 93, 96, 101, 105, 117, 137, 144, 162, 166, 171, 172, 197

## Q

Qualidade de vida 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18, 19, 23, 24, 34, 44, 46, 47, 48, 50, 51, 53, 54, 57, 65, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 95, 96, 99, 102, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 130, 132, 133, 134, 135, 137, 141, 142, 143, 144, 145, 177

## **R**

Risco 25, 47, 48, 50, 52, 56, 57, 69, 70, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 107, 108, 110, 126, 130, 137, 138, 139, 140, 141, 143, 147, 155, 164, 166, 170, 172, 174, 175, 178, 180, 181

## **S**

Saúde mental 32, 34, 35, 47, 51, 53, 72, 79, 100, 123, 125, 126, 131, 135

Saúde pública 16, 25, 54, 56, 71, 80, 86, 97, 133, 142, 144, 145, 147, 150, 156, 157, 159, 163, 165, 168, 173, 192, 200

Senescência 44, 46, 47, 52

Sífilis 164, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173

Síndrome 9, 22, 26, 27, 28, 32, 33, 34, 35, 36, 56, 60, 100, 101, 109, 158, 159, 160, 161, 163, 186

Síndrome da Zika Congênita 158

Sistema Renina-Angiotensina 74, 111, 112, 113, 114, 117, 118, 119

## **T**

Transtornos Mentais 27, 51, 70, 73, 79, 126, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 143, 144, 145

## **V**

Vaginal 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 175, 176, 178, 181, 183

Violência obstétrica 174, 184

Visita domiciliar 90, 92, 94

## **Z**

Zika Vírus 158, 163

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-606-5

