



Marileila Marques Toledo
(Organizadora)

Ações de Saúde e Geração de Conhecimento nas Ciências Médicas

Atena
Editora
Ano 2020



Marileila Marques Toledo
(Organizadora)

Ações de Saúde e
Geração de Conhecimento
nas Ciências Médicas

Atena
Editora
Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Geraldo Alves

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



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

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

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

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

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

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

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

Ciências Biológicas e da Saúde

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

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

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

Conselho Técnico Científico

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

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

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

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

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-86002-49-2

DOI 10.22533/at.ed.492201303

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

CDD 610.9

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná - Brasil

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

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

Uma ótima leitura a todos!

Marileila Marques Toledo

SUMÁRIO

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

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

DOI 10.22533/at.ed.4922013034

CAPÍTULO 5 55

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

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

DOI 10.22533/at.ed.4922013035

CAPÍTULO 6 65

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

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

DOI 10.22533/at.ed.4922013036

CAPÍTULO 7 78

DISFUNÇÃO VENTRICULAR APICAL TRANSITÓRIA EM PACIENTE JOVEM – RELATO DE CASO

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

DOI 10.22533/at.ed.4922013037

CAPÍTULO 8 86

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE À MULHER INDÍGENA KRIKATÍ

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

DOI 10.22533/at.ed.4922013038

CAPÍTULO 9 95

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

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

DOI 10.22533/at.ed.4922013039

CAPÍTULO 10 107

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

Manuce Aparecida Machado Borges
Rochele Cassanta Rossi
Priscila Schmidt Lora

DOI 10.22533/at.ed.49220130310

CAPÍTULO 11 119

ESFEROCITOSE HEREDITÁRIA: A IMPORTÂNCIA DE UMA ABORDAGEM ADEQUADA

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

DOI 10.22533/at.ed.49220130311

CAPÍTULO 12 126

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

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

DOI 10.22533/at.ed.49220130312

CAPÍTULO 13 145

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

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

DOI 10.22533/at.ed.49220130313

CAPÍTULO 14 152

IMPACTO DA FALTA DO TRABALHADOR À PRODUTIVIDADE DE UMA EMPRESA

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

DOI 10.22533/at.ed.49220130314

CAPÍTULO 15 156

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

Marina Ressorio Batista
Priscila Schmidt Lora
Rochele Cassanta Rossi

DOI 10.22533/at.ed.49220130315

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 16 | 171 |
| PERCEPÇÃO DOS ALUNOS DE MEDICINA DA UECE SOBRE A IMPORTÂNCIA DA CADEIRA DE FISIOLOGIA PARA O PROVEITO DO CICLO CLÍNICO | |
| <ul style="list-style-type: none"> Lucas Pontes Coutinho Crystianne Calado Lima Filipe Correia Carmo Rafael Ximenes Oliveira | |
| DOI 10.22533/at.ed.49220130316 | |
| CAPÍTULO 17 | 177 |
| PERCEPÇÃO DOS DISCENTES DE ENFERMAGEM NA DETECÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE RIBEIRINHA | |
| <ul style="list-style-type: none"> Rodrigo Damasceno Costa Paula Andreza Viana Lima Natalie Kesle Costa Tavares Mariana Paula da Silva Lucas da Silva de Almeida Josiane Montanho Mariño Silvia Caroline Camargo Soares | |
| DOI 10.22533/at.ed.49220130317 | |
| CAPÍTULO 18 | 183 |
| PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DA MALÁRIA: DISTRIBUIÇÃO DE CASOS POSITIVOS DE MALÁRIA APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO NA REGIÃO XINGU | |
| <ul style="list-style-type: none"> Luana Carla Lima de Almada Mateus de Sá Rego Cesar Augusto de Oliveira Barcelos Camila de Almeida Silva Cenilde da Costa Araújo Talita Pompeu da Silva Fábio Palma Albarado da Silva Denilson Soares Gomes Junior Marco Antonio Barros Guedes José Antonio Cordero da Silva | |
| DOI 10.22533/at.ed.49220130318 | |
| CAPÍTULO 19 | 198 |
| RELAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE SATISFAÇÃO COM A VIDA E A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS ENTRE JOVENS NO MUNICÍPIO DE ITAPETINGA – BAHIA | |
| <ul style="list-style-type: none"> Rebeca Pereira da Silva Priscylla de Jesus Almeida Luana Fagundes Requião Obertal da Silva Almeida Murilo Marques Scaldaferrri | |
| DOI 10.22533/at.ed.49220130319 | |
| CAPÍTULO 20 | 208 |
| RELATO DE CASO: ENTRE A CONSTRUÇÃO DE VÍNCULO E A MINIMIZAÇÃO DA DOR | |
| <ul style="list-style-type: none"> Carla Moura Cazelli Mayara Bastos Souza | |
| DOI 10.22533/at.ed.49220130320 | |

CAPÍTULO 21 216

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

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

DOI 10.22533/at.ed.49220130321

CAPÍTULO 22 222

TRABALHANDO A HUMANIZASUS NA ATENÇÃO BÁSICA: ÊNFASE NO ACOLHIMENTO

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

DOI 10.22533/at.ed.49220130322

CAPÍTULO 23 230

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

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

DOI 10.22533/at.ed.49220130323

CAPÍTULO 24 243

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

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

DOI 10.22533/at.ed.49220130324

CAPÍTULO 25 250

AValiação DA FUNÇÃO CARDÍACA APÓS EXPOSIÇÃO PROLONGADA AO CONTAMINANTE AMBIENTAL TRIBUTILESTANHO

Carolina Falcão Ximenes
Samya Mere Lima Rodrigues
Cleydianne Luisa Vieira Pereira

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

DOI 10.22533/at.ed.49220130325

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

ADENOCARCINOMA PULMONAR PRIMÁRIO COM METÁSTASE EM MAMA - RELATO DE CASO

Data de aceite: 03/03/2020

São Luís – MA

<http://lattes.cnpq.br/6678125978076318>

Thaís Oliveira Nunes da Silva

Universidade Ceuma

São Luís - MA

<http://lattes.cnpq.br/6083435128954655>

Petra Samantha Martins Cutrim

Universidade Ceuma

São Luís - MA

<http://lattes.cnpq.br/1441058885380885>

Vitor Ferreira Gerude

Universidade Ceuma

São Luís - MA

<http://lattes.cnpq.br/0267356747234851>

Byanca Pereira Borges

Universidade Ceuma

São Luís - MA

<http://lattes.cnpq.br/0395479971439716>

Ilanna Cliscia Vieira de Almeida

Universidade Ceuma

São Luís - MA

<http://lattes.cnpq.br/2614564184210873>

Igor Marcelo Castro e Silva

Hospital Geral Tarquinio Lopes Filho

São Luís - MA

<http://lattes.cnpq.br/0880979973515294>

Monique Santos do Carmo

Universidade Ceuma

RESUMO: Este relato de caso apresenta a história de uma paciente com 60 anos de idade diagnosticada com adenocarcinoma pulmonar primário com metástase em mama, um caso raro e poucas vezes descrito na literatura.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias pulmonares; Adenocarcinoma; Mama.

PRIMARY PULMONARY ADENOCARCINOMA WITH BREAST METASTASIS - CASE REPORT

ABSTRACT: This case report presents the history of a 60-year-old woman diagnosed with primary pulmonary adenocarcinoma with breast metastasis, a rare case rarely described in the literature.

KEYWORDS: Lung neoplasms; Adenocarcinoma; Mama.

1 | INTRODUÇÃO

A neoplasia pulmonar é a principal causa de morte por câncer, correspondendo a 18,4% do total de óbitos e o mais habitualmente diagnosticado quando se avalia ambos os sexos, correspondendo a 11,6% do total.

Quando se subdivide por sexo, este se torna o mais comumente diagnosticado e a principal causa de morte por neoplasia no homem em 93 países (BRAY, 2018).

A nível nacional, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) contabilizou 28.220 casos de neoplasia maligna primária de pulmão, o que representa 4,7% dos 596.000 novos casos de neoplasias em 2016. No Brasil, este é o segundo tipo de neoplasia de maior incidência em homens e o quarto tipo de maior incidência em mulheres. O tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma, seguido pelo carcinoma de células escamosas, carcinoma de pequenas células e carcinoma de grandes células (ARAÚJO, 2018).

As neoplasias pulmonares podem ainda ser reconhecidas pelas metástases como manifestações iniciais da doença, uma vez que as lesões pulmonares primárias são frequentemente inativas, dificultando o diagnóstico inicial da mesma. Os locais mais frequentes de metástases incluem linfonodos hilares, glândulas suprarrenais, fígado, cérebro e ossos (BHATTARAI, 2015).

A incidência de metástase do adenocarcinoma pulmonar primário para a mama é extremamente rara, equivalendo aproximadamente 0,5% a 2% das metástases de neoplasias primárias e de prognóstico desfavorável (BARBER, 2017).

Até o presente momento, várias neoplasias malignas metastatizam as mamas, entretanto os pulmões não se enquadram, uma vez que a mama não é um sítio comum para tumor maligno pulmonar. Portanto, devido a sua rara associação e poucos relatos descritos na literatura, este artigo descreve um caso de adenocarcinoma pulmonar primário com metástase em mama.

2 | RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, parda, 60 anos, doméstica, com história de dor torácica em hemitórax esquerdo há 1 ano e 4 meses, quadro de dor torácica. Nos últimos 6 meses evolui com piora clínica e com aumento progressivo da intensidade da dor associada a dispneia e procurou assistência médica. Hipertensa, sob controle, nega tabagismo.

Ao exame físico, bom estado geral, ausculta pulmonar com boa expansibilidade e murmúrios vesiculares reduzidos em terço médio inferior do hemitórax esquerdo. Os demais aspectos do exame físico eram normais.

Realizou toracocentese e biópsia pleural, com saída de 300 ml de líquido citrino e retirado fragmentos de pleura parietal. A biópsia evidenciou presença de células atípicas compatíveis com neoplasia indiferenciada. A imunohistoquímica revelou adenocarcinoma pulmonar com infiltrado pleural.

Os exames laboratoriais apresentaram os seguintes resultados: hemoglobina de 11,80 g/dl (ref. 12-16 g/dl), hematócrito de 34,90 % (ref. 36-48%), hemossedimentação

de 54mm (ref. <10 mm), proteína C reativa de 2,64 mg/dl (ref. <1,0 mg/dl), sem mais alterações. A tomografia computadorizada de tórax apresentou moderado derrame pleural à esquerda e múltiplos nódulos pulmonares de densidade de partes moles evidentes em todos os lobos pulmonares. Os resultados dos outros exames de relevância estão descritos na Tabela 1.

Após o diagnóstico de Adenocarcinoma Pulmonar, estadiamento clínico IV (ECIV) foi iniciado protocolo quimioterápico com Alimta, Carboplatina e Zometa.

Paciente foi encaminhada para avaliação com mastologista e realizado biópsia de nódulos mamários que evidenciou carcinoma mamário inverso. Realizou imunohistoquímica do anatomopatológico da mama que mostrou adenocarcinoma infiltrado de tecido fibroconjuntivo de pulmão, constatando metástase em mama de neoplasia de pulmão primário. Após completar os seis ciclos da quimioterapia, realizou pesquisa para os marcadores de receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) e quinase do linfoma anaplásico (ALK) com resultados, não mutado e negativo, respectivamente. Foi solicitado ainda restadiamento. Segue apresentando dores inespecíficas e em tratamento ambulatorial.

| | |
|--|---|
| Tomografia computadorizada de abdome total | Lesões escleróticas e íliaca à direita. |
| Cintilografia óssea | Aumento focal de atividade osteogênica no 6° e 8° arcos costais laterais à esquerda |
| Ultrassonografia de mamas | BIRADS 4 e nódulos mamários à esquerda |
| Mamografia | BIRADS 2 |

Tabela 1 - Descrição dos exames complementares realizados.

Legenda: BIRADS - Breast Imaging Reporting and Data System

3 | DISCUSSÃO

A metástase mamária de adenocarcinoma primário do pulmão é uma condição rara e poucos são os relatos descritos na literatura. A mama é um sítio raro de metástase, em especial devido à grande quantidade de tecido fibroso e ao pobre suprimento sanguíneo encontrados nesse órgão. As metástases mais frequentemente relatadas na mama são carcinomas de origem no tecido mamário contralateral, além de melanomas e linfomas, sendo os tumores primários de pulmão pouco relatados (BABU, 2009).

Os mecanismos envolvidos na metástase ainda não estão completamente elucidados. Um estudo que avaliou casos de metástases mamárias documentados nos dez anos anteriores foi capaz de identificar características comuns a essa

condição clínica, que incluem metástase localizada no mesmo lado do sítio primário do tumor, sem acometimento da parede torácica ou do tecido mamário subjacente e achados de linfadenopatia axilar ipsilateral e efusão pleural ou espessamento pleural ipsilateral. Tais achados contrariam uma suposta via de disseminação hematogênica (devido ao comprometimento somente da mama ipsilateral) e de disseminação por contiguidade (devido à preservação dos tecidos torácicos), sugerindo um mecanismo de disseminação linfática (HUANG, 2013).

Clinicamente, a metástase para mama do adenocarcinoma primário de pulmão se apresenta indistinguível do carcinoma primário de mama, com exceção dos casos em que há presença de sinais e sintomas que sugiram etiologia pulmonar, como dispneia e hemoptise (BABU, 2009). No relato de caso apresentado a paciente procurou assistência médica após dor torácica em hemitórax esquerdo, evoluindo com piora clínica e aumento progressivo da intensidade da dor associada a dispneia.

Apresenta-se como uma massa palpável indolor, frequentemente localizada no quadrante superior externo, de rápido crescimento, consistência firme e bordas bem delimitadas e, ao contrário dos tumores primários da mama, não apresenta associação a retração da pele, nem do mamilo. Uma vez que as lesões metastáticas apresentam variáveis manifestações no exame de imagem, o diagnóstico por meio desses exames torna-se difícil, podendo ser erroneamente interpretados como neoplasias primárias da mama e até mesmo como tumores benignos. Na mamografia pode se manifestar como uma única massa circular e bem-definida ou como múltiplas lesões bem circunscritas, sendo áreas de calcificação extremamente raras (WANG, 2014). No caso apresentado a paciente realizou ultrassonografia de mamas evidenciando BIRADS 4 e nódulos mamários à esquerda, assim realizando mamografia, apresentando BIRADS 2.

Em 25% dos casos a metástase é a manifestação inicial da neoplasia, tornando necessária uma investigação adequada quanto as características citológicas do tumor, de forma a se obter o correto diagnóstico etiológico, prevenindo a instauração de intervenções terapêuticas invasivas e inapropriadas (BABU, 2009).

É necessário considerar esse diagnóstico quando as células neoplásicas apresentarem características morfológicas discordantes dos padrões comumente encontrados em tumores primários de mama, uma vez que o diagnóstico diferencial se apresenta como um desafio clínico. Exames complementares também são de grande valor na investigação etiológica, com destaque especial para as técnicas de imunohistoquímica (WANG, 2014). No caso em questão realizou-se a imunohistoquímica para definir assim as características morfológicas desta neoplasia e assim conduzir o melhor tratamento para a paciente. Na mama evidenciou adenocarcinoma infiltrado de tecido conjuntivo de pulmão, mostrando metástase em mama de neoplasia de pulmão primário.

Através da pesquisa de marcadores específicos das células tumorais é possível distinguir entre os diferentes tipos de neoplasias, estando os marcadores receptor de estrogênio (ER), receptor de progesterona (PR) e gross cystic disease fluid protein 15 (GCDFP-15) relacionados ao carcinoma primário de mama, enquanto o fator de transcrição da tireoide (TTF-1) se apresenta associado ao adenocarcinoma de pulmão, sendo o marcador mais utilizado no diagnóstico de metástases mamárias com origem pulmonar (HUANG, 2013). A paciente do caso relatado, realizou pesquisa para os marcadores EGRF e ALK, após 6 ciclos de quimioterapia, para monitorar o tratamento, evidenciando não mutado e negativo, respectivamente.

De acordo com os relatos desse tipo de metástase, o prognóstico dos pacientes com essa condição tende a ser ruim, sendo que 80% desses indivíduos morrem dentro de 1 ano depois da primeira apresentação clínica (BABU, 2009). A paciente relatada continua viva e está em tratamento 6 meses após o diagnóstico.

Dessa forma, conclui-se que a metástase mamária do adenocarcinoma de pulmão é uma entidade clínica importante, uma vez que sua raridade e dificuldade de diagnóstico pode levar a condutas clínicas errôneas e intervenções terapêuticas possivelmente ineficazes e desnecessárias. O clínico deve atentar para a possibilidade desse diagnóstico, fazendo uma investigação etiológica completa e instaurando o tratamento adequado visando o melhor prognóstico e a qualidade de vida desses pacientes.

4 | CONCLUSÃO

Nesse relato de caso, foi discutido a história de uma paciente com quadro de dispneia e dor torácica, evoluindo para derrame pleural moderado à esquerda e múltiplos nódulos pulmonares, diagnosticado em tomografia computadorizada de tórax. Foi submetida a uma toracocentese e biópsia pleural que evidenciou presença de células atípicas compatíveis com neoplasia indiferenciada. A imunohistoquímica mostrou adenocarcinoma pulmonar infiltrado pleural.

Casos de metástase de mama originária de neoplasia pulmonar é raro, sendo de aproximadamente 0,5% a 2% das metástases de neoplasias primárias. Metástase para a mama tem sido associada com mau prognóstico em pacientes, que vão a óbito geralmente dentro de um ano após serem diagnosticados. Portanto associar a história clínica, exames complementares laboratoriais e de imagem, patologia e análise imunohistoquímica específica, auxiliam na distinção de uma neoplasia de mama primário e de metástase para mama, assim como o diagnóstico precoce visando a cura.

Potencial Conflito de interesses: Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Aprovação ética e consentimento informado: Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do Hospital Geral Tarquinio Lopes Filho e assinado o consentimento livre e esclarecido pela participante.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, L. H. et al. Câncer de pulmão no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.44, n.1, p.55-64, 2018.

BABU, K. S. et al. Metastases to breast from primary lung cancer. **Journal of thoracic oncology**, v.4, n.4, p.540-542, 2009.

BRAY, F. E. A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **Wiley Online Library**, v.68, n.6, p.394-424, 2018.

BARBER, Z.; KOSTI, A.; JONES, C. Breast metastases from primary lung cancer. **The BMJ**, v.6, n.357, p.1203, 2017.

BHATTARAI, B. et al. Lung cancer with skin and breast metastasis: a case report and literature review. **Case Reports in Peneumology**, v. 2015, n.2015, p.1-6, 2015.

HUANG, H. et al. Lung Adenocarcinoma with Ipsilateral Breast Metastasis: a simple coincidence? **Journal of Thoracic Oncology**, v.8, n.7, p.974-979, 2013.

MINN, A. J. et al. Genes that mediate breast cancer metastasis to lung. **Nature**, v.436, n.7050, p.518-524, 2005.

SANGUINETTI, A. et al. Breast metastasis from a pulmonary adenocarcinoma: Case report and review of the literature. **Oncology letters**, v.5, n.1, p.328-332, 2013.

WANG, L; WANG, S.; SHEN, H.; NIU, F.; NIU, Y. Breast metastasis from lung cancer: a report of two cases and literature review. **Cancer Biology e Medicine**, v.11, n.3, p.208-215, 2014.

CAPÍTULO 2

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

Data de aceite: 03/03/2020

Data de submissão: 03/12/2019

Luis Henrique Almeida Castro

Bacharel em Nutrição pela Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD

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

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

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

Cristiane Martins Viegas de Oliveira

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

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

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

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

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

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

Daiana Andrade dos Santos

Universidade Federal da Grande Dourados

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

Dourados – Mato Grosso do Sul

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

Fernanda Viana de Carvalho Moreto

Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD

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

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

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

Franciellem Menezes de Assunção

Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD

Faculdade de Ciências da Saúde (FCS)

Dourados - Mato Grosso do Sul

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

Geanlucas Mendes Monteiro

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

Campo Grande – Mato Grosso do Sul

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

Giseli Patalo

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Campo Grande – Mato Grosso do Sul

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

Giseli Vitoriano

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

Pos-graduanda em Terapia Cognitivo-comportamental pelo Instituto de Terapia Cognitivo-comportamental do Mato Grosso do Sul

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

Lucas Rodrigues Santa Cruz

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

Mi Ye Marcaida Olimpio

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

Raquel Borges de Barros Primo

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

Thiago Teixeira Pereira

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

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

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

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

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

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

1 | A TRANSIÇÃO DO MODELO DE SAÚDE / DOENÇA

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

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

SEVERO & SEMINOTTI, 2010).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 | O TRABALHO EM EQUIPE NO CONTEXTO DA INTERDISCIPLINARIDADE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

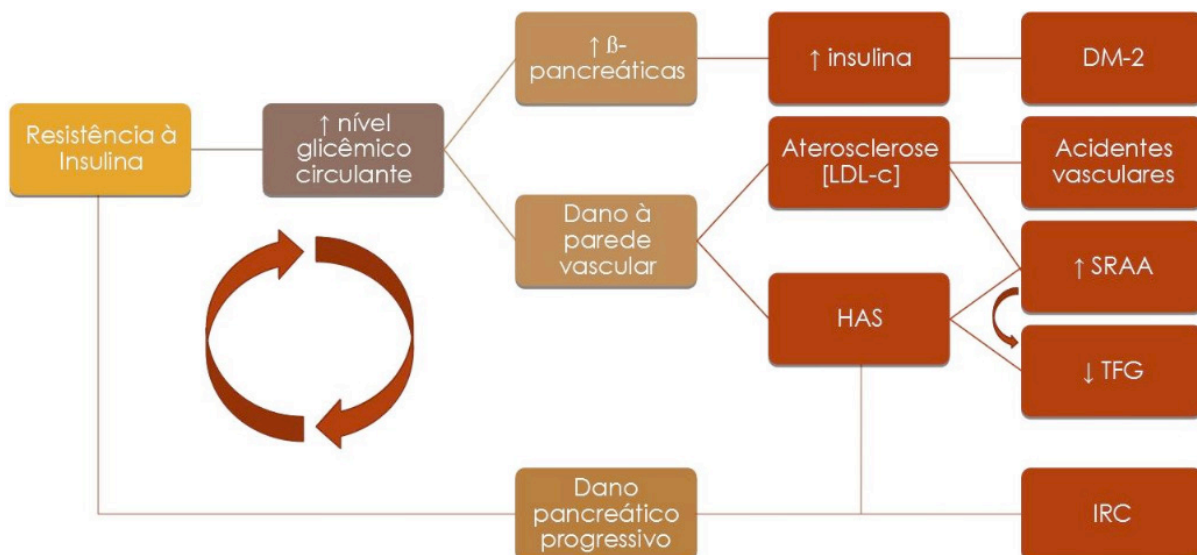


Figura 1. A resistência insulínica periférica e o desencadeamento do ciclo vicioso da Síndrome Metabólica. Siglas. DM-2: diabetes mellitus do tipo 2; LDL-c: lipoproteína de colesterol de baixa densidade; HAS: hipertensão arterial sistêmica; SRAA: sistema renina-angiotensina aldosterase; TFG: taxa de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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA SOBRE A HANSENÍASE EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR BRASILEIRA

Data de aceite: 03/03/2020

Data de submissão: 06/12/2019

Jhessyca Silva de Oliveira

Enfermeira da ESF. Pós-graduando em Saúde da Família e Comunidade na Faculdade Laboro, São Luís, Maranhão, Brasil.

E-Mail: Jhessycaas@Gmail.com

Orcid: <https://Orcid.org/0000-0003-3593-2740>

Ana Larissa Araujo Nogueira

Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão. Docente do Curso de Enfermagem do Instituto Florence de Ensino Superior, São Luís, Maranhão, Brasil.

Orcid: <https://Orcid.org/0000-0001-6185-2002>

Eduarda Gomes Bogea

Nutricionista. Mestre Em Saúde Coletiva Pela Universidade Federal Do Maranhão. Docente Do Instituto Florence De Ensino Superior, São Luís, Maranhão, Brasil.

Orcid: <http://Orcid.org/0000-0003-2656-8238>

Raissa Sousa da Silva

Enfermeira Da Esf. Pós-Graduando Em Saúde Da Família E Comunidade Na Faculdade Laboro, São Luís, Maranhão, Brasil.

Orcid: <https://Orcid.org/0000-0001-5101-7767>

Carlene de Jesus Alves da Silva

Enfermeira. Pós-Graduando Em Saúde Da Família E Comunidade Na Faculdade Laboro, São Luís, Maranhão, Brasil.

Orcid: <https://Orcid.org/0000-0001-9169-7664>

Nayra Regina Mendonça Ramos

Enfermeira. Pós-Graduando Em Saúde Da Família E Comunidade Na Faculdade Laboro, São Luís, Maranhão, Brasil.

Orcid: <https://Orcid.org/0000-0002-1171-6261>

Adenilma Medeiros Lopes de Sousa

Enfermeira, Graduada pelo Instituto Florence De Ensino Superior, São Luís, Maranhão, Brasil.

Orcid: <https://Orcid.org/0000-0002-9591-925x>

Ingredy de Sousa Silva

Enfermeira. Pós-Graduando Em Saúde Da Família E Comunidade Na Faculdade Laboro, São Luís, Maranhão, Brasil.

Orcid: <https://Orcid.org/0000-0002-9479-8265>

Albert Mendonça Abreu

Cirurgião-Dentista Da Esf, Graduado Pelo Instituto Florence De Ensino Superior, São Luís, Maranhão, Brasil.

Orcid <https://Orcid.org/0000-0002-9493-2663>

RESUMO: Introdução: A hanseníase é uma das doenças mais antiga na população, tendo em seu contexto histórico a disseminação rápida dos números de pessoas acometidas, motivada pelo desconhecimento quanto a doença, sendo considerada como problema de saúde pública. **Objetivo:** Assim, este estudo tem como objetivo, identificar o conhecimento dos acadêmicos de Odontologia de uma Instituição de Nível Superior sobre a hanseníase. **Metodologia:** Trata-se de uma

pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. Baseada na aplicação de questionários contendo 28 perguntas. Foram usados como critérios de inclusão: discentes matriculados no curso de odontologia, amostra 107, que cursavam do quinto ao décimo período, e que decidiram participar voluntariamente da pesquisa. **Resultados:** O estudo identificou que 75,9% dos estudantes têm conhecimento do microrganismo causador da Hanseníase, 52,4% demonstraram desconhecimento sobre a classificação operacional, 41,2% responderam que desconhecem os tipos de hanseníase, 42,9% conhecem a duração do tratamento, 62,6% afirmaram que realizam a inspeção do paciente e 49,5% responderam corretamente sobre a transmissão da doença. **Conclusão:** Os resultados obtidos reafirmam a necessidade de maior comprometimento e investimento em disciplinas, estágios como forma de contribuição para novos conhecimentos e experiências agregadoras no preparo para a realidade da saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Conhecimento; Hanseníase; Estudantes.

KNOWLEDGE OF DENTAL STUDENTS ABOUT LEPROSY IN A BRAZILIAN HIGHER EDUCATION INSTITUTION

ABSTRACT: Introdução: Leprosy is one of the oldest diseases in the population, having in its historical context the rapid dissemination of numbers of people affected, motivated by the lack of knowledge about the disease, being considered as a public health problem. **Objective:** Thus, this study aims to identify the knowledge of dental students of a Higher Level Institution about leprosy. **Methodology:** This is a descriptive research with a quantitative approach. Based on the application of questionnaires containing 28 questions. Inclusion criteria were: students enrolled in the dental course, sample 107, who attended the fifth to tenth period, and who voluntarily decided to participate in the research. **Result:** The study found that 75.9% of the students are aware of the leprosy-causing microorganism, 52.4% were unaware of the operational classification, 41.2% answered that they did not know the types of leprosy, 42.9% were aware of the duration of treatment. , 62.6% said they perform patient inspection and 49.5% answered correctly about the transmission of the disease. **Conclusion:** The results reaffirm the need for greater commitment and investment in disciplines, internships as a way of contributing to new knowledge and aggregating experiences in preparing for the reality of public health

KEYWORDS: Knowledge; Leprosy; Students.

1 | INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma das doenças mais antiga na população, tendo em seu contexto histórico a disseminação rápida dos números de pessoas acometidas, motivada pelo desconhecimento quanto a doença, sendo considerada como problema de saúde pública. (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011). O agente etiológico

Mycobacterium leprae, tem predileção por células cutâneas e neurais, é de alta infectividade e baixa patogenicidade, e a sua transmissão ocorre através do homem em estado infectante, sem tratamento, com a eliminação dos bacilos pelas vias aéreas superiores, entre elas a mucosa nasal e orofaringe, atingindo pessoas de contato prolongado. O fator crucial para o adoecimento de outros indivíduos, corresponde a resposta imunológica diante da exposição ao bacilo (CARVALHO; SANTOS; PINTO, 2010)

Fizeram parte da história da hanseníase e foram responsáveis pelas primeiras denúncias relacionadas ao descaso ao combate as endemias: Emílio Ribas, Alfredo da Matta e Oswaldo Cruz, tornando os anos entre 1912 e 1920 conhecida como a fase de evolução da história da hanseníase no Brasil. A mudança do nome lepra para hanseníase foi uma das propostas aprovadas nesse período, com intuito de afastar principalmente os preconceitos sobre a doença, incentivando a mais informação e conhecimento (EDIT, 2004).

No dia Mundial de Luta contra a Hanseníase o Ministério da Saúde divulgou dados positivos resultante na redução de casos novos diagnosticados, que em 2006 era de 43.652 diagnosticados, passou para 28.761 no ano de 2015. Correspondendo a 34,11% de redução no número de casos novos diagnosticados, que foram resultantes de ações de busca ativa dos profissionais da área da saúde (BRASIL, 2015).

O art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, intensifica o compromisso dos profissionais da área da saúde, na emissão de notificação compulsória para todos os casos de hanseníase suspeitos ou confirmados, reforçando a importância do trabalho em equipe em prol da saúde da população (BRASIL, 1975).

A Atenção Básica de Saúde tem o papel importante de contribuir na realização de diagnósticos da hanseníase. A identificação dos casos de hanseníase é através do exame dermatoneurológico, é possível identificar áreas com alteração de sensibilidade, e/ou comprometimento de nervos periféricos em pacientes com encaminhamento por suspeita da doença. (BRASIL, 2002; SOUSA, FELICIANO, MENDES, 2015).

Diante do grau risco que a hanseníase representa para a saúde pública do país, considera-se necessário o ensino sobre a doença dentro das graduações dos cursos da área da saúde, para que o profissional em sua rotina de trabalho, saiba lidar com essa problemática, com segurança e conhecimento necessário na inspeção, encaminhamentos, entre outras funções desempenhadas, como na promoção à saúde. (MARTINS, IRIART, 2014)

Considerando a contribuição do profissional cirurgião-dentista (CD) no incremento da detecção precoce da hanseníase e encaminhamentos, espera-se que ocorra a integralidade do cuidado somando com a equipe de saúde e os indivíduos. Porém, é evidente que na odontologia a prática do cirurgião-dentista ainda reflete

de um modelo de práticas curativa e individualista, com escassa priorização na prevenção e promoção da saúde, revelando o déficit em cumprir os princípios da saúde pública, dificultando no processo que contribua com a equipe de saúde, e aos indivíduos.

O incremento da detecção precoce da hanseníase e encaminhamentos pelos cirurgiões-dentistas, surgiu um questionamento: Qual é o conhecimento dos acadêmicos de odontologia acerca da hanseníase? A realização do presente estudo é justificada pela necessidade de intervenção no contexto que a saúde do país se encontra, caracterizado por altos índices de pessoas diagnosticada com hanseníase tardiamente, apresentando incapacidades e deformidades físicas. Sendo esse, o resultado do déficit na qualificação dos profissionais e dos acadêmicos que ingressarão em diversos setores da área da saúde, como os cirurgiões-dentistas, fator este de relevância, para o controle e prevenção dessa doença.

A análise busca contribuir com à sociedade e os acadêmicos, na ampliação dos seus conhecimentos, tendo os futuros profissionais como os principais disseminadores da informação, capazes de identificar e lidar com os casos suspeitos da hanseníase, com intuito de mudar o cenário da doença, além de promover a conscientização da importância do trabalho em equipe, no âmbito da assistência à hanseníase.

Para isto, este trabalho tem por objetivo, analisar o conhecimento dos acadêmicos de Odontologia de uma Instituição de Nível Superior sobre a hanseníase.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem quantitativa.

Foram avaliados discentes matriculados no curso de odontologia de uma Instituição de Ensino Superior privada de uma capital do nordeste brasileiro. Utilizou-se como critérios de inclusão: discente cursando do quinto ao décimo período e aceitavam participar voluntariamente da pesquisa, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada por uma acadêmica de Enfermagem devidamente treinada e foi baseada na aplicação de questionários contendo 28 perguntas, 06 abertas e 22 fechadas, que abordavam variáveis como idade, gênero e período em curso, além de perguntas específicas acerca da doença hanseníase.

Foi realizada uma leitura minuciosa das respostas dadas nos questionários e os dados obtidos foram tabulados no programa Microsoft Excel 2010, distribuídos em forma de gráfico e tabelas para melhor interpretação, utilizando-se a frequências absoluta e relativa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, com o parecer nº 2873983. Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre o

objetivo da pesquisa, sendo garantido o sigilo das informações e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, de acordo com a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3 | RESULTADOS

Participaram do estudo 107 do curso de Odontologia. A faixa etária mais prevalente foi 22 a 26 anos, com 58,9%. Dos participantes da pesquisa, 61,7% eram do sexo feminino e 38,3% eram do sexo masculino (Figura 1).

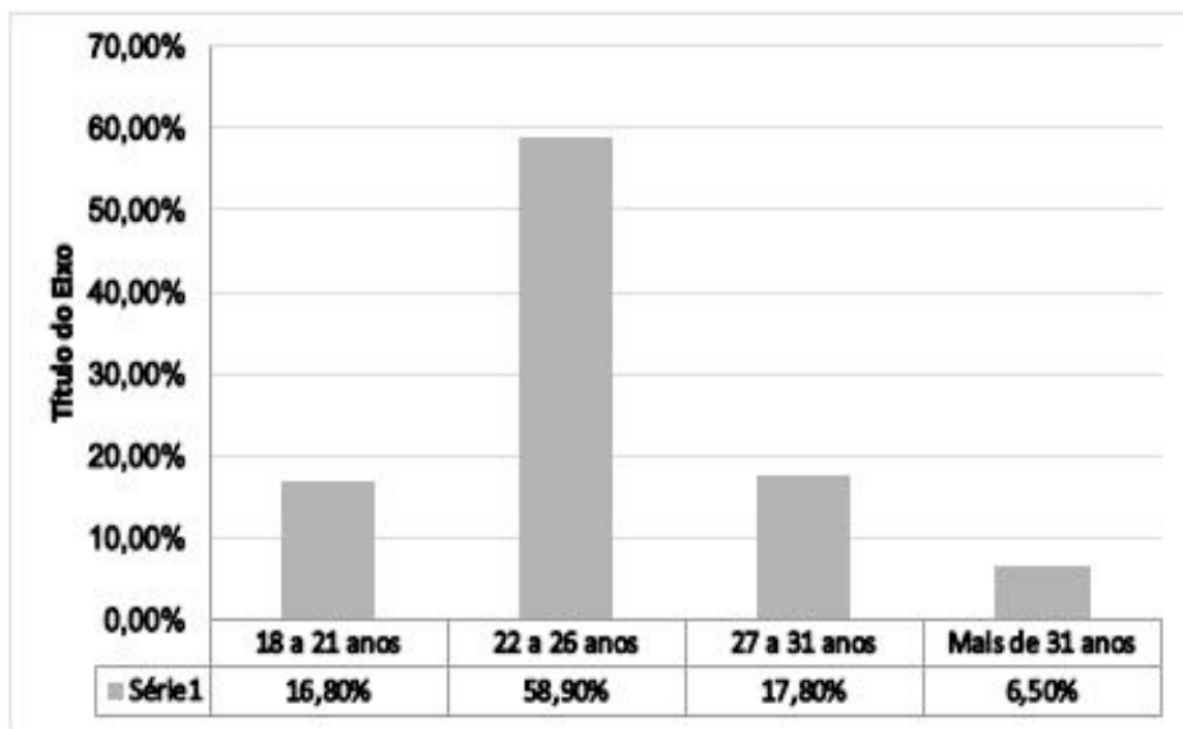


Figura 1 – Distribuição dos estudantes entrevistados por faixa etária. São Luís, Maranhão, 2019.

Houve 100% de resposta “sim” quando a pergunta “já ouviu falar sobre a hanseníase?”. Quando perguntado aos acadêmicos de odontologia sobre “onde ouviram falar sobre a doença”, o maior quantitativo de respostas mencionadas, foi de 69 participantes que mencionaram a resposta “escola/faculdade”, correspondendo a 64,5% e a menor porcentagem está relacionada a resposta “Experiências da vida”, com 6,5% dos participantes.

Sobre o período em que a hanseníase foi abordada na graduação do curso de odontologia, a opção “não sabe” (42%) com mais frequência, em seguida, a opção 4° ao 6° período com 26,2%.

| QUESTÕES | RESPOSTAS | ODONTOLOGIA N (%) |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------|
| OUVIU FALAR SOBRE A HANSENÍASE? | Sim | 107 (100%) |
| | Não | 0% |
| ONDE OUVIU | Escola/ Faculdade | 69 (64,5%) |
| | Meios de Comunicação | 19 (17,7%) |
| | Experiências de vida | 7 (6,5%) |
| | Não sabe | 12 (11,3%) |
| PERÍODO | 1º período ao 3º período | 16 (15%) |
| | 4º período ao 6º período | 28 (26,2%) |
| | 7º período ao 9º período | 13 (12,2%) |
| | 10º período | 5 (4,6%) |
| | Não sabe | 45 (42%) |

Tabela 1 – Origem do conhecimento sobre a hanseníase em acadêmicos de odontologia. São Luís, Maranhão, 2019.

Observou-se que em relação a pergunta sobre o microrganismo causador da Hanseníase a maioria dos participantes mostrou ter conhecimento acerca da questão, com 75,9%. Quando questionados sobre o nome do bacilo causador da doença, os graduandos revelaram um resultado considerável, foram 53,2% responderam corretamente, enquanto 30,8% não sabiam.

Entretanto, 52,4% demonstraram desconhecimento sobre a classificação operacional da doença, “Não sabe” e 45,8% a opção assertiva. Apenas 41,2% responderam que desconhecem os tipos de hanseníase, resultado relativamente preocupante.

Por último, perguntou-se quanto ao estágio de evolução da doença, apenas 44,8% são conhecedores que o estágio de evolução da hanseníase se caracteriza pelo comprometimento de nervos, deformidades e incapacidade física.

| QUESTÕES | RESPOSTAS | ODONTOLOGIA N (%) |
|----------------|---|-------------------|
| MICROORGANISMO | Vírus | 21 (19,7%) |
| | Bactéria | 62 (75,9) |
| | Vírus e bactéria | 4 (3,7%) |
| | Não sabe | 20 (18,6%) |
| BACILO | Mycrobacterium abscessus | 1 (1%) |
| | Bacilo de Koch | 16 (15%) |
| | Mycrobacterium leprae | 57 (53,2%) |
| | Não sabe | 33 (30,8%) |
| CLASSIFICAÇÕES | Paucibacilar e triplicibacilar | 2 (1,8) |
| | Paucibacilar e multibacilar | 49 (45,8) |
| | Não sabe | 54 (52,4) |

| | | |
|----------------------------|--|------------|
| TIPOS DE HANSENIASE | Tuberculóide, virchowiana, neurológica, dimorfa | 13 (12,1%) |
| | Virchowiana, indeterminada, neurológica, dimorfa | 22 (20,5%) |
| | Indeterminada, virchowiana, dimorfa, tuberculóide | 28 (26,2%) |
| | Não sabe | 44 (41,2%) |
| ESTÁGIO DE EVOLUÇÃO | Manchas permanentes | 23 (21,5%) |
| | Comprometimento de nervos deformidades e incapacidades físicas | 48 (44,8%) |
| | Dor constante | 13 (12,2%) |
| | Não sabe | 23 (21,5%) |

Tabela 2 - Conhecimento dos acadêmicos de Enfermagem e Odontologia sobre a Hanseníase. São Luís, Maranhão, 2019.

Quando questionados sobre o tratamento, a assertiva, “medicações orais de doses supervisionadas e automedicação”, apresentaram 42% de respostas corretas.

Sobre o tópico sobre a aquisição da medicação para tratamento da hanseníase, 45,8% responderam corretando, tendo em seguida uma porcentagem relevante a opção “Unidade básica de saúde e farmácias”, com 31,8%.

Quanto à duração do tratamento para a doença, os acadêmicos de odontologia apresentaram 42,9% de respostas corretas.

A questão sobre transmissibilidade após 15 dias de tratamento iniciado, teve como maior resultado, com 37,3% a opção “não sabe”, e, 32,7% foi de respostas corretas e 30% afirmaram que ainda há possibilidade de transmissão, resultado que aponta uma precarização de informações acerca da hanseníase.

| QUESTÕES | RESPOSTAS | ODONTOLOGIA N (%) |
|-------------------|---|--------------------------|
| TRATAMENTO | Internação hospitalar e administração de PQT | 23 (21,5%) |
| | Pomadas para as dermatoses e injeções musculares | 13 (12,2%) |
| | Uso de medicamentos orais com doses supervisionadas e doses de automedicação. | 45 (42%) |
| | Não sabe | 26 (24,3%) |
| MEDICAÇÃO | Unidade básica de saúde | 49 (45,8%) |
| | Unidade básica de saúde e farmácias | 34 (31,8%) |
| | Farmácias | 7 (6,6%) |
| | Não sabe | 17 (15,8%) |

| | | |
|--|-----------------|------------|
| DURAÇÃO | 6 meses | 17 (15,9%) |
| | 6 meses / 1 ano | 46 (42,9%) |
| | 2 anos | 18 (16,9%) |
| | Não sabe | 26 (24,3%) |
| 15 DIAS DE TRATAMENTO HÁ POSSIBILIDADE DE TRANSMISSÃO | Sim | 32 (30%) |
| | Não | 35 (32,7%) |
| | Não sabe | 40 (37,3%) |

Tabela 3 - Informações sobre tratamento da hanseníase. São Luís, Maranhão, 2019.

Sobre a inspeção dos pacientes, 62,6% afirmaram que realizar. Sobre o conhecimento para identificar um caso suspeito de hanseníase, 36,5%, afirmaram saber identificar, tendo como relevante a porcentagem de 34,5% que disseram que não saberiam identificar. No tópico sinais e sintomas, 44,8% do responderam corretamente.

Em relação a transmissão da hanseníase, 49,5% responderam corretamente. O tópico sobre o tempo necessário para ser considerado contato intradomiciliar, a maior porcentagem correspondeu a 36,5% sendo essa a opção “6 meses a 1 ano com o doente”, e a resposta correta ficando com 11,3%. Quando perguntados sobre a necessidade de isolamento como forma de tratamento, 46,8% relataram não saber.

| QUESTÕES | RESPOSTAS | ODONTOLOGIA N (%) |
|-------------------------------|---|------------------------------|
| INSPECIONAR O PACIENTE | Sim | 67 (62,6%) |
| | As vezes | 30 (28%) |
| | Não | 10 (9,4%) |
| SABE IDENTIFICAR | Sim | 39 (36,5%) |
| | Não | 37 (34,5%) |
| | Não sabe | 31 (29%) |
| SINAIS E SINTOMAS | Despigmentação, prurido e bolhas. | 14 (13%) |
| | Perda da sensibilidade, despigmentação e espessamento | 48 (44,8%) |
| | Prurido, perda da sensibilidade e despigmentação | 21 (19,7%) |
| | Não sabe | 24 (22,5%) |

| | | |
|---|--|------------|
| TRANSMISSÃO | Contato direto com as lesões da pessoa doente | 27 (25,2%) |
| | Através de vias aéreas e por contato íntimo e prolongado de domiciliares | 53 (49,5%) |
| | Através de contato sexual e da picada do inseto: como moscas | 13 (12,2%) |
| | Não sabe | 14 (13,1%) |
| TEMPO PARA SER CONSIDERADO CONTATO INTRADOMICILIAR | 6 meses com o doente | 19 (17,7%) |
| | 6 meses a 1 ano com o doente | 39 (36,5%) |
| | Últimos 5 anos | 12 (11,3%) |
| | Não sabe | 37 (34,5%) |
| ISOLAMENTO COMO FORMA DE PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO | Necessário | 37 (34,5%) |
| | Desnecessário | 20 (18,7%) |
| | Não sabe | 50 (46,8%) |

Tabela 4 - Diagnóstico e transmissão da hanseníase. São Luís, Maranhão, 2019.

Na tabela notificação compulsória, a questão sobre a situação de propagação da hanseníase, teve com maior número de porcentagem a opção “permanecem elevados” com 49,6%. Quando perguntados se já tiveram contato com pacientes com hanseníase, 58,9% relataram nunca ter tido. No tópico notificação compulsória, 60,7% sabem do que se trata.

O quantitativo de 96,3%, afirmaram não ter presenciado ou realizado a notificação compulsória de pacientes durante aulas práticas e estágios. Quanto as orientações como profissionais relatadas pelos entrevistados direcionada a população e/ou casos suspeitos de hanseníase, as mais frequentes foi a opção “incentivo a buscar especialista para o caso”, com 71,9%. As intervenções mais citadas, com 98,2%, foram as atividades educativas, revelando a importância dessa intervenção na realidade que é a hanseníase.

| QUESTÕES | RESPOSTAS | ODONTOLOIA N (%) |
|--------------------------------------|---|---------------------|
| SITUAÇÃO DE PROPAGAÇÃO | Controlada | 2 (1,8%) |
| | Permanecem elevados | 53 (49,6%) |
| | Queda de propagação | 32 (30%) |
| | Não sabe | 20 (18,6%) |
| CONTATO COM PACIENTE COM HANSENÍASE | Sim | 11 (10,3%) |
| | Não | 63 (58,9%) |
| | Não sabe | 33 (30,8%) |
| SABE O QUE É NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA | Sim | 65 (60,7%) |
| | Não | 42 (39,3%) |
| JÁ PRESENCIOU OU NOTIFICOU | Sim | 4 (3,7%) |
| | Não | 103 (96,3%) |
| INTERVENÇÃO | Atividades educativas | 105 (98,2%) |
| | Notificando | 2 (1,8%) |
| | Exame físico | 0 |
| ORIENTAÇÕES COMO PROFISSIONAL | Incentivo a adesão e continuidade do tratamento | 20(18,7%) |
| | Incentivo a buscar especialista para o caso | 77(71,9%) |
| | Não sabe | 10(9,4%) |

Tabela 5 - Notificação Compulsória da hanseníase. São Luís, Maranhão, 2019.

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou o conhecimento dos acadêmicos de odontologia quanto a hanseníase. Os achados revelaram que os acadêmicos alcançaram um nível regular de informações básicas sobre a hanseníase, foi revelado unanimidade dos estudantes quanto a afirmativa “já ouviu falar sobre a hanseníase”, e a maioria de respostas quanto a opção “escola/faculdade” como os principais meios de aquisições de informações sobre o assunto.

Em um estudo transversal realizado por Alves et al. (2016) com dois grupos de acadêmicos de medicina, sendo o primeiro grupo, composto por calouros, referiram ter obtido mais informações veiculadas por educação formal e pela comunicação em massa, com 71,9% e o segundo grupo composto por acadêmicos do último período,

relataram ter recebido mais informações sobre a doença durante a faculdade, com 88,6% e apesar do resultado favorável, ainda se sentiam despreparados para realizar atendimentos a pacientes acometidos pela hanseníase.

Essa atitude informativa advinda de meios de comunicações e dentro de disciplinas específicas de doenças de notificação compulsórias da grade acadêmica, deve ser um exercício contínuo e obrigatório dentro das universidades da área da saúde, no intuito de formar futuros profissionais competentes, além de eliminar de forma eficiente, preconceitos e atitudes que carregam em si, barreiras que dificultam o processo de cuidado.

No estudo, é relevante o número de respostas afirmando nunca ter tido contato com pacientes com hanseníase, intensificando a necessidade de inserção desses profissionais a essa realidade, para auxiliando no reconhecimento de casos suspeitos, assim, diminuindo o despreparo ainda existente.

Por se tratar de uma doença crônica, os pacientes acometidos hanseníase necessitam de acompanhamento por uma equipe multiprofissional, que tenha abordagem e aspectos preventivos e curativos além de ênfase em atendimento integral, visando diagnóstico e tratamento da doença. Assim, diante da formação generalista dos cirurgiões-dentistas, é de grande relevância salientar que o SUS mantém o padrão de encaminhamentos para casos de complexidade, sendo necessário uma abordagem de especialistas para atender de forma integral, somando a equipe multidisciplinar (COMIOTTO, 2015).

A integração de cirurgiões dentistas na saúde pública, como proposto através da Portaria n.º 1444 (Brasil, 2000), que dispõe quanto ao incentivo financeiro para a mudança da atenção à saúde bucal fornecida nos municípios através do Programa de Saúde da Família. Foi verificada que a inserção por si só dessa classe profissional, não se apresenta resolutiva para o alcance de práticas à atenção, sendo necessária interação entre todos os profissionais, para que haja integralidade no atendimento, fortalecimento de identificação de vulnerabilidades, e a promoção da saúde (MATTOS, 2014).

Entre as atribuições do cirurgião dentista dentro da atenção básica voltada a hanseníase inclui: a inspeção afim de detectar sinais e sintomas da hanseníase e encaminhar para unidades de saúde quando houver suspeita. Realizar mobilização envolvendo a comunidade evidenciando a importância do autoexame e combate aos estigmas. Contribuir com a equipe quanto ações de vigilância epidemiológica, incentivo ao tratamento e combate de incapacidades. Além de realizar avaliações atentos as infecções da boca que são fatores predisponentes para complicações reacionais (MARTINS et al., 2016).

As respostas obtidas pelos participantes deste estudo ao serem perguntados quanto a classificação operacional e a transmissão da doença após 15 dias de

tratamento iniciado, foram insatisfatórias, com porcentagens elevadas a opção incorreta e a opção “não sabe”, evidenciando a necessidade de estímulos e interação dos mesmos aos problemas de saúde pública. Essas informações devem ser de conhecimento de toda a população, mas nota-se a existência de falha nesse âmbito, comprovada pelo resultado obtido pelos participantes desse estudo.

O estudo identificou o déficit acentuado na aproximação do modelo com enfoque na prevenção e promoção da saúde ao avaliar o processo de formação dos cirurgiões dentistas em relação ao SUS, identificando obstáculos, motivados pelo pouco conhecimento para colocar em prática as diretrizes do SUS (GRANDE et al, 2016).

Embora estudos científicos evidenciem um déficit nos resultados da atuação do profissional de odontologia no paciente com a hanseníase, a prática clínica recente mostra resultados satisfatórios no que se refere a melhora da qualidade de vida dos pacientes (COMIOTTO, 2015).

Sobre a inspeção dos pacientes, a maioria, 62,6% afirmaram que realizam. Sobre o conhecimento para identificar um caso suspeito de hanseníase, 36,5% afirmaram obter conhecimento para identificar suspeitas da doença.

As características da hanseníase frequentemente observadas na mucosa oral apresentam aspectos de um estado avançado da doença. A forma virchowiana é a mais comum das manifestações, intensificando a necessidade de intervenções dos profissionais para reduzir as manifestações tardias da doença. O trabalho do cirurgião dentista não deve se restringir apenas a análise intra oral, envolve questões sistêmicas do ser humano, visa a eliminação de focos infecciosos bucais, minimizando os riscos de desencadear possíveis estados reacionais da hanseníase no paciente (COMIOTTO, 2015).

Para reverter essa realidade de despreparo, faculdades investiram na inserção de estágios dentro da atenção primária a saúde nos diferentes cursos da área da saúde, com uma carga horária equivalente aos outros estágios nas graduações, intervenção que tem surtido resultados positivos, quanto ao entendimento adquirido pelos acadêmicos, entre eles, os acadêmicos de odontologia, aos problemas da saúde pública (COMIOTTO, 2015).

Neste estudo o termo isolamento aplicado como forma de prevenção ao acometimento da hanseníase tornou evidente o desconhecimento dos estudantes sobre sua aplicação, obtida com a maior porcentagem de respostas “não sabe”.

Durante a Era Vargas, entre 1930 a 1945, o modelo implantado como forma de tratamento aos casos de hanseníase, se resumia no isolamento compulsório, considerado essencial para cura e erradicação da doença. Os pacientes eram retirados do convívio familiar, confinados em Santa Casas e Leprosários. Os anos entre 1967 e 1970 foram de lentas evoluções até ser extinguida os isolamentos

compulsórios, reinserindo os pacientes ao convívio social e familiar, sendo adotado os tratamentos ambulatoriais para o doente e recomendações de cuidados profiláticos, como higiene para os familiares (DUCATTI, 2017; SOUZA, 2014).

O medo atribuído ao nome lepra, que até a atualidade tem uma conotação estigmatizada, advinda de crenças e influências da sociedade repassada por anos. Na década de 70, foi sancionada a mudança da terminologia lepra por hanseníase (LANA et al, 2014).

É notório que o do avanço nos estudos e testes acerca da hanseníase, evidenciou de forma definitiva com o passar do tempo a falha na resolutividade através dos isolamentos, enquanto os resultados com antibióticos se revelaram positivos ao tratamento da hanseníase. Diante disso, espera-se que essa informação tenha alcançado toda a população, porém nesse estudo, o desconhecimento sobre a necessidade de isolamento como forma de tratamento ainda se mostrou elevado entre os futuros cirurgiões dentistas.

Segundo o Ministério da Saúde, a portaria nº - 204, de 17 de fevereiro de 2016, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos de Saúde Pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, e deve realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, entre elas, na lista, consta a hanseníase (Brasil, 2016).

As doenças infectocontagiosas contam com a notificação, como principal ferramenta para fornecer a vigilância a saúde da população, responsável pela prevenção e controle de epidemias. É de suma importância o conhecimento sobre a função da notificação compulsória, o ato de notificar é estendida a toda equipe de profissionais da saúde, como meio de reconhecimento de características clínicas que colaborem com diagnóstico precoce.

Deve-se buscar intervenções que reflitam na mudança do ponto de vista da população, que apresente resultados de conscientização quanto a doença, sua forma de tratamento, a possibilidade cura, além de formas de autocuidados e prevenções de agravos. Tais atividades que auxiliem a criar oportunidade de reflexão e melhora de vida dos pacientes

Entre algumas alternativas de intervenções para a população identificadas (RIBEIRO et al, 2017), estão, as realizações de campanhas, palestras e outras alternativas educativas realizadas pelos profissionais e estudantes da área da saúde. É importante ressaltar, que essas informações cheguem ao público alvo com nível de linguagem apropriada e objetiva, auxiliando na compreensão para obter um resultado positivo.

São indicadas como estratégias de intervenção e produção de uma nova realidade, quebrando crenças antigas, estigmas presentes e criando novos estereótipos, adequando-se às características culturais e socioeconômicas da

população, colaborando assim, para que indivíduos busquem recursos quando houver suspeitas da doença, diminuindo riscos de evoluírem a incapacidades físicas (PINHEIRO et al, 2014)

5 | CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo permitiram avaliar o nível de conhecimento dos acadêmicos sobre a hanseníase, dados que evidenciaram maior conhecimento dos estudantes a respeito ao microrganismo, sinais e sintomas, forma de transmissão, tratamento e a sua duração e estágio de evolução.

Vale ressaltar o déficit em pontos relevantes como, tipos de hanseníase, desconhecimento sobre as classificações da doença, a existência de transmissão após 15 dias de tratamento iniciado, ausência de contato pacientes acometidos pela doença e nunca ter presenciado um caso de notificação. Reafirmando a necessidade de maior comprometimento, mudanças gradativas e constante na estrutura curricular de Odontologia, como investimentos em disciplinas específicas da saúde pública e estágios, como forma de contribuição para novos conhecimentos e experiências agregadoras no preparo para a realidade da saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. R. et al. **Avaliação do ensino de hansenologia pelos estudantes de uma escola médica, pública brasileira.** Rev. Bras. Educ. méd2016; 40(3): 393-400. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000300393>.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 2015. **Deteccção precoce, busca ativa e acompanhamento adequado contribuiram para o avanço no enfretamento da doença no país.** Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/27484-em-10-anos-o-numero-de-novos-casos-de-hanseniase-cai-34>>.
- BRASIL. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.** Casa Civil. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm>. Acesso em 23 abr. 2017
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o controle da hanseníase. Caderno de Atenção Básica, n.10.** Brasília, 2002 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_controle_hanseniase_cab10.pdf>.
- BRASIL. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. **Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.** Diário Oficial da União. Brasília, 29 dez. 2000. Seção 1, p. 85. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1721.pdf>>.
- BRASIL. Portaria nº - 204, de 17 de fevereiro de 2016. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.** Diário Oficial da União, Brasília, 18 jun. 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.htm>
- CARVALHO, R. SANTOS, S. S. PINTO, N. M. **Hanseníase: deteccção precoce pelo enfermeiro na atenção primária.** Rev. Enfermagem Integrada 2010; 3(2): 606-20. Disponível em: <https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/12-hanseniase-detecccao-precoce-pelo-enfermeiro>

na-atencao-primaria.pdf>.

COMIOTTO, C. **Saúde bucal na estratégia saúde da família: análise bibliométrica da produção do conhecimento no período de 2010 a 2015**. Porto Alegre; 2015. Disponível em:<<https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/72100/49190>>

DUCATTI, I. SOUZA, T. M. S. **A prisão em nome da saúde: o isolamento compulsório em leprosários no Brasil de Vargas**. Rev. Hist. Divers. 2017;9(1): 144-160. Disponível em:<<https://periodicos.unemat.br/index.php/historiaediversidade/article/view/2752/2225>>

EDIT, L. M. **Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira**. Saúde e Sociedade 2004; 13(2): 76-88. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/08.pdf>>.

GRANDE, I. M. P. PROCHNOW, R. SAAB, R. PIZZATTO, E. **Desafios na formação do cirurgião-dentista para o SUS**. Rev. Abeno. 2016;16(3): 2-6. Disponível em: <<https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/viewFile/256/241>>

LANA, F. C. F. LANZA, F. M. CARVALHO, A. P. M. TAVARES, A. P. N. **O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle**. Rev. Enf. UFSM. 2014;4(3): 556-565. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/12550/pdf>>.

MATTOS, G. et al. **A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios**. Ciênc. saúde coletiva, 2014.

Martins, P.V. IRIART, J.A. **Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia**. Physis Revista de Saúde Coletiva 2014; 24(1): 273-289. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00273.pdf>>.

MARTINS, R. J. CARLONI, M. E. O. MOIMAZ, A. S. GARBIN, C. A. GARBIN, A. J. **Conhecimento e experiência dos dentistas em relação à lepra em uma área endêmica no Brasil**. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo 2016;58(2)70-76. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rimtsp/v58/0036-4665-rimtsp-58-00076.pdf>>.

NUNES, J. M. OLIVEIRA, E.M. VIEIRA, N. F. **Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas**. Ciênc. saúde coletiva 2011; 16(1): 1311-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700065>.

PINHEIRO, M.G, SILVA, S.Y. SILVA, F.S. ATAÍDE, C.A. LIMA, I.B. SIMPSON, C.A. **Conhecimento sobre prevenção de incapacidades em um grupo de autocuidado em hanseníase**. Rev. min. enferm2014; 18(4): 895-900. Disponível em:<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/971>>.

RIBEIRO, M.D.A. CASTILLO, I.S. SILVA, J.C.A. OLIVEIRA, S.B. **A visão do profissional enfermeiro sobre o tratamento da hanseníase na atenção básica**. Rev. bras. promoç. saúde 2017; 30(2): 221-228. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6349/pdf>>.

SOUZA, A.L. FELICIANO, K.V. MENDES, M.F. **A visão de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre os efeitos do treinamento de hanseníase**. RevEscEnferm USP 2015; 49(4): 610-618. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0610.pdf>.

SOUZA, J.F.M. SENA, T.C.B. **O envelhecimento institucionalizado de sujeitos sequelados pela hanseníase da U/E Abrigo João Paulo II**. Rev. Kairós Gerantologia. 2014;17(1): 103-123. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/19879/14790>

CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO

Data de aceite: 03/03/2020

Data de submissão: 06/01/2018

Cícera Gláucia Araujo Vilar Costa

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (Unileão)
Juazeiro Do Norte – Ce

Raimunda Alves Correia

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (Unileão)
Juazeiro Do Norte – Ce

[Http://Lattes.cnpq.br/5167951105905457](http://Lattes.cnpq.br/5167951105905457)

Tiago Sousa Araújo

Faculdade De Medicina De Juazeiro Do Norte/
Estácio (Fmj/Estácio)

[Http://Lattes.cnpq.br/9117890810304526](http://Lattes.cnpq.br/9117890810304526)

Monalisa Martins Querino

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (Unileão)
Juazeiro Do Norte – Ce

[Http://Lattes.cnpq.br/9546680356973601](http://Lattes.cnpq.br/9546680356973601)

Monaisa Martins Querino

Instituto De Medicina Integral Professor Fernando
Figueira (Imip)
Petrolina – Pe

[Http://Lattes.cnpq.br/1434065452436944](http://Lattes.cnpq.br/1434065452436944)

Sheyla Maria Lima da Silva

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (Unileão)
Juazeiro Do Norte – Ce

[Http://Lattes.cnpq.br/3660108587095710](http://Lattes.cnpq.br/3660108587095710)

Danielle Targino Gonçalves Moura

Universidade Estadual Da Paraíba (Uepb)
Campina Grande – Pb

[Http://Lattes.cnpq.br/0011909567450982](http://Lattes.cnpq.br/0011909567450982)

Joanacele Gorgonho Ribeiro Nóbrega

Faculdade Santa Maria De Cajazeiras (Fsm)
Cajazeiras – Pb

[Http://Lattes.cnpq.br/1953327906787676](http://Lattes.cnpq.br/1953327906787676)

Janne Eyre Bezerra Torquato

Universidade Paulista (Unip)
Juazeiro Do Norte – Ce

[Http://Lattes.cnpq.br/4466189799354218](http://Lattes.cnpq.br/4466189799354218)

Andressa Gonçalves da Silva

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (Unileão)
Juazeiro Do Norte – Ce

Kelry da Silva Teixeira Aurélio

Faculdade De Juazeiro Do Norte (Fjn)
Juazeiro Do Norte – Ce.

[Http://Lattes.cnpq.br/3192360814491717](http://Lattes.cnpq.br/3192360814491717)

Woneska Rodrigues Pinheiro

Universidade Regional Do Cariri – Ce
Crato – Ce

[Http://Lattes.cnpq.br/3649126005716761](http://Lattes.cnpq.br/3649126005716761)

RESUMO: Esta pesquisa objetiva analisar a percepção dos usuários em relação à consulta de enfermagem no contexto da atenção primária em um município do interior do Nordeste brasileiro. Para tanto, realizou-se uma pesquisa do tipo exploratória, descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida com usuários da consulta de enfermagem da atenção básica. A coleta de dados foi realizada

através de entrevista, utilizando questionário previamente elaborado. A análise foi realizada através do discurso do sujeito coletivo. A pesquisa respeitou os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos, de acordo com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde. O estudo foi composto por uma amostra de 81 usuários, prevalecendo os sujeitos do sexo feminino, a idade predominante foi de 25 a 34 anos, a maioria casados e com ensino médio completo; em relação ao motivo de realização da consulta pelo usuário, destacou-se o planejamento familiar, prevenção contra o câncer de cólon e mama e hipertensão; uma menor representatividade dos participantes associou o motivo da consulta ao pré-natal, puericultura e diabetes mellitus; sobre a compreensão dos usuários em relação à consulta de enfermagem, observou-se que tal concepção está relacionada ao motivo que levou o sujeito a realizar a consulta, relacionando a importância do enfermeiro na prestação de cuidados de determinado indivíduo ou grupo; e quanto à satisfação dos usuários com a consulta de enfermagem é possível perceber, a partir dos discursos, que os problemas da maioria dos participantes da pesquisa foram resolvidos durante a consulta de enfermagem, originando satisfação para os usuários que precisam e buscam os serviços de saúde da atenção primária. Portanto, a execução do estudo permitiu a verificação da relevância de um acolhimento humanizado e orientações coerentes com a realidade e a cultura para a satisfação dos usuários com a consulta de enfermagem na atenção primária.

PALAVRAS CHAVE: Atenção primária à saúde, Consulta de enfermagem, Assistência à saúde.

NURSING CONSULTATION IN PRIMARY HEALTH CARE: USER PERCEPTION

ABSTRACT: This research aims to analyze the perception of users in relation to nursing consultation in the context of primary care in a city in the northeast of Brazil. To this end, an exploratory, descriptive research with a qualitative approach was conducted, developed with users of the primary care nursing consultation. Data collection was performed through interviews using a previously prepared questionnaire. The analysis was performed through the collective subject discourse. The research respected the ethical and legal aspects involving research with human beings, according to the Resolution 196/96 of the Ministry of Health. The study consisted of a sample of 81 users, prevailing female subjects, the predominant age was from 25 to 34 years old, mostly married and with complete high school; Regarding the reason for consultation by the user, family planning, colon and breast cancer prevention and hypertension were highlighted; a lower representation of the participants associated the reason for prenatal consultation, child care and diabetes mellitus; Regarding the users' understanding regarding the nursing consultation, it was observed that this conception is related to the reason that led the subject to the consultation, relating the importance of the nurse in the care delivery of a particular individual or group; and regarding the users' satisfaction with the nursing consultation, it is possible to realize from the speeches that the problems of most research participants were solved during the nursing consultation, resulting in satisfaction for users who need and seek health services. of primary care.

Therefore, the execution of the study allowed the verification of the relevance of a humanized reception and orientations coherent with the reality and culture for the users satisfaction with the nursing consultation in primary care.

KEYWORDS: Primary health care, Nursing consultation, Health care.

1 | INTRODUÇÃO

As ações e serviços de saúde direcionados à população têm notável relevância pública e são garantidas pela Constituição Brasileira. Nessa perspectiva a saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidade”. Nesse contexto, a saúde pública encontra-se vinculada a um processo social mais amplo, resultante de uma complexa trama de fatores e relações, desde o nível familiar, domiciliar, bairro, região, até os mais distantes (NAVAI; FRAZÃO, 2008).

Para ofertar condições acessíveis de promoção e recuperação de saúde, dispõe-se do Sistema Único de Saúde (SUS) que se constitui num conjunto organizacional do Estado brasileiro, que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, manifestando em ações os princípios e diretrizes desta política. Caracteriza-se como um conjunto de organizações públicas de saúde existente nas esferas municipal, estadual e nacional, além dos serviços privados que integram essa cadeia de forma complementar através de contratos e convênios, elevando a prestação de serviços aos usuários do sistema (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde criou o programa Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo assistencial do SUS, a partir da atenção básica, modelo que serve de base para a mudança na lógica da organização do sistema de saúde. Tendo como enfoque principal a família, núcleo social alvo, em um território definido, que por sua vez é atendida uma equipe de saúde, agregando ainda os princípios da responsabilidade social, interdisciplinaridade, intersetorialidade e a vigilância em saúde (COSTA; CARBONE, 2004).

Para atender os usuários, as equipes de saúde da família são compostas, no mínimo, por um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que devem cumprir jornada de trabalho de 40 horas semanais, medida que vale para todos os integrantes. A equipe quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene bucal. O acompanhamento de no máximo quatro mil habitantes, sendo em média três mil de uma determinada área é a responsabilidade assumida por cada equipe, que deve conter um número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada (RODRIGUES, 2011).

No desenvolvimento das ações e serviços de saúde, os profissionais devem ser orientados para o cuidado integral dos indivíduos inseridos em suas respectivas famílias e comunidades. Dessa forma, esses profissionais devem estar preparados para resolver 85% dos problemas de saúde, reforçando a temática de que os profissionais atendam todas as necessidades de saúde, faixa etária e fases do desenvolvimento humano (BRASIL, 2005).

A atuação das equipes ocorre nos espaços das Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos domicílios e na mobilização da comunidade, desempenho que deve ser estabelecidos através de parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais, de modo a ampliar o potencial de intervenção em situações que transcendem os limites do setor saúde (RODRIGUES, 2011).

Os diversos profissionais de uma equipe de saúde possuem atribuições conjuntas como a participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos; concretizar ações de atenção integral, de acordo com a necessidade de saúde da população local; efetivar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; garantir a integralidade da atenção por meio da realização de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas, além de outras atribuições da equipe e as específicas da cada profissional (BRASIL, 2005).

Dentre as atribuições específicas do enfermeiro, destaca-se a assistência integral às pessoas e famílias na UBS, domicílio e demais espaços comunitários; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde da Família (USF); e realizar consulta de enfermagem, solicitando exames complementares e prescrevendo medicações, observadas as disposições legais conforme protocolos e normas técnicas, caracterizando o proeminente papel do enfermeiro na atenção básica (RODRIGUES, 2011).

De acordo com a Resolução COFEN-159/1993, a consulta de enfermagem é atividade privativa do enfermeiro, em que se utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e programar medidas de Enfermagem que contribuam para promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Tendo como fundamento os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde. Considerando que a consulta de enfermagem é composta do histórico de enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem (COFEN, 1993).

Mediante as ideias abordadas, observa-se a importância do profissional enfermeiro na atenção básica, ao mesmo tempo em que se desperta a necessidade de investigar a respeito da percepção da população com relação à consulta de enfermagem.

A pesquisa torna-se relevante visto que a opinião dos usuários, receptores da assistência, consiste em um artifício importante para uma estimativa e possível melhoria nos serviços de saúde oferecidos na atenção básica.

O estudo contribuirá para uma reflexão na prática dos profissionais enfermeiros, em que eles obterão respostas para avaliar a consulta de enfermagem quanto à necessidade de aprimoramento das atividades desenvolvidas ou continuidade da assistência prestada, através da publicação do estudo em meio científico, bem como se constituirá numa fonte de dados para futuras pesquisas.

Assim, esta pesquisa objetiva analisar a percepção dos usuários em relação à consulta de enfermagem no contexto da atenção primária em um município do interior do Nordeste brasileiro.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratória, descritivo com abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória, designada por alguns autores como estudo quase científico ou não científico caracteriza o passo inicial no processo de pesquisa pela experiência e auxílio que traz a formulação de hipóteses significativas. Dessa forma, tal método promove familiaridade com o fenômeno ou obtenção de uma nova percepção do mesmo, como também realiza descrições precisas da situação e, ainda exige um planejamento bastante flexível para possibilitar a consideração dos mais diversos aspectos de um problema ou situação (CERVO; BERVIAN, 2002).

O estudo descritivo é realizado a partir da observação, registro, análise, classificação e interpretação, tarefas realizadas pelo pesquisador, porém, sem a interferência do mesmo, ou seja, os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo investigador (ANDRADE, 2003).

Para Cervo e Bervian (2002) a pesquisa descritiva se compromete a descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características, além das situações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo particularmente como de grupos mais complexos.

Para Marconi e Lakatos (2010), a metodologia qualitativa preocupa-se em investigar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornecendo uma descrição mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamentos.

Participaram desta pesquisa 81 usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que preencheram os critérios de inclusão, que foram: idade superior a 18 anos; ser usuário da UBS; ter passado por uma consulta de enfermagem nos últimos trinta dias, tendo como base para esse cálculo o dia de sua identificação como potencial sujeito do estudo; ter aptidão mental; e aceitar participar da pesquisa.

A amostragem foi sequencial e/ou consecutiva, que consistiu em recrutar todos os usuários cadastrados na ESF (enquadrados dentro dos critérios de inclusão) que procurassem a unidade para consulta de enfermagem, obtendo este atendimento, no período determinado no estudo para coleta de dados.

Para coleta dos dados foi realizada entrevista aplicando questionário previamente estruturado que foi composto por questões subjetivas. Para manter o anonimato dos sujeitos, as falas foram identificadas por pseudônimos como Suj. 1, Suj. 2, Suj. 3...

Após a coleta, os dados foram organizados e analisados de forma criteriosa, propondo dessa forma uma interpretação simples e fidedigna dos resultados.

As falas foram analisadas através da análise do discurso do sujeito coletivo, que consiste na técnica de analisar o material verbal coletado em pesquisas que tem depoimentos como sua matéria prima, extraindo-se de cada um destes depoimentos as ideias centrais e suas correspondentes expressões, compondo-se, assim, um ou vários discursos-síntese que são os discursos do sujeito coletivo (LEFEVRE, 2003).

Para Minayo (2004), a análise do discurso pode ser considerada como uma proposta crítica que busca problematizar as evidências e explicar seu caráter ideológico, revelando que não há discurso sem sujeito nem sujeito sem ideologia. Dessa forma, a análise do discurso se caracteriza pela explicação de um ponto de vista, que considerado texto é tomado enquanto unidade significativa e pragmática, isto é, é portador do contexto situacional expresso pelo sentido.

A pesquisa obedeceu aos preceitos que envolver seres humanos, segundo a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do (MS), que visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, a comunidade científica e ao Estado.

Os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos, o instrumento de coleta e informações acerca do estudo e na ausência de dúvidas assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (TCPE).

3 | APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados foi dividida em duas fases, sendo a primeira delas composta da caracterização dos participantes do estudo, destacando-se, dessa forma, as questões de caráter sócio demográfico (sexo, idade, estado civil, escolaridade e

renda familiar).

E a segunda fase aborda as questões subjetivas, em seus aspectos qualitativos, organizadas através do discurso do sujeito coletivo, esquematizadas a partir das falas dos sujeitos pesquisados, sendo elas: Motivo da Realização da Consulta de Enfermagem pelo Usuário da Unidade Básica de Saúde; Compreensão do Usuário da ESF Sobre a Consulta de Enfermagem; e Satisfação dos usuários da ESF perante a consulta de enfermagem.

4 | CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A partir da realização da coleta dos dados em que a população do estudo foi representada pelos usuários das ESFs, obteve-se uma amostra de 81 participantes. Sendo a maioria do sexo feminino (n=69), enquanto os homens representaram uma minoria (n=12). Com relação à idade atual dos participantes prevaleceu o intervalo de 25 e 34 anos (n=34), seguida 18 a 24 anos (n=22), 35 a 45 anos (n=8) e acima de 45 anos (n=17). Em relação ao estado civil predominou o perfil de casado (a) (n=42), seguido de solteiro (a) (n=32), separado (a) (n=6) e viúvo (a) (n=1). Quanto à escolaridade, a maioria dos participantes tinha o ensino médio completo (n=61), seguida do ensino fundamental completo (n=11) e com graduação (n=09). Em relação à renda familiar, a maioria declarou um salário mínimo (n=59).

Estes resultados corroboram com a pesquisa realizada por Pereira *et al.* (2012), que ao analisar o perfil social do usuário do sistema único de saúde na atenção primária em saúde, entrevistou 112 usuários, dos quais 80,4% dos indivíduos eram do sexo feminino, sendo a média de idade de todos os participantes de 37 anos, quanto ao estado civil a maioria (72,3%) eram casados e com relação a renda familiar (51,8%) ganhava um salário mínimo.

É possível observar a predominante presença do público feminino nos serviços de saúde da atenção primária, o que pode estar relacionado ao fator cultural, pois como afirma Separavich (2011) a ideia de saúde e cuidado é expressa como características femininas, enquanto os homens assumem papéis mais ativos na sociedade seja para manter a posição de chefe ou mostrar uma masculinidade idealizada.

5 | MOTIVO DA REALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PELO USUÁRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

O profissional enfermeiro da ESF realiza a consulta de enfermagem que, por sua vez, deve contribuir para ultrapassar o processo de atendimento sob a ótica do modelo biomédico e constituir relações de vínculos entre os indivíduos com o

intuito de identificar as situações de risco mais amplas com destaque para a social e psíquica, para um planejamento de ações e prestação de uma assistência qualificada e integral aos usuários.

Nesse sentido, a consulta de enfermagem consiste em uma atividade autônoma, pela qual o profissional tem a possibilidade de instituir laços consistentes com o cliente, podendo ainda fornecer dados relevantes, não apenas relacionados à condição física momentânea do paciente, como também promover a abertura de espaço para outras dimensões merecedoras de atenção (TRINDADE *et al.*, 2011).

Nesse contexto, o primeiro questionamento feito aos sujeitos foi relacionado ao motivo que levou o usuário da ESF a procurar a consulta de enfermagem, nesta indagação, a maioria dos discursos apontaram como tema central o “planejamento familiar, a prevenção do câncer de cólon de útero e mama e controle da Hipertensão arterial”, como se observa nas afirmações abaixo:

“Planejamento familiar (...) Pegar ciclo 21 (...) Prevenir gravidez e DSTs (...) A troca do método anticoncepcional” Suj. 06, Suj. 10, Suj. 11, Suj. 14, Suj. 15, Suj. 19, Suj. 50, Suj. 51, Suj. 53, Suj. 54, Suj. 55

“Prevenção do câncer de cólon de útero e mama (...) Porque tava com muito tempo que tinha feito o exame de prevenção (...) Prevenção” Suj. 02, Suj. 04, Suj. 18, Suj. 23, Suj. 24, Suj. 33, Suj. 34, Suj. 37, Suj. 78...

“Prevenção de doenças” Suj. 21

“Hipertensão arterial (...) A pressão alta, muito alta (...) Pra saber como tá a pressão e pegar os remédios” Suj. 01, Suj. 05, Suj. 17, Suj. 29, Suj. 43, Suj. 47, Suj. 66, Suj. 76, Suj. 79, Suj. 81...

Acredita-se que o destaque dos três temas supracitados esteja relacionado ao fato da prevalência da figura feminina no estudo, representando uma realidade já evidenciada, como também a preocupação dessas mulheres com a manutenção da saúde através da prevenção tanto de doenças como de gravidez indesejada, uma vez que a sociedade tem acesso a várias formas de educação preventiva e aos meios de prevenção oferecidos gratuitamente, além da crescente presença feminina no mercado de trabalho, evento que expressa maior independência e exigência de planejamento nas ações relacionadas à saúde.

Quanto a Hipertensão Arterial, associa-se a elevada incidência e cronicidade da doença, resultando numa grande procura desses pacientes pelos serviços de saúde da atenção primária, que atende principalmente a população de baixa renda.

É visível a relevância do profissional de enfermagem para a implementação dos programas de saúde na ESF durante a consulta de enfermagem, que se direciona para a saúde da criança (puericultura), saúde da mulher (pré-natal, coleta de citopatológico, programa de planejamento familiar), saúde do adulto, além de

visita domiciliar, educação em saúde nos grupos gestantes, doenças crônicas (DM e HAS), em escolas, associação de bairros (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

O planejamento familiar é um conjunto de medidas pelas quais são fornecidos recursos para auxiliar tanto na concepção quanto a anticoncepção, de acordo com a escolha e necessidade do cliente, ressaltando que esses recursos devem ser aceitos de forma a não colocar em risco a vida ou a saúde das pessoas que os utilizam, devendo ainda ser ofertados em quantidade suficiente para garantir aos usuários o direito de escolha. Assim, no Brasil, a assistência de planejamento familiar é oferecida pelas equipes da, um modelo de política pública de saúde que traz a proposta de trabalho em equipe, e corresponde a uma das sete áreas prioritárias de intervenção na atenção básica (DAMASCENO *et al.*, 2009).

Para a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (2002), o planejamento familiar é um direito de todos os cidadãos e deve ter qualidade nos serviços oferecidos, em que a atenção deve ser personalizada, os usuários tratados com dignidade e mantida sua privacidade, manutenção de abastecimento adequado de anticoncepcionais e insumos, ressaltando que a orientação consiste em um pré-requisito relevante para a iniciação e continuidade de uso de um método anticoncepcional onde a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis deve ser incentivada, de forma que a dupla proteção deve ser estimulada.

Sobre a prevenção do câncer de cólon de útero e mama, é fundamental incentivar a mulher a adotar hábitos saudáveis de vida, o que consiste no estímulo à exposição de fatores de proteção, em que um desses hábitos é a realização do exame citopatológico, que deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos, somado ao autoexame mensal das mamas. Além de dicas que podem auxiliar na prevenção de várias doenças, como alimentação saudável, atividade física regular, evitarem ingestão de bebidas alcoólicas e uso de fumo (BRASIL, 2006a).

O programa de tratamento de hipertensão e diabetes inserido na ESF conta com a participação do profissional enfermeiro, que por sua vez, atua não apenas na consulta de enfermagem para pessoas já diagnosticadas, mas também na educação em saúde, objetivando a prevenção de outras doenças e de complicações. As ações de educação em saúde são imprescindíveis para que os pacientes passem do papel de passivos para o de participantes ativos do seu tratamento, capazes de concretizarem escolhas e de adotarem condutas saudáveis, não por imposição de profissionais, mas a partir de uma tomada de consciência sobre a sua importância (COSTA; ARAUJO, 2008).

A consulta de enfermagem direcionada ao hipertenso deve compreender a descrição de um levantamento de dados com enfoque mais amplo do que uma anamnese médica e para esta consulta ocorrer na prática, não basta apenas a

boa vontade do enfermeiro, é preciso se dispor de recursos materiais e humanos. Entre as condições importantes para a realização da consulta, destacam-se o preparo adequado do profissional para desempenho da atividade, uma relação mais condizente entre número de pessoas atendidas e profissionais e a determinação de funções específicas, com clara definição das atribuições de cada um na equipe (SILVA *et al.*, 2011).

Nesse sentido, a consulta de enfermagem consiste numa estratégia que proporciona a realização de práticas preventivas e educativas para a saúde da mulher, em que a realização dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde representa um instrumento viabilizador de promoção da saúde. Ressalta-se ainda a importância da relação estabelecida durante as consultas, possibilitando uma comunicação efetiva que pode contribuir para o entendimento da mulher sobre sua condição de saúde, potencialidades e capacidades de mudanças, tanto pessoais quanto familiares, além da escuta atenta que revela uma forma importante das mulheres se sentirem amparadas e seguras acerca das orientações que receberam (EBLING; CARPES; SILVA, 2009).

Dentro dos discursos dos sujeitos, uma minoria relatou situações mais específicas que os levaram à consulta com o profissional de enfermagem como “pré-natal, diabetes mellitus, e puericultura”, como se verifica nos discursos que seguem:

“Pré-natal” Suj. 08, Suj. 09, Suj. 27, Suj. 31, Suj. 60, Suj. 69.

“Manter uma gravidez saudável (...) Fazer o pré-natal corretamente (...)O acompanhamento da gravidez” Suj. 13, Suj. 41, Suj. 46

“Diabetes Mellitus (...) Doença, sou diabética (...) Controlar a diabetes” Suj. 07, Suj. 39, Suj. 45, Suj. 48, Suj. 71, Suj. 77.

“Puericultura (...)Manter a saúde do meu filho (...)Pra saber se ela estava bem (a criança)” Suj. 03, Suj. 12, Suj. 28, Suj. 30

O pré-natal assim como a puericultura consiste em situações específicas, menos comum no contexto da atenção básica quando comparadas às doenças crônicas que exigem acompanhamento constante, além desse tipo de procedimento está relacionado à figura feminina, uma vez que, não é comum a presença masculina nas consultas de pré-natal e puericultura, evidenciando-se assim, essa minoria de usuários.

Um pré-natal de qualidade é o principal caminho para um bom parto, porém uma assistência de qualidade não necessita apenas de procedimentos técnicos de alta complexidade, pois uma das qualidades desta assistência consiste em um relacionamento de confiança entre o profissional e a gestante, dessa forma o

enfermeiro que atua em uma ESF tem que desempenhar uma função direcionada para a humanização junto às gestantes, porque é na primeira consulta que inicia o contato entre o enfermeiro e a gestante formando um vínculo de confiança (MATOS; RODRIGUES; RODRIGUES, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, o diabetes mellitus atinge grande contingente populacional, traduzindo-se em um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. No Brasil, o diabetes juntamente com a hipertensão arterial é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, amputações de membros inferiores. No entanto, já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e retardar o aparecimento do diabetes e suas complicações (BRASIL, 2006a).

A puericultura concretiza-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento através da observação do calendário vacinal, orientações às mães sobre aleitamento materno, higiene individual e ambiental e identificação precoce de agravos, visando uma intervenção efetiva e apropriada. Para tanto, implica-se a atuação de toda equipe de atenção à criança, de forma conjunta, permitindo a ampliação na oferta dessa atenção, pela consulta de enfermagem, consulta médica e grupos educativos (CAMPOS *et al.*, 2011).

Ao realizar a consulta de enfermagem em puericultura, o profissional segue etapas que direcionam suas ações de forma sistematizada e a realização da consulta desde o nascimento da criança, seja ela no domicílio ou na USF proporciona ao enfermeiro uma aproximação das famílias, interação com as mesmas e, assim, o profissional se percebe sendo mais bem aceito, à medida que as famílias e a comunidade vão conhecendo-o e passando a seguir cada vez mais suas orientações, com maior confiança (PEREIRA *et al.*, 2012).

Nesse contexto, a consulta de enfermagem no domínio da atenção básica consiste numa atividade independente que promove condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa e para tanto, o profissional necessita de competência técnica, interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade. Nesse sentido, esta atividade envolve um processo de interação entre enfermeiro e usuário, na busca da promoção da saúde e prevenção de doenças (COSTA *et al.*, 2012).

6 | COMPREENSÃO DO USUÁRIO DA ESF SOBRE A CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem consiste numa atividade privativa do enfermeiro, a

qual se utiliza de método científico para identificar situações de saúde ou doença para seguir com a prescrição e implementação de medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade, fundamentada nos princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde (COFEN, 1993).

Um segundo questionamento abordou a compreensão dos participantes acerca da consulta de enfermagem e por se tratar de uma pergunta subjetiva, obtiveram-se respostas relacionadas a vários temas, como a ligação da consulta de enfermagem com os programas desenvolvidos na ESF e a comparação com a consulta médica, como se afirma nas expressões abaixo:

“É um complemento necessário para ajudar no desenvolvimento da criança” Suj. 30

“Importante para o controle de gestantes e hipertensos” Suj. 52

“É importante para não engravidar” Suj. 64

“Acompanhamento dos programas de Saúde da família” Suj. 55

“A mesma consulta médica só que com profissional diferente (...) É parecida com a consulta do médico (...) Assim, ela substitui o médico (...) Auxílio que ela dar para o médico” Suj. 50, Suj. 51, Suj. 54, Suj. 58

É importante observar que a compreensão de alguns dos participantes sobre a consulta de enfermagem está relacionada ao motivo que o levou a realizar a consulta, relacionando a importância do enfermeiro na prestação de cuidados de determinado indivíduo ou grupo. E quanto à relação com a consulta médica, vale ressaltar que ambas são independentes e necessárias, além das atividades desenvolvidas pelos demais membros (ACS e técnico de enfermagem) para se tornar possível a implementação dos serviços prestados pela equipe de saúde da família.

As dimensões da prática da enfermagem associada à consulta têm por finalidade acolher aos diversos tipos de demandas em suas particularidades, considerando os aspectos situacionais como os sociais e culturais, simbolizando um instrumento capaz de potencializar a avaliação processual de resultados e impactos nas ações de enfermagem, bem como permite a captura de padrões diferenciados de suas práticas em diferentes contextos (SILVA *et al.*, 2010).

Na ESF, o enfermeiro, particularmente, desenvolve ações individuais e coletivas, sejam na unidade de saúde, durante as consultas ou em lares, escolas, associações comunitárias, igrejas e outros espaços das comunidades, o cuidado oferecido às famílias, sujeitos e comunidades envolve crianças, adolescentes, adultos e idosos nas diferentes situações do processo saúde-doença (XIMENES, 2011).

Nessa perspectiva, o autor supracitado ressalta ainda que com as melhorias

e impactos no estado de saúde da população, proporcionado pela ESF e a necessidade de descentralização das ações e serviços de saúde o mais próximo possível dos territórios onde habitam e vivem os sujeitos e suas famílias, o Ministério da Saúde estabeleceu as áreas de atuação estratégicas mínimas, como: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, atenção à saúde bucal, da mulher e da criança.

A abordagem da consulta de enfermagem, embasada no diagnóstico de enfermagem, é bem distinta da consulta médica, cujo diagnóstico médico, decorrente do julgamento de um conjunto de sinais e sintomas que determinam uma patologia, é de competência do profissional médico; logo, a consulta de enfermagem não substitui a consulta médica e vice-versa, tendo que se ponderar a importância e a necessidade de atuação do médico no acompanhamento das gestantes (OLIVEIRA; RAMOS, 2011).

Para o mesmo autor supracitado os principais pontos positivos destacados na consulta de enfermagem consistem na disponibilidade e as informações suficientes e claras sobre cuidados de saúde, enquanto na consulta médica foram os sentimentos de segurança e a competência demonstrada pelos profissionais.

Nesse contexto, Alves *et al.* (2012), descreve que a enfermagem se distingue de outros profissionais por permanecer mais tempo na Unidade de Saúde, por atuarem nas mais diversas áreas e por concretizar mais atividades junto e na comunidade adscrita, permitindo o reconhecimento da profissão como acessível à população. Acredita-se que esse profissional sempre se configurou como maioria entre os demais profissionais da área da saúde, evento observado na atualidade, em que a enfermagem está inserida como maior número de recursos humanos dos serviços de saúde em todos os seus níveis de assistência.

No campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (OLIVEIRA; RAMOS, 2011).

Ainda a respeito da compreensão da consulta de enfermagem na concepção dos participantes, encontraram-se também depoimentos pautados no vínculo de confiança através do diálogo com o profissional, orientações para o cuidado com a saúde e a associação com a prevenção de doenças, como se confirma nos discursos seguintes:

“É um acompanhamento onde o paciente cria vínculo de confiança para surgir o diálogo que é a base de tudo... (...) É uma conversa, diálogo onde a enfermeira atende bem e explica” Suj. 23, Suj. 37

“É um meio de orientar pessoas que não sabem se prevenir contra gravidez

indesejada e DSTs (...) É muito importante porque assim nos prevenimos e somos orientados de forma correta (...) É a consulta em que é feita orientações sobre gravidez e como devo me cuidar” Suj. 13, Suj. 20, Suj. 44,

“É onde a gente tira as dúvidas” Suj. 31

“Nas consultas de enfermagem a enfermeira faz um trabalho preventivo e de acompanhamento de pacientes de doenças crônicas (...) “Importante forma de prevenir doenças” Suj. 53, Suj. 73

A comunicação é um processo interpessoal que envolve trocas verbais e não verbais de informações e ideias, nesse sentido o diálogo não se refere apenas ao conteúdo, mas também aos sentimentos e emoções que as pessoas podem transmitir num relacionamento, considerado-se como um dos mais importantes fatores utilizados para estabelecer um relacionamento terapêutico enfermeiro-cliente (DIÓGENES; LINARD; TEIXEIRA, 2010).

Na história da enfermagem brasileira e da consulta de enfermagem, se concretizou o trabalho da enfermeira na área de Saúde Pública, o que se transformou em fator terminante para a implantação da consulta. Dessa forma, a educação dos clientes e o fornecimento de informação (orientação) são ações de proteção que caracterizam a essência da consulta. Contudo, educar implica no desenvolvimento de outras hierarquias de aprendizagem (habilidades psicomotoras e atitudes), e todas elas associadas é que poderão constituir-se em subsídios para as alterações de comportamentos e atitudes de saúde (COSTA *et al.*, 2012).

Dessa forma, a comunicação é importante não somente para conhecer as queixas da cliente, mas também para estabelecer uma forma de interação enfermeira-usuário, tornando acessível e possibilidade de entendimento das informações fornecidas ao paciente, as quais devem chegar de forma clara e objetiva a fim de facilitar a apreensão do conhecimento em tese. Assim, uma orientação devidamente contextualizada e embasada em uma relação de confiança contribui para uma repercussão na qualidade do cuidado de enfermagem e no processo de conscientização da clientela para o autocuidado (DIÓGENES; LINARD; TEIXEIRA, 2010).

7 | SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DA ESF PERANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM

Avaliar os serviços do PSF, tomando por base opiniões dos usuários favorece o conhecimento de aspectos do trabalho que vem sendo desenvolvido e, conseqüentemente, aponta possibilidades e caminhos para o seu redirecionamento e implementação para efetivação dos cuidados, uma vez que a prestação dos mesmos não é algo estático, mas sim um processo ativo e participativo tanto do prestador

como dos usuários.

Quanto à satisfação dos usuários com a consulta de enfermagem, as respostas foram todas positivas, destacando-se bom atendimento, resolução do problema, explicações precisas, trabalho educativo e orientações importantes prestadas pelo profissional. O estudo demonstra que a população encontra um ambiente de profissionais competentes, gerando a satisfação que se verifica nos discursos abaixo:

“Muito satisfeita, porque sempre sou bem atendida e sempre encontro resolução do meu problema” Suj. 33

“Sim, porque realizei bem o que vim fazer” Suj. 40

“Sim, porque meu problema foi resolvido” Suj. 58, Suj. 64

“Sim, porque fui muito bem atendida (...) Sim, porque a enfermeira me trata bem e explica tudo que preciso saber para cuidar do meu filho (...) Sim, porque todas as vezes que precisei fui bem atendida, bem informada e orientada” Suj. 13, Suj. 15, Suj. 35, Suj. 23, Suj. 12

“Sim, porque é um trabalho excelente, educativo e tem sempre orientações boas” Suj. 67

“Sim, pois sempre que venho saio satisfeita e tiro minhas dúvidas” Suj. 72

Machado *et al.* (2012), em estudo sobre características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza observou que a maioria estava satisfeita principalmente com o atendimento recebido pelas crianças, em que o profissional tratou a mãe/criança pelo nome, o atendimento ocorreu no dia em que a mãe necessitou e a sala de espera da unidade possuía entretenimento para a criança. A satisfação das usuárias está relacionada com a relação estabelecida com os profissionais de saúde, porém a organização do serviço e a infraestrutura das unidades ainda são consideradas pontos frágeis.

Através da consulta de enfermagem é possível proporcionar a ampliação do atendimento na rede básica de saúde, por meio da oferta de ações programáticas e adaptadas às demandas sociais por serviços de saúde, de modo a ser coerente com as noções de território e os problemas de saúde. Quanto às características da consulta de enfermagem 32,5% relataram que a duração era de até 5 minutos, no entanto, em relação à satisfação do usuário 67,4% relataram estarem muito satisfeitos com o cuidado prestado pelo enfermeiro, dessa forma, percebe-se que o fator tempo não influencia no seu juízo de satisfação, uma vez que os usuários mostram-se bastante satisfeitos com o atendimento da enfermagem (COTTA *et al.*, 2005).

Para Medeiros (2010), o acolhimento dispensado no estabelecimento de

relações de aproximação de modo humanizado contribui para efetivação dos recursos disponíveis e resolução dos problemas dos usuários, no ambiente da atenção básica, dessa forma, o bom atendimento não significa a resolução completa dos problemas referidos pelos usuários, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas e a identificação das necessidades, sejam estas individuais ou coletivas, gerando empatia nas relações entre profissional e usuário.

Nesse contexto, cuidar exige que os enfermeiros prestem cuidados de qualidade centrados na pessoa, logo, é nesta linha de pensamento que a percepção dos usuários acerca dos cuidados prestados não pode ser esquecida, pois contribui de forma terminante para a melhoria dos serviços. Nesse sentido, a satisfação comunitária com o PSF aponta sempre para um bom nível de aprovação popular, em decorrência do maior acesso aos cuidados médicos e de enfermagem, melhoria do nível de informação do processo saúde-doença e a existência da visita domiciliar como elemento chave da prevenção e do acompanhamento (CHAVES *et al.*, 2012).

8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consulta de enfermagem na atenção primária é uma atividade desenvolvida pelo profissional enfermeiro, na qual ocorre a promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, família e comunidade, com o objetivo de proporcionar condições para uma melhor qualidade de vida, através de uma abordagem contextualizada e participativa de cada usuário que procura esse serviço de saúde.

Quanto ao perfil dos participantes do estudo, predominou a tendência de sujeitos do sexo feminino; sobre a idade atual prevaleceu o intervalo de 25 a 34 anos; com relação ao estado civil predominou o perfil casado; em relação ao nível de escolaridade a maioria tinha o ensino médio completo; e quanto a renda familiar prevaleceu a de um salário mínimo, características que se assemelham a de outros estudos abordando a mesma temática.

Em relação ao motivo de realização da consulta pelo usuário, destacou-se o planejamento familiar, prevenção contra o câncer de cólon e mama e hipertensão. Uma menor representatividade dos participantes associou o motivo da consulta ao pré-natal, puericultura e diabetes mellitus.

Sobre a compreensão dos usuários em relação à consulta de enfermagem, observou-se que tal concepção está relacionada ao motivo que levou o sujeito a realizar a consulta, relacionando a importância do enfermeiro na prestação de cuidados de determinado indivíduo ou grupo.

Quanto à satisfação dos usuários com a consulta de enfermagem, é possível

perceber a partir dos discursos que os problemas da maioria dos participantes da pesquisa foram resolvidos durante a consulta de enfermagem, originando satisfação para os usuários que precisam e buscam os serviços de saúde da atenção primária. Fato que se torna possível através de um trabalho conjunto de toda a equipe de saúde da família em proporcionar um atendimento humanizado, em que o usuário se sinta bem acolhido.

Portanto, a execução do estudo permitiu a verificação da relevância de um acolhimento humanizado e orientações coerentes com a realidade e a cultura para a satisfação dos usuários com a consulta de enfermagem na atenção primária.

Logo, os participantes estão satisfeitos com a consulta de enfermagem, porém não conhecem o real significado dela, fazendo-se necessário que o usuário perceba o real sentido e objetivo da consulta de enfermagem e que esta é regulamentada por lei, possuindo função própria e específica, não podendo substituir a consulta de outros profissionais.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. da S.; FABRI, A. da C. O. C.; FAQUIM, L. J.; OLIVEIRA, M. L. L.; LOPES, F. N.; FREIRE, P. de V. Saberes de enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde sobre conceitos de enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2012. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/171/250>>. Acesso em 05 de agosto de 2013.

ANDRADE, M. M. de. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2003, p. 124.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde**. Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília: Ministério da saúde, 2005.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006B.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006A.

CAMPOS, R. M. C.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V. da; SAPAROLLI, E. C. L. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf>>. Acesso em 02 de agosto de 2013.

CEARÁ, Secretaria da Saúde do Estado. **Manual de Normas para Saúde da Criança na Atenção Primária**. Secretariada Saúde do Ceará. - Fortaleza: SESA, 2002A.

CEARÁ, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde. **Saúde reprodutiva e sexual: um manual para a atenção primária e secundária** (nível ambulatorial). Secretaria de Saúde do Ceará. Fortaleza: SESA-CE, 2002.

CERVO, M. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002, p. 69.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN – 159/1993**. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em 27 de fevereiro de 2013.

COSTA, E. M. A. Sistema Único de saúde. In: Elisa Maria Amorim Costa e Maria Hermina Carbone. **Saúde da Família – uma abordagem interdisciplinar**. Livraria e editora Rubio Ltda, 2004, p. 03 – 06.

COSTA, F. B. C.; ARAUJO, T. L. de. Consulta de enfermagem a portadores de hipertensão arterial: a Prática de enfermeiros no psf do ceará. **Rev. RENE. Fortaleza, jan./mar.2008**. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/678>>. Acesso em 01 de agosto de 2013.

COSTA, F. dos S.; SILVA, J. L. L.; GONZÁLEZ, R. R. M. de O.; MACHADO, E. A. valorizando a consulta de enfermagem enquanto prática profissional no contexto do programa saúde da família (psf). **R. pesq. fundam. online 2012**. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1293/pdf_629>. Acesso em 02 de agosto de 2013.

COTTA, R. M. M.; MARQUES, E. S.; MAIA, T de M.; AZEREDO, C. M.; SCHOTT, M.; FRANCESCHINI, S. do C.; PRIORE, S. E. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Ciência Médica: PUCRS, out./dez. 2005**. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article>>. Acesso em 02 de agosto de 2013.

DAMASCENO, A. K. de C.; CORDEIRO, M. L.; FREITAS, L. V.; OLIVEIRA, A. S de; MOURA, E. R. F. Planejamento familiar na estratégia saúde da família em fortaleza: avaliação da consulta de enfermagem. **VII Cong. Bras. de Enfer. Obst. e Neonat., junho de 2009 Teresina-PI**. Disponível em: <<http://abenfopi.com.br/vicobeon/COMORAL/Maria%20de%20Lurdes%20Garcia%20Andrade/Planejamento%20Familiar%20consulta%20de%20enferm.pdf>>. Acesso em 02 de agosto de 2013.

DIÓGENES, M. A. R.; LINARD, A. G.; TEIXEIRA, C. A. B. Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de enfermagem em ginecologia. **Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 38-46, out./dez.2010**. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/419/pdf>>. Acesso em 05 de agosto de 2013.

EBLING, S. B. D.; CARPES, L. de O.; SILVA, M. M. da. Consulta de enfermagem na prevenção do câncer do colo uterino: relato de experiência. **Revista Contexto & Saúde jul./dez. 2009**. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1454/1210>>. Acesso em 01 de agosto de 2013.

LEFEVRE, A. M. C. Pesquisa Qualitativa levada a sério. **IPDSC, 2003**. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/quali-saude/Discurso_o_que_e.htm>. Acesso em 27 de maio de 2013.

MACHADO, M. M. T.; LIMA, A. S. S.; BEZERRA, J. G. F.; MACHADO, M de F. A. S.; LINDSAY, A. C.; MAGALHÃES, F. B.; GAMA, I da S.; CUNHA, A. J. L. A. da. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva, 2012**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a27.pdf>>. Acesso em 02 de agosto de 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 283.

MATOS, D. S.; RODRIGUES, M. S.; RODRIGUES, T. S. Atuação do enfermeiro na assistência ao

pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. **Rev. Enfermagem Revista Jan./Abr. 2013**. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/5282/5237>>

>. Acesso em 02 de agosto de 2013.

MEDEIROS, F. A. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública, 2010**. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>>. Acesso em 29 de abril de 2013.

MINAYO, M. C. De S. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NAVAI, P. C.; FRAZÃO, P. São P. Prática de Saúde Pública. In: **Saúde Pública**/ Editores Aristides Almeida Rocha, Chester Luiz Galvão Cesar. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 269-270.

OLIVEIRA, C. B.; RAMOS, M. C. o grau de satisfação da usuária gestante na assistência pré-natal nas unidades de saúde da família no município de vitória. **Cad. Saúde colet., ri o de janeiro, 2011**. Disponível em : <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/IESC_2011-2_6.pdf> >. Acesso em 02 de agosto de 2013.

OLIVEIRA, M. M.; COIMBRA, V. C. C.; OLIVEIRA, E. M.; PEREIRA, D. B.; MARTINS, A. O profissional enfermeiro e a atenção primária à saúde. **Rev. enferm. saúde, Pelotas (RS) 2011**. Disponível em: <<http://www.ufpel.edu.br/revistas/index.php/enfermagemesaude/article/viewFile/57/42>>. Acesso em 05 de agosto de 2013.

PEREIRA, A. B.; MATTOS, K. M de; COLOMÉ, J. S.; SILVA, R. M. Perfil social do usuário do sistema único de saúde na atenção primária em saúde. **Rev Epid. Cont. Infect. 2012**. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2746/2191>>. Acesso em 01 de agosto de 2013.

PEREIRA, A de M. F.; SILVA, D. O da; PEDROSA, A. K.; BEZERRA, A. S. de C. E.; CAVALCANTE, T. C. S.; MIYAZAWA, A. P. Consulta de enfermagem em puericultura Segundo a visão materna: Uma revisão integrativa. **Cad Grad - Ciênc Biol e da Saúde, Maceió, 2012**. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/457>>. Acesso em 02 de agosto de 2013.

RODRIGUES, C. R. S. Do Programa de Saúde da Família à Estratégia Saúde da Família. In: Zenaide Neto Aguiar. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011, p. 126-133.

SEPARAVICH, M. A. A saúde do homem em foco. **Interface (Botucatu) [online]. 2011**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 05 de agosto de 2013.

SILVA, A. R. V. da; COSTA, F. B. C.; ARAUJO, T. L. de; GALVÃO, M. T. G.; DAMASCENO, M. M. C. Consulta de enfermagem a cliente com diabetes mellitus e Hipertensão arterial – relato de experiência. **Rev. Rene. Fortaleza, set./dez.2011**. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/678>> >. Acesso em 02 de agosto de 2013.

SILVA, S. H. da; CUBAS, M. R.; FEDALTO, M. A.; SILVA, S. R. da; LIMA, T. C. da C. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na rede básica de Curitiba-PR. **Rev Esc Infe USP, 2010**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a10v44n1.pdf>>. Acesso em 05 de agosto de 2013.

TRINDADE, L. de L.; PERON, A.; AMESTOY, S. C.; GEHLEN, G. C.; NOGUEZ, P. T. Reflexões acerca do perfil de atendimento Na estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm. 2011 Jan/Mar**. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/21128>>. Acesso em 02 de agosto de 2013.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**/ Gastão Wagner de Sousa Campos... [et al]. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

XIMENES, F. R. G.; GUIAR, D. T.; MARTINS, F. S.; SILVA, R. C. C.; CUNHA, I. C. K. Práticas do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à saúde da criança, cariré – ceará. **Rev. Soc. Bras. Enf. Ped. SP**, 2011. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol11-n1/v.11_n.1-art1.pesq-pratica-do-enfermeiro-da-estrategia-saude-da-familia.pdf>. Acesso em 05 de agosto de 2013.

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

Data de aceite: 03/03/2020

Data de submissão: 08/12/2019

Luís Paulo Souza e Souza

Doutor em Saúde Pública. Professor Adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Amazonas - Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/8260267515460514>

Patrícia Silva Rodriguez

Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Professora Auxiliar do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), *campus* Dom Bosco. Minas Gerais – Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/0607774581362273>

Gabriel Silvestre Minucci

Graduando em Medicina pela Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), *campus* Dom Bosco. Minas Gerais – Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/4240157809178370>

Antônia Gonçalves de Souza

Especialista em Psicologia Organizacional. Psicóloga Clínica. Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário das Faculdades Integradas de Montes Claros (UNIFIPMoc). Minas Gerais – Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/0990898135556493>

André Marinho Vaz

Graduando em Medicina pelo Centro UNIFAMINAS. Minas Gerais – Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/9487326574279283>

Luciana Caetano Botelho Salomão

Especialista em Oncologia. Médica Oncologista do Hospital Nossa Senhora das Graças de Sete Lagoas (HNSG). Minas Gerais – Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/9947307254510916>

Ellen Brandão Leite Faria

Especialista em Cuidados Paliativos. Médica Oncologista do Hospital Nossa Senhora das Graças de Sete Lagoas (HNSG). Minas Gerais – Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/1252581351443497>

Tamara Figueiredo

Especialista em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenadora da Oncologia Clínica do Hospital Nossa Senhora das Graças de Sete Lagoas (HNSG). Minas Gerais – Brasil

<http://lattes.cnpq.br/4354233835989776>

RESUMO: A melhoria dos recursos biomédicos e sanitários tem possibilitado o aumento da expectativa de vida da população brasileira. Este envelhecimento, aliado aos novos hábitos de vida, tem favorecido a ocorrência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis - com destaque para os cânceres, muitas vezes, sem cura, fazendo com que os cuidados paliativos (CP) surjam como único recurso terapêutico. Os CP envolvem uma abordagem que visa promover qualidade de vida do paciente e de seus familiares frente à impossibilidade de resolutividade terapêutica e de continuidade

da vida. A precoce identificação dos casos, ampla avaliação, tratamento da dor e de outras aflições psicossociais são elementos fundamentais desta prática. Além disso, os serviços de saúde precisam se organizar a partir desta demanda crescente, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) um ambiente fértil para prestar estes cuidados, pois além de permitir a proximidade geográfica, cultural e emocional do paciente com seus entes queridos (familiares e vizinhos), garantindo seus últimos dias de vida com integridade e autonomia; tem-se o importante trabalho em equipe multidisciplinar nas Estratégias Saúde da Família e nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. Destaca-se que os cuidados não deixam de ser ofertados em outros níveis, pautando-se na lógica das Redes de Atenção à Saúde, integralidade, humanização, referência e contrarreferência. O desafio para os currículos dos cursos de formação em saúde é acompanhar essas mudanças, buscando formar profissionais com embasamento científico e humanitário condizente com esta nova realidade clínica, seja em disciplinas específicas – o ensino se concentra no aprofundamento dos aspectos técnicos e humanos; ou por meio de ensino transversal – discutindo-se CP ao longo da formação, em qualquer disciplina. Assim, espera-se que os profissionais sejam cuidar oferecendo conforto e tranquilidade ao doente e aos familiares, colaborando na humanização das “formas de morrer” no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos; Atenção Primária à Saúde; Formação Profissional em Saúde; Humanização da Assistência; Assistência à Saúde.

PALLIATIVE CARE IN THE PRIMARY HEALTH CARE: ABILITIES, COMPETENCES AND THE CHALLENGES FOR PROFESSIONAL TRAINING

ABSTRACT: The improvement of biomedical and health resources has made it possible to increase the life expectancy of the Brazilian population. This aging, combined with new life habits, has favored the occurrence of chronic non-communicable diseases and injuries - especially cancers, often without cure, causing palliative care (PC) to emerge as the only resource therapeutic. The PC involve an approach that aims to promote quality of life of the patient and his/her family members in the face of the impossibility of therapeutic resolution and continuity of life. Early identification of cases, wide evaluation, pain treatment and other psychosocial afflictions are fundamental elements of this practice. In addition, health services need to organize themselves from this growing demand, with Primary Health Care (PHC) being a fertile environment to provide this care, because in addition to allowing the geographical, cultural and emotional proximity of the patient with their loved ones (family and neighbors), ensuring their last days of life with integrity and autonomy; there is important work in a multidisciplinary team in the Family Health Strategies and the Expanded Centers of Family Health and Primary Care. It is noteworthy that care is still offered at other levels, based on the logic of health care networks, integrality, humanization, reference and counter-reference. The challenge for the curricula of health training courses is to monitor these changes, seeking to train professionals with scientific and humanitarian basis consistent with this new clinical reality, either in specific disciplines - teaching focuses on deepening

technical and human aspects; or through cross-sectional education – discussing PC throughout training, in any discipline. Thus, it is expected that professionals will be caring for offering comfort and tranquility to the sick and family members, collaborating in the humanization of the “ways of dying” in Brazil.

KEYWORDS: Palliative Care; Primary Health Care; Professional Health Training; Humanization of Assistance; Delivery of Health Care.

Os Cuidados Paliativos (CP) envolvem uma abordagem que visa promover qualidade de vida do paciente e de seus familiares frente à impossibilidade de resolutividade terapêutica e de continuidade da vida, atuando por meio da prevenção e do tratamento da dor e de outras aflições psicossociais. A demanda por CP é um problema atual de Saúde Pública devido ao progressivo envelhecimento da população, o que resultou no aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com destaque para os cânceres. Paralelamente, têm surgido diversas tecnologias de suporte, as quais têm contribuído para uma maior qualidade e perspectiva de vida das populações. Assim, destaca-se a importância dos CP, bem como a necessidade de reorganização da rede e dos serviços de saúde para oferta dessa possibilidade terapêutica (SOUZA *et al.*, 2015).

Vale ressaltar que os Cuidados Paliativos não se caracterizam pelo espaço físico, mas pela “(...) *filosofia de cuidados que se concretiza no serviço prestado onde quer que o paciente se encontre*” (PESSINI, 2007, p.204). Assim, podem ser desenvolvidos em ambiente ambulatorial, hospitalar e no próprio domicílio do paciente. Nos últimos anos, o enfoque foi dado no cuidado no âmbito dos hospitais, contudo, estudos apontam que um importante local em que estes cuidados podem e devem ser realizados é na Atenção Primária à Saúde (APS), com as equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) (SOUZA *et al.*, 2015).

Em vários países, como Alemanha, Holanda, Canadá e Inglaterra, tem-se a APS como o melhor território de assistência à saúde para a oferta e coordenação dos CP. Isto porque se entende que a proximidade geográfica, cultural e emocional desses profissionais pode contribuir para que o cuidado ocorra de forma humanizada, respeitando-se a autonomia dos pacientes e das famílias. Além disso, na APS, a permanência do paciente no domicílio evita seu afastamento da família em seus momentos finais de vida. O cuidado na APS também permite a análise integral e humanizada do sujeito, evitando-se a comum fragmentação que ocorre a partir das visões dos múltiplos especialistas que usualmente estão envolvidos nesses casos (SILVA, 2014).

A APS compreende um modo de atenção constituído de cuidados essenciais de saúde baseados em métodos, tecnologias práticas e evidências científicas que

estejam ao alcance universal de indivíduos, famílias e comunidades, mediante o controle social. Tal pressuposto, originário da Declaração de Alma-Ata de 1978, propunha uma nova forma de organização dos sistemas de saúde, focado na atuação de equipes multidisciplinares em âmbito individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nesses sistemas (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978; FAHEL; SILVA; XAVIER, 2018).

A Atenção Primária à Saúde também se caracteriza por um espaço de valorização das tecnologias leves, caracterizada pelas relações humanas e pela abordagem integralizada do paciente, tendo como foco o encontro entre os sujeitos na relação “profissional-paciente” e nas relações de cuidado existentes entre os profissionais da APS e o sujeito. Esse contato, por meio do emprego das tecnologias leves, permite a compreensão da complexa dinâmica que atravessam o paciente, suas questões psíquicas, seu processo de adoecimento, seu contato com a doença, suas elaborações familiares, a condução do tratamento e a resposta ao prognóstico (OLIVA, 2012).

Cabe ressaltar que os CP implicam uma relação interpessoal entre os que cuidam e quem é cuidado, dependendo, assim, de uma abordagem multidisciplinar, mas em um panorama integralizante, para produzir assistência harmônica voltada para o indivíduo, bem como para sua família. Assim, diante da crescente demanda por CP, torna-se difícil contar com número suficiente de especialistas para essa assistência. Esta especialidade considerada no cuidado e não na hiperespecialização da saúde, entendendo profissionais cuidadores, generalistas e familiares que prestam assistência primária a esses pacientes (SOUZA *et al.*, 2015).

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) define quatro níveis de atenção em cuidados paliativos, conforme Quadro 1.

Nos dois primeiros níveis dos CP, a APS tem um papel central, recebendo orientação dos serviços especializados quando necessário e coordenando a assistência. Nos demais níveis, o cuidado é realizado predominantemente pelo serviço especializado, mas a continuidade da assistência, feita pela APS, pode garantir que o cuidado familiar e psicossocial seja mantido longitudinalmente e que as características socioculturais das famílias e pacientes sejam respeitadas (SILVA, 2014).

| Níveis de atenção em cuidados paliativos | Definição |
|--|--|
| Ação Paliativa | Cuidado dispensado em nível comunitário por equipe vinculada à Estratégia Saúde da Família treinada para tal finalidade. |
| Cuidado Paliativo de Grau I | Cuidado dispensado por equipe especializada em cuidados paliativos em nível hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, mas sem leito próprio, tendo como exemplo uma equipe consultora em cuidados paliativos. |
| Cuidado Paliativo de Grau II | Cuidado dispensado por equipe especializada em cuidados paliativos em nível hospitalar, ambulatorial ou domiciliar que atua com leitos próprios de internação, e equivalem tanto às enfermarias em hospitais gerais quanto às unidades hospitalares independentes. |
| Cuidado Paliativo de Grau III | Mesma característica do cuidado de grau II, acrescido de capacidade para a formação de profissionais em cuidados paliativos. |

Quadro 1 - Níveis de atenção em cuidados paliativos segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

Fonte: Elaborado com base na Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009).

É importante salientar que a atenção em CP na APS não deve ser entendida como assistência domiciliar do tipo “internação domiciliar”. Os programas de atendimento domiciliar desse tipo são organizados para atender pacientes que sofrem de doenças crônicas avançadas, com alta dependência, nos moldes intervencionistas tradicionais. No caso de CP na APS, ao contrário, trata-se de introduzir um tipo específico de atendimento que consiga ser organizado e ofertado em todos os níveis de referência, sem descontinuidade (CARVALHO; PARSONS, 2012; FERREIRA *et al.*, 2017).

Os profissionais da APS têm o privilégio único de acompanharem seus usuários ao longo de toda a vida e nas variadas situações e momento da vida. Da mesma forma que o nascimento é parte do cotidiano desses profissionais, sendo o ciclo gravídico-puerperal considerado prioridade para as ESF, o processo de morte também assim é. Os profissionais acompanham o envelhecimento e a fragilização de seus pacientes, os esforços das famílias para acomodarem as novas necessidades de cuidado de seus membros, os medos, as inseguranças, as possibilidades terapêuticas. Dessa forma, não podem se esquivar nesse momento, pois é exatamente em situações

assim que toda a potencialidade das ações da APS/ESF fica evidente. Nenhum outro serviço de saúde pode colocar-se lado a lado com essas famílias com tanta propriedade e enfrentar o caminho da palição com presença constante, orientação e acolhimento (SILVA, 2014).

Assim, o uso de instrumentos de abordagem familiar, frequentemente vistos na APS, como genogramas e ecomapas, facilita que o profissional conheça as características da família atendida, identifique as características das relações e antecipe possíveis dificuldades, além de poder contribuir com a comunicação e a mediação entre os familiares e o paciente, considerando o adoecimento como um fator de tensionamento das relações, e poder auxiliar no planejamento de uma morte digna (SILVA, 2014).

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) contribuem para a manutenção dos casos de cuidados paliativos na APS, tendo em vista que o suporte de psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, geriatras entre outros profissionais aumenta a resolubilidade da equipe de APS e acrescenta em muito a gama de possibilidades de intervenções e orientações que podem ser oferecidas nesse nível de assistência à saúde, sem expor o paciente a técnicas e abordagens que aumentem seu estado de fragilidade clínica (SILVA, 2014).

Todavia, ainda restam diversos entraves à incorporação dos CP na APS, sobretudo no que diz respeito à inabilidade dos profissionais para lidarem com as famílias e com o paciente, e a não disponibilidade de recursos tecnológicos para acompanhamento dos quadros. Ressaltando-se que os CP na APS não se resumem a aspectos técnicos, mas incluem desafios éticos tais como: a decisão sobre onde o paciente irá morrer; a forma como os trabalhadores da equipe de saúde vivenciam a experiência de assistir à morte e ao luto; além da identificação e administração das condições familiares e das condições do paciente para esse tipo cuidado no domicílio. Essas situações vividas pelos profissionais geram desafios éticos, especialmente quanto à comunicação entre equipe, família e paciente e à falta de apoio emocional e institucional aos cuidadores, que ficam expostos ao desgaste e aos agravos resultantes da sobrecarga do cuidado (SOUZA *et al.*, 2015).

A necessidade de capacitação, formação continuada e assistência aos profissionais da APS em relação aos CP envolvem o reforço de habilidades e de competências, tais como mostra a Figura 1.

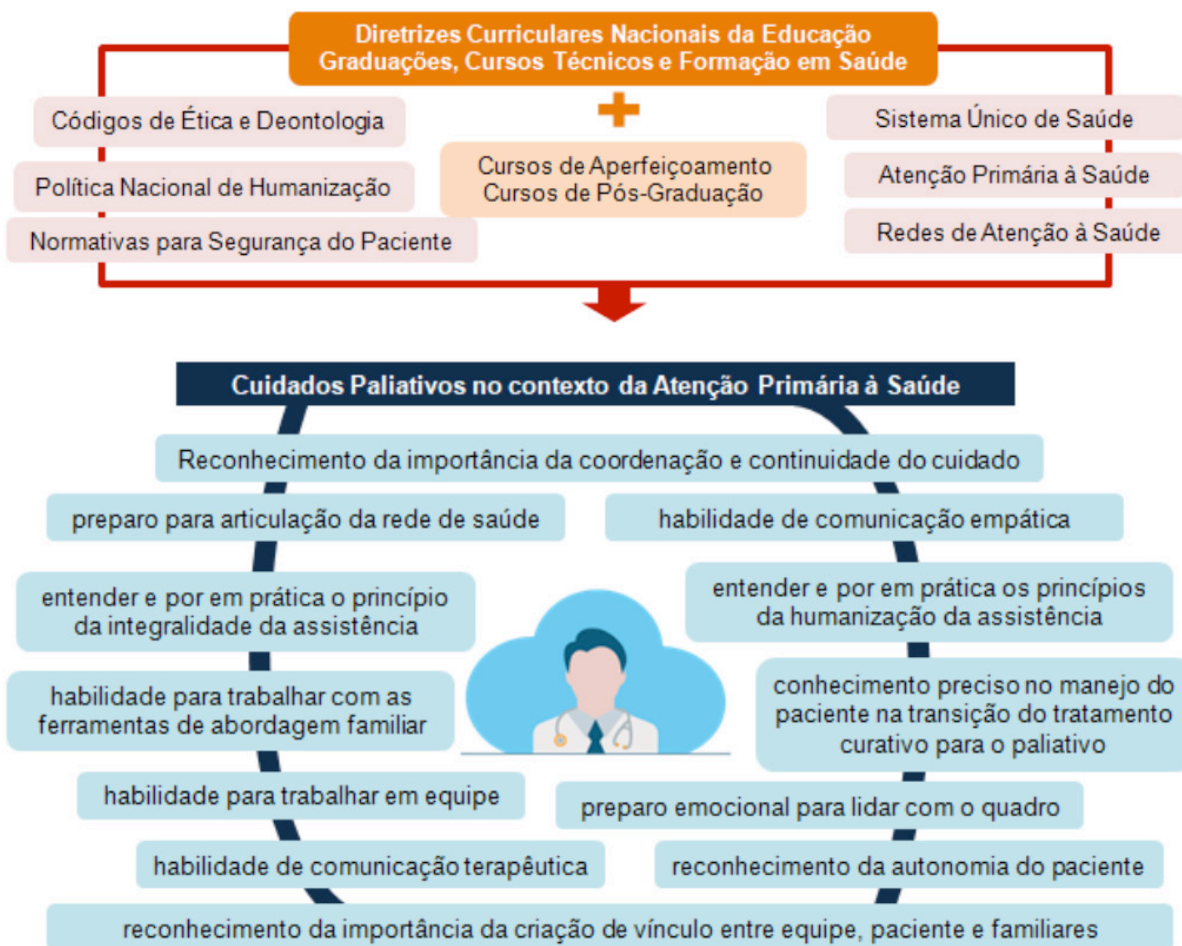


Figura 1 - Habilidades e competências necessárias aos profissionais de saúde para os Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde, e os esforços no âmbito da Educação para garantir a formação dos profissionais.

Fonte: Elaboração dos autores.

Assim, é preciso que se desenvolvam habilidades e competências (*quadrados azuis*), destacando a comunicação empática e terapêutica; o preparo para articulação da rede de saúde; os princípios da humanização e integralidade da assistência ao paciente em CP; o preparo emocional para lidar com o quadro; o manejo do paciente na transição do tratamento curativo para o paliativo. Dessa forma, a educação desses profissionais reverbera na relação e tratamento dos pacientes e das famílias, favorecendo o vínculo e a obtenção de respostas mais adequadas aos desafios éticos e psicossociais vividos pelas equipes no atendimento de pessoas cuja continuidade de vida se encontra ameaçada (SOUZA *et al.*, 2015).

Embora a atenção domiciliar possa ser uma das maneiras de intervir diante das necessidades da população em Cuidados Paliativos, é preciso garantir que essa atenção privilegie a proteção dos usuários; o cuidado aos cuidadores; e o adequado suporte à equipe profissional. Assim, a articulação entre os níveis de assistência - ou seja, entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) - e articulação da rede intersectorial é fundamental para garantir essa atenção e cuidado preparado (COMBINATO;

MARTINS, 2012).

Assim, é possível declarar que, considerando o trajeto percorrido por pacientes em final de vida e por suas famílias, a atuação de qualidade na Atenção Primária à Saúde é mais importante do que nunca. O acesso facilitado e garantido próximo ao lar; o manejo dos sintomas constantes; e a sensibilidade e o respeito às realidades vivenciadas nas comunidades podem não mudar o desfecho clínico (a morte), mas, certamente, o cuidado paliativo faz toda diferença para os pacientes e seus familiares nessa etapa de finitude da vida (SILVA, 2014).

A formação em saúde nos cursos de graduação, aperfeiçoamento e pós-graduação deve acompanhar essas mudanças, buscando formar profissionais com embasamento biotecnológico e humanitário condizente com uma nova realidade clínica e uma discussão crescente sobre cuidado e humanização. Assim, para o fortalecimento do tema, devem-se inserir os CP nos currículos de formação em saúde, seja em disciplinas específicas, nas quais o ensino se concentra no aprofundamento dos aspectos técnicos e humanos; ou por meio de um ensino transversal, nas quais os CP poderão ser discutidos ao longo de todo o percurso da formação, em qualquer disciplina. Esta inserção pode ser considerada fundamental para a consolidação dos CP no Brasil. As Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação devem ser repensadas, de forma a inserir estes conteúdos nos currículos não só das graduações em saúde, mas na formação dos técnicos e outros profissionais que compõem as equipes de saúde. Arelado à isso, agregar sempre conceitos e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), Atenção Primária à Saúde, Redes de Atenção à Saúde, Códigos de Ética e Deontologia, Legislações para Segurança do Paciente, Política Nacional de Humanização (PNH), dentro outros, como esquematizado na Figura 2.

Um dos princípios básicos do SUS é a integralidade da assistência, o que significa considerar a integralidade do sujeito, dos serviços e dos cuidados – que deveriam incluir necessariamente os cuidados no final da vida. No mesmo sentido, e em consonância com o SUS, a APS se orienta pelos princípios da “coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”. Ainda como marco legal, a Política Nacional de Humanização defende a identificação das necessidades sociais de saúde. Portanto, a aplicação destes princípios e definições demanda incorporar os Cuidados Paliativos no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Acredita-se que um ponto fundamental para a consolidação dos CP no Brasil seja a educação, possibilitando não só a formação de profissionais especialistas em CP, mas de outros profissionais, equipes e agentes que, diante de um paciente com doença avançada e terminal, tenham preparo para prestar um cuidado que ofereça conforto e tranquilidade ao doente e à sua família, colaborando na humanização das “formas de morrer” no Brasil.

Assim, torna-se importante trazer à discussão os autores Mello, Fontanella e Demarzo (2009), que destacam que o trabalho na APS ou Atenção Básica, embora tenha uma imagem de aparentemente simplicidade, é, em realidade, complexo, caracterizando-se como território fundamental e essencial à saúde: “(...) *ao mesmo tempo em que uns entendem ‘básica’ vindo de base, fundamental, e não de básico, simples; outros interpretam ‘primário’ como primeiro, principal, e não como elementar ou rudimentar*” (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009, p. 205).

Complementando e concluindo, Combinato e Martins (2012) discutem:

Nessa amplitude da Atenção Primária, a equipe de Saúde da Família depara-se com necessidades de pessoas em processo de morte, que não são específicas do momento de vida – proximidade da morte; mas também, ou principalmente, relacionadas ao contexto de vida. Como a intervenção no processo saúde-doença extrapola a competência do profissional da saúde, uma vez que depende do acesso a fatores determinantes e condicionantes da saúde, as necessidades das pessoas em processo de morte podem ser mais bem atendidas se forem constituídos esforços intersetoriais. Considerando os princípios do SUS, da Atenção Primária e da Política Nacional de Humanização, avalia-se como essencial a sistematização de diretrizes e ações para implantação dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária em função da demanda existente para a Saúde da Família; da dimensão epidemiológica da população no País; da possibilidade de proporcionar melhores condições de cuidado ao paciente e sua família no ambiente domiciliar; e, principalmente, porque os cuidados no processo de morte caracterizam-se por cuidados na e da vida (COMBINATO; MARTINS, 2012, p.440).

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.

COMBINATO, D.S.; MARTINS, S.T.F. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. **O Mundo da Saúde**, v.36, n.3, p.433-441, 2012

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

FAHEL, M.; SILVA, M.P.; XAVIER, D.O. **A trajetória da atenção primária à saúde no Brasil: de Alma Ata ao Programa Mais Médicos**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2018.

FERREIRA, A.M. *et al.* **Complexidade do Cuidado na Atenção Domiciliar**. Hospital Alemão Oswaldo Cruz – Sustentabilidade Social - Projeto Complexidade do Cuidado na Atenção Domiciliar. Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI- SUS – 2017. São Paulo: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/20/Apostila-CCAD-interativo.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A **Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado**. 2ª edição. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, v.12, n.2, p.204-13, 2009.

OLIVA, R.D.R. **O Desafio em priorizar as tecnologias leves na estratégia de saúde da família.** Dissertação (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

PESSINI, L. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** 2 ed. Centro Universitário São Camilo. São Paulo: Editora Loyola, 430p., 2007.

SILVA, M.L.S.R. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n.30, p.45-53, 2014.

SOUZA, H.L. *et al.* Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. **Revista Bioética**, v.23, n.2, p.349-359, 2015.

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

Data de aceite: 03/03/2020

Data de submissão: 01/01/2020

Wagner Couto Assis

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB - Jequié - (BA) – Brasil. <http://lattes.cnpq.br/3018977924556824>

Kay Amparo Santos

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB - Jequié - (BA) – Brasil. <http://lattes.cnpq.br/5204822639129278>

Larissa de Oliveira Vieira

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB - Jequié - (BA) – Brasil. <http://lattes.cnpq.br/7703235334117714>

Mirella Santos Alves

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB - Jequié - (BA) – Brasil. <http://lattes.cnpq.br/8324000869543765>

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB - Jequié - (BA) – Brasil. <http://lattes.cnpq.br/2634593418368008>

Jennifer Santos Pereira

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB - Jequié - (BA) – Brasil. <http://lattes.cnpq.br/1813341744419981>

Alba Benemérita Alves Vilela

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB - Jequié - (BA) – Brasil. <http://lattes.cnpq.br/4515220905572869>

RESUMO: Objetivo: Relatar a experiência vivenciada pelos profissionais de saúde com os cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. **Síntese dos dados:** Relato descritivo de experiência categorizado em dois eixos temáticos: dilemas bioéticos e terminalidade; formação profissional e a Bioética. As reflexões emergiram do enfrentamento de conflitos bioéticos pelos profissionais que atendem pacientes em cuidados de fim de vida na Unidade de Terapia Intensiva e sua inter-relação com as lacunas no ensino da bioética nos cursos de graduações na área da saúde. **Conclusão:** O relato expressa a necessidade da formação de profissionais com valores éticos para nortear a prática do cuidado com os pacientes em cuidados de fim de vida, além da capacitação permanente desses profissionais, para que eles possam desempenhar o cuidado de forma holística ao paciente considerado como fora de possibilidades terapêuticas. **PALAVRAS-CHAVE:** Bioética; Cuidado Paliativo; Doente Terminal.

BIOETHICAL DILEMS, SPIRITUALITY, VOCATIONAL TRAINING AND PATIENT INTER-RELATIONSHIP

ABSTRACT: Objective: To report the experience experienced by health professionals in palliative care with patients in terminal situation in the

Intensive Care Unit. **Synthesis of data:** Descriptive report of experience categorized in two thematic axes: bioethical dilemmas and terminality; vocational training and bioethics. The reflections emerged the confrontation of bioethical conflicts by the professionals who attend patients in the terminal state of the Intensive Care Unit and the lack of teaching of bioethics in health graduations. **Conclusion:** The report expresses the need to train professionals with ethical values to guide the practice of care for terminally ill patients, in addition to the permanent training of these professionals, so that they can perform care holistically to the patient considered as out of therapeutic possibilities.

KEYWORDS: Bioethics; Palliative Care; Terminal Illness.

1 | INTRODUÇÃO

A concepção de saúde, no Oriente, é a existência de uma harmonia entre as forças vitais existentes no corpo, que de certa forma, assemelha-se à definição hipocrática de saúde. Nesta cultura, as medidas terapêuticas têm por objetivo restaurar o fluxo normal de energia no corpo (SIQUEIRA, 2012). Já no Ocidente, existe uma grande preocupação com o corpo doente, numa analogia a uma máquina que precisa de manutenção, ainda é muito incipiente a preocupação com a subjetividade e muito menos sobre as forças vitais (MASCARENHAS; SANTA-ROSA, 2010).

Os avanços tecnológicos nos cuidados de fim de vida têm ajudado a aumentar consideravelmente a sobrevivência dos indivíduos com doenças crônicas incuráveis, através da criação de medicamentos mais eficazes, aparelhos com tecnologia e técnica avançadas que possibilitam diagnósticos e tratamentos individualizados e que criam situações que desencadeiam dilemas éticos reportando a condições nas quais embora se tenha a possibilidade de cura da doença não seja mais possível, pois os pacientes estão em um sofrido processo de morrer incapazes de ser beneficiados dos cuidados e assim vivenciam os processos de obstinações, futilidades e encarniçamento terapêutico (MASCARENHAS; SANTA-ROSA, 2010; FINKLER et al., 2011).

Nesse contexto, surgem um novo paradigma de cuidados, um movimento em prol da dignidade daquele que está morrendo. Os cuidados paliativos é uma abordagem destinada a melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares em face de uma doença que põe em risco a continuidade da vida, mediante prevenção e alívio do sofrimento, envolvendo identificação precoce, avaliação rigorosa e tratamento da dor e de outros problemas de ordem biopsicossocial e espiritual (MASCARENHAS; SANTA-ROSA, 2010).

São cuidados permeados pelo respeito a pessoa como um cidadão de direito, levando em consideração os princípios da autonomia, da dignidade, da privacidade

e o respeito aos direitos do ser humano, como pontos centrais na prática profissional (FINKLER et al., 2011). O paciente em cuidados paliativos é um indivíduo que tem uma doença progressiva e incurável, e que num estágio avançado, no final da vida, apresenta-se com evidências de decadência clínica, que inclui anorexia, perda de peso, comprometimento da cavidade bucal, dificuldade circulatória e respiratória, desgaste comportamental, comprometimento da mobilidade, continência e higiene deficiente, o que tende a causar um impacto emocional negativo no doente e na família que o abriga (MARIN et al., 2013). Portanto, é indispensável uma assistência humanizada ao binômio paciente e família, pautada na abordagem dos cuidados paliativos, que surgem como cuidados que visam a melhorar a qualidade de vida do doente e de sua família, que estão enfrentando problemas associados as doenças, fora de possibilidades terapêuticas de cura (SALLES, 2014).

Diante dos dilemas éticos, que são observados na prática clínica dos profissionais de saúde atuantes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a Bioética é fundamental para auxiliar na busca incessante por respostas que lhes garantam compreender a dimensão humana. Assim sendo, não bastam conhecimentos e tecnologias sofisticadas, se tais recursos não forem utilizados por profissionais que não os conheçam e saibam integrá-los a uma assistência humanizada, que valorize e respeite o ser humano em sua integralidade (GAUDENZI; SCHARAMM, 2010).

Para além desta preocupação, cabe incluir a espiritualidade e o grande interesse por ela o que está relacionado à noção global do ser humano (multidimensional), e aos grandes esforços para incluir novas abordagens que atendam não somente as competências tecnológicas, mas também as competências do ser, que são essenciais às profissões de saúde na prestação dos cuidados (FINKLER et al., 2011).

A espiritualidade tem demonstrado um recurso potencial sobre a saúde física das pessoas, atuando como possível fator de prevenção no desenvolvimento de doenças na população previamente sadia, eventual aumento de sobrevida e impacto sobre diversas doenças. Assim, a espiritualidade relacionada à saúde tem se tornado paradigma a ser estabelecido na prática clínica diária incluindo aqui a assistência prestada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (MARIN et al., 2013).

O desenvolvimento das ciências médicas apresenta desafios éticos desde a manipulação do código genético aos cuidados paliativos nos pacientes em processo de morrer e diante da morte. Os avanços da tecnologia com alta complexidade permitem as intervenções na vida dos indivíduos e na natureza que os cercam. Nesse sentido, a ética passou a ser objeto de estudo dos pesquisadores, emergindo debates que culminou no surgimento da Bioética que é o estudo da ética da vida, para subsidiar a tomada de decisões em meio aos conflitos na esfera das ciências biomédicas (SALLES, 2014).

A Bioética é entendida como o estudo da sobrevivência do homem e valer-se de

bases filosóficas e pragmáticas para defender a melhoria das condições e qualidade de vida dos indivíduos em sociedade. Desta maneira, ocupa-se da reflexão, cuja finalidade é indicar o agir corretamente do homem para garantir o bem-estar e sua sobrevivência, com base em seus princípios fundamentais, como: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (MASCARENHAS, SANTA-ROSA, 2010).

O objetivo deste estudo é relatar a experiência vivenciada pelos profissionais de saúde, autores deste estudo, com os cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva.

2 | SÍNTESE DE DADOS

Trata-se de um relato de experiência, construído a partir das vivências de profissionais atuante numa UTI de um hospital público de grande porte na região Sudoeste da, na Bahia, após cursarem o componente Cuidados Paliativos: Atuação Interdisciplinar, no nível de mestrado e doutorado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). E, a partir de indagações sobre suas práticas e as implicações dos princípios bioéticos, passaram a promoverem reuniões junto a equipe, em distintos momentos, para discussões que culminaram neste relato. As reuniões ocorreram durante o segundo semestre do ano de 2017.

O Hospital é considerado um dos principais hospitais públicos de referência para a região sudoeste do Estado da Bahia. A Unidade de Terapia Intensiva possui 10 leitos em funcionamento, assistindo Jequié e sua região, com atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS), capaz de oferecer suporte avançado de vida a pacientes críticos. Esta UTI possui uma equipe multiprofissional que presta assistência direta ao paciente, composta por médicos plantonistas, médico diarista, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e psicólogo, além de contar com apoio das especialidades médicas, farmacêuticos e bioquímicos, nutricionistas, cirurgiões-dentistas e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 2018) que trabalham com o objetivo de prestar cuidado aos pacientes numa perspectiva pautada no modelo da integralidade.

A vivência profissional, na Unidade de Terapia Intensiva com pacientes em situação de cuidados de fim de vida, com enfoque na interdisciplinaridade propiciou a discussão das ações paliativas desempenhadas pela equipe na prestação da assistência. Os pontos colocados para discussão foram os cuidados paliativos desempenhados nos locais de trabalho e a carência do ensino da bioética nas graduações, na área da saúde. Para categorizar o conteúdo do relato a partir das discussões, a ideia que foram emergindo passaram a serem agrupadas em dois

eixos temáticos: 1) Dilemas bioéticos e a terminalidade e, 2) formação profissional e os conflitos bioéticos enfrentados por estes ao atenderem os pacientes em cuidados de fim de vida na UTI.

3 | DILEMAS BIOÉTICOS E A TERMINALIDADE

A temática da terminalidade abarca questões da bioética por lidar com dimensões conflituosas como a preservação da vida, promoção da dignidade humana, além do processo do morrer, o que promove uma discussão de temas complexos, que implicam em valores e juízos morais⁸. Para muitos profissionais, quando os pacientes não são curados, há uma derrota e frustração, o que aponta as questões em torno da morte ainda como um tabu, mas esta temática merece discussão, pois é indissociável da nossa existência (SOUZA, et al., 2015).

As UTIs foram idealizadas em virtude da complexidade do conhecimento biomédico, do avanço tecnológico e da qualificação do cuidado em saúde e são locais onde é possível aumentar as chances de melhorar as condições de saúde de pacientes graves e de propiciar sua recuperação e sobrevivência (CARMAGO et al., 2014). Estas unidades têm se apresentado como um ambiente fechado, com iluminação artificial, com rotinas agitadas, em que são utilizados equipamentos sofisticados e com grau elevado de ruídos, para o atendimento de pacientes em estado grave, cuja possibilidade de morte se faz presente em todo o momento (SOUZA et al., 2015).

Dentro deste contexto há profissionais que têm seu trabalho caracterizado por atividades que exigem alta interdependência e tomadas de decisões e intervenções complexas, a fim de assegurar à paciente assistência emergencial especializada, contínua e de qualidade. Observa-se em recentes pesquisas que esses profissionais têm suportado carga de trabalho cada vez mais extenuante, levando ao comprometimento de sua qualidade de vida (GAUDENZI; SCHARAMM, 2010). Estes estudos mostram as repercussões dos fatores organizacionais sobre a saúde mental e física destes profissionais, o que gera insatisfação com o trabalho, repercutindo na sua saúde física, mobilizando sentimentos de sofrimento advindos do processo de trabalho na UTI (CARMAGO et al., 2014). Toda essa carga de estresse emocional acaba influenciando na prestação dos cuidados e conseqüentemente implica no questionamento do tanto que tem sido feito e o paciente morre, levando a situações de frustrações por parte destes profissionais (MARIN et al., 2013).

No entanto, a equipe de saúde precisa compreender com o paciente quais as vantagens e os riscos do tratamento, visando promover o bem dele, além de reduzir possíveis danos e maximizar os benefícios, assegurando, ainda, os recursos

disponíveis e garantindo uma assistência digna. Outra questão ética importante neste processo de cuidado, é o respeito pela privacidade do paciente, sendo uma obrigação ético-legal da equipe de saúde em relação a preservação do sigilo nas comunicações orais ou escritas (MANCHOLA et al., 2016).

A assistência aos indivíduos em situação terminal deve ser de acordo com uma proposta de cuidado humanizado, onde a pessoa deve ser vista na sua integralidade, através de ações que promovam o seu bem-estar global e a sua dignidade, além de ofertar melhor qualidade de vida durante este processo (SILVA et al., 2017; ZOBOLI, 2013). Desta maneira, as pessoas que estão em situações de adoecimento, serão assistidas em suas múltiplas dimensões, o que envolve sensibilidade, valores, crenças, relações com sagrado e o ambiente. Neste contexto de cuidado, a autonomia do paciente deve ser respeitada, ele pode se manifestar sobre o seu processo de terminalidade por meio do testamento vital (LIMA et al, 2009).

Os indivíduos têm vários sistemas de valores e crenças, incluindo os éticos e os religiosos, e há o aumento da influência religiosa em pacientes que estão vivenciando a proximidade da morte (ABREU; FORTES, 2014). Ainda de acordo o mesmo autor, a atitude das pessoas diante da morte é herança da cultura e religião, e neste processo uma parcela dos profissionais de saúde não compreendem as posturas e ritos dos pacientes de acordo as visões de suas crenças, fato que pode culminar em dilemas éticos. O ser holístico, cada vez mais, vem sendo levado em consideração no cuidado ao ser humano, abrangendo suas dimensões biológicas, sociais, psíquicas e espirituais. Destarte, a busca por uma assistência ampliada inclui a dimensão espiritual como elemento no tratamento do ser humano durante seu período de doença e hospitalização (CERVELIN; KRUSE, 2014).

A espiritualidade é, portanto, uma dimensão do ser humano que não pode ser dissociada do seu cotidiano, inclusive da sua rotina de trabalho, por ser uma dimensão importante da existência do ser. A sua relevância nos contextos de saúde está relacionada com a preocupação crescente em compreender o homem, tanto o paciente quanto o profissional, na sua globalidade (TAPIERO, 2004).

No início do século XXI, uma extensa lista de 1.200 estudos e 400 revisões sobre correlações estatísticas e estudos relacionando benefícios de práticas espirituais em pessoas com doenças cardíacas, hipertensão, doenças cerebrovasculares, imunológicas, câncer, dor e disfunções em geral, comportamentos saudáveis e a prática de exercícios, tabagismo, drogas, síndrome de *burnout*, relacionamentos conjugais e familiares, psicoses, depressão, ansiedade, suicídio e transtornos de personalidade indicou que os aspectos ligados à espiritualidade auxiliam na promoção de bem-estar diante das doenças e na prevenção e recuperação de indivíduos afetados(LIMA et al., 2009; ABREU; FORTES, 2014).

Desta forma, a espiritualidade pode ser um aspecto importante para quem

atua no cuidado ao paciente que vivencia uma doença grave na Unidade de Terapia Intensiva ou está próximo da morte, visto que pode auxiliar no enfrentamento e na aceitação da dor e do sofrimento alheio, ao imprimir algum significado a eles. A crença e o poder atribuído a religiosidade podem estar presentes no momento de uma situação de hospitalização em uma UTI em razão do medo do desconhecido e do desfecho da situação (CERVELIN; KRUSE, 2014).

E quanto se trata dos profissionais de saúde, a espiritualidade do profissional de saúde é um aspecto importante por exercer influência positiva sobre o trabalhador (TAPIERO, 2004), podendo trazer melhorias para sua saúde, qualidade de vida (SALLES, 2014) e comportamento (CHAVES, 2011), beneficiando os profissionais de saúde e a assistência prestada (SILVA et al., 2017).

A influência da espiritualidade na atuação da equipe cuidadora poderá indicar caminhos para um melhor cuidado ao paciente internado, visando o cuidado integral, digno e ético (SALLES, 2014). A literatura aponta ainda que quanto mais espiritualizado o profissional de saúde, maior é o reconhecimento do impacto positivo da religiosidade/espiritualidade na saúde do paciente. Além disso, os que profissionais com maior índice de espiritualidade foram os que mais sentiam vontade de abordar este tema com os pacientes, demonstrando assim que a sua espiritualidade influencia na valorização da dimensão espiritual do paciente. Podendo assim inferir que a religiosidade/espiritualidade dos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva influencia no cuidado prestado ao paciente crítico e colabora para que eles valorizem a dimensão espiritual do paciente assistido (TAPIERO, 2004; SILVA et al., 2017).

Para uma boa relação entre paciente e profissional, e de uma adequada utilização de procedimentos e estratégias de cuidado no processo da terminalidade pela equipe de saúde, é importante que a temática da morte e do morrer esteja na formação dos profissionais, que trabalham nestes contextos, a fim capacita-los de maneira ética e humanizada (ANDRADE et al., 2016).

O que torna a questão de terminalidade, no contexto dos cuidados paliativos, tão evidenciada no universo das discussões bioéticas, certamente são as questões que afloram de dimensões conflituosas, perpassando a preservação da vida a qualquer custo e o lidar com a morte, bem como, a promoção da dignidade humana. São temas complexos e carregados de valores e juízos morais, com os quais os profissionais podem apresentar dificuldades em lidar, devido à relação de cuidado com a pessoa que se encontra fora de possibilidades terapêuticas (SALLES, 2014; ABREU; FORTES, 2014)

O debate bioético tem permitido reflexões importantes que possibilitam compreender o fenômeno da morte de modo a assegurar a observância de princípios pautados no respeito à autonomia, na prática da beneficência e não maleficência, na justiça, garantida pelos direitos humanos, contribuindo para a humanização do

cuidado em saúde. Essas orientações da bioética em relação à fase terminal da vida podem diminuir a distância entre o profissional e o paciente (GAUDENZI; SCHRAMM, 2010; ABREU; FORTES, 2014).

As dificuldades de comunicação entre profissionais, cuidadores e familiares estão relacionadas não apenas à situação crítica do paciente, mas também aos cuidados paliativos. As dificuldades para a comunicação mais fluida e verdadeira entre equipe, família e paciente devem-se, entre outras motivações, à repulsa que o tema da morte provoca, ao expor a finitude da vida humana. Os profissionais de saúde não estão preparados para lidar cotidianamente com as fragilidades humanas concernentes à vida e à morte – fragilidades essas que podem interferir na comunicação e nas relações interpessoais (ZOBOLI, 2013).

Baseados no princípio bioético da autonomia do paciente através do consentimento informado, o qual defende o direito que ele tem de tomar suas próprias decisões; no princípio da beneficência e da não maleficência, o princípio de promoção do bem e nunca do mal ao paciente; da justiça, assegurado pelos direitos humanos; os cuidados paliativos desenvolvem o cuidado ao paciente visando à qualidade de vida e à manutenção da dignidade humana no decorrer da doença, na terminalidade da vida, na morte e no período de luto. Diante disso, a conscientização da finitude humana e sua valorização devem ser direcionadas a toda extensão social, visto que a morte, também, é um processo natural do ciclo da vida (ABREU; FORTES, 2014; CERVELIN; KRUSE, 2014).

É importante destacar que os avanços tecnológicos e científicos possibilitaram à população um melhor acesso a recursos e procedimentos na área de saúde, o que resultou em uma melhora na preservação da vida e de enfrentamento das diversas doenças terminais (MANCHOLA et al., 2016).

Crescente a este processo do aumento de alternativas de cuidado na área da terminalidade, a bioética se faz necessária, a fim de nortear as ações dos profissionais e equipes de saúde com os pacientes em processo de adoecimento, ou que já estão em fase terminal (MANCHOLA et al., 2016; ZOBOLI, 2013). De acordo a bioética, além da autonomia que as pessoas têm em escolher os procedimentos do tratamento que querem ser submetidas, elas são respeitadas nas suas singularidades, valores, crenças, sendo desta forma, um cuidado humanizado, o que contribui para uma boa relação terapêutica e qualidade de vida dos pacientes (SOUZA et al., 2015).

4 | FORMAÇÃO PROFISSIONAL E OS CONFLITOS BIOÉTICOS ENFRENTADOS POR ESTES AO ATENDEREM OS PACIENTES EM CUIDADOS DE FIM DE VIDA NA UTI

A Bioética lança reflexões para todos os avanços no campo das ciências biomédicas e busca através dos princípios éticos e morais que regem a vida em

sociedade apresentarem para as populações e mediar através de respostas equilibradas os conflitos que emergem nos serviços de saúde³. Os indivíduos passam durante a vida por várias faixas etárias que vão desde o nascimento até a morte tornando-se núcleo dos estudos da bioética (MARIN, 2013).

Analisar as publicações selecionadas que abordam os dilemas bioéticos vivenciados pelos profissionais de saúde em seus locais de trabalho observou-se que os profissionais não se sentem preparados e demonstram dificuldades em lidar com essas situações na sua atuação profissional (GAUDENZI; SCHRAMM, 2010; CARMAGO, et al., 2014). As Instituições de Ensino Superior, como órgãos formadores de profissionais, têm condições de dar a base aos estudantes para a sua futura atuação, enquanto profissionais, oportunizando aos mesmos a construção de discernimento necessário, que possa garantir a atenção de forma ética, humanizada e integral, regidos pelos valores da solidariedade e da cidadania (GAUDENZI; SCHRAMM, 2010).

As formações profissionais dos discentes na área da saúde estão baseadas em metodologias conservadoras focadas em curar as enfermidades, influenciadas pelo modelo de biologicista ou flexneriano, baseado no ensino do exercício moral para a formação profissional. Contudo, na matriz curricular dos cursos de saúde a existência de disciplinas e/ou espaços reservados para as discussões sobre bioéticas são incipientes, fazendo com que exista uma deficiência dessa formação e, conseqüentemente, o impacto negativo no mercado de trabalho (MANCHOLA et al., 2016).

As práticas do cuidado pelos profissionais no âmbito social estão estruturadas na utilização de tecnologias leve e duras, na intenção de solucionar o processo saúde-doença dos indivíduos, sem levar em consideração os conflitos éticos que podem ser instalados nessa jornada, pois onde existem relações humanas, os dilemas bioéticos estão presentes. A intenção de modificar o processo de formação ética dos profissionais, bem como, a mudança nos fluxogramas curriculares propostos por estudiosos é tentar articular o conhecimento focado no desenvolvimento de habilidades técnicas nas percepções do indivíduo, em seus aspectos e necessidades biopsicosociais, para proporcionar atendimentos humanizados aos usuários dos sistemas de saúde (MANCHOLA et al., 2016; SILVA et al., 2017).

O desenvolvimento tecnológico incorporado ao setor educacional, na área da saúde, nessas Instituições e na atuação profissional em suas relações com o usuário, na prestação do cuidado aos pacientes faz com que a bioética seja discutida e proporcione reflexões éticas que abarcam a vida humana e a vida profissional. Esta evolução técnico-científica só pode ser justificada se vier acompanhada da real melhoria da qualidade de vida das pessoas, garantindo, assim, o atendimento dos princípios bioéticos (CARMAGO et al., 2014; ABREU; FORTES, 2014).

Uma boa capacitação profissional para cuidar dos pacientes que precisam de cuidados paliativos pode contribuir para diminuir o abandono e o sofrimento dos pacientes e de suas famílias, além de favorecer respostas mais adequadas aos desafios éticos vividos no atendimento (CHAVES, 2011). Uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam uma doença potencialmente fatal, mediante a prevenção e o alívio do sofrimento. Para isso, recorre à identificação precoce e a avaliação e tratamento precisos da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual tornam-se adequados com pessoas cuja continuidade de vida se encontra ameaçada (SOUZA et al., 2015; LIMA et al., 2009).

Assim, o processo de incorporação da bioética nas matrizes curriculares da formação profissional busca a ampliação do olhar sobre o indivíduo de forma holística. O aprimoramento profissional deve ser desenvolvido de forma a promover momentos de reflexão crítica acerca dos atos e sobre as consequências de suas ações sobre os outros, no respeito à individualidade e a subjetividade que envolve o cuidado em saúde (MARIN et al., 2013).

A mudança volta-se à contribuição para o estudante no que diz respeito ao desenvolvimento do pensamento crítico, no estudo voltado para evidências e na transmissão de valores, no agir e reagir em determinadas situações vivenciadas (CERVELIN; KRUSE, 2014). A ética teve importante função no embasamento para prática médica, à medida que os conflitos foram acontecendo com maior frequência na prática profissional. Desse modo, de acordo com o aparecimento de dilemas complexos na clínica, houve a necessidade de maior aprofundamento da ética e, mais recentemente, da bioética. (SIQUEIRA, 2013; FINKLER et al., 2011).

As disciplinas devem instruir os estudantes para que os mesmos possam conseguir dar respostas aos conflitos emergidos na sua atuação profissional, (MASCARENHAS; SANTA-ROSA, 2010; LIMA et al., 2009; CHAVES, 2011). O processo de direcionamento da formação profissional vem sofrendo modificações, pois a reorientação voltada para área das Ciências da Saúde busca a capacitação do discente para uma assistência humanizada, de forma a desenvolver habilidades responsáveis, para que estejam eticamente comprometidos com sua profissão e com o cuidado em saúde ofertado (MARIN et al., 2013; MANCHOLA et al., 2016).

Nessa perspectiva, é necessário realizar nas graduações de saúde maiores discussões acerca da bioética no tratamento com pacientes em estágio terminal para não perpetuar o modelo cartesiano existente de atenção à saúde, que deixa uma importante lacuna na formação profissional. Sendo assim, essa formação acadêmico-profissional deve ser pautada nos quatro princípios fundamentais da Bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e da justiça. Esses princípios devem reger qualquer ação que esteja relacionada à vida, isto é, do nascimento a

terminalidade dos indivíduos (SOUZA et al, 2015).

O estudo refletiu sobre a importância do cuidado humanizado aos pacientes que estão em processo de adoecimento em estado avançado, de modo a problematizar a utilização de recursos tecnológicos em saúde para aliviar as dores e os sintomas da doença do paciente, contribuindo desta forma, para melhorar a sua qualidade de vida e desenvolver ações voltadas para a promoção da saúde e do autocuidado. Crescente a este processo do aumento de alternativas de cuidado na área da terminalidade, a bioética se faz necessária, a fim de nortear as ações dos profissionais e equipes de saúde com os pacientes em processo de adoecimento, ou que já estão em fase terminal. De acordo a bioética, além da autonomia que as pessoas têm em escolher os procedimentos do tratamento que querem ser submetidas, elas são respeitadas nas suas singularidades, valores, crenças, sendo desta forma, um cuidado humanizado, o que contribui para uma boa relação terapêutica e qualidade de vida dos pacientes.

A temática por trazer questões de finitude da vida e conflitos éticos e religiosos, requer que os profissionais exerçam as condutas terapêuticas de acordo os códigos de ética de cada categoria profissional. Há limitações que podem ser identificadas, como o grande desafio que é o cuidado voltado para a perspectiva da integralidade em saúde e da atuação de diversos profissionais que atendem pacientes que necessitam dos cuidados paliativos, para que extrapolem a visão biomédica.

5 | CONCLUSÃO

A realização da disciplina criou espaço de reflexão para que os profissionais que lidam diretamente com os cuidados paliativos entendam a necessidade de incluir as questões bioéticas e os ajuizamentos diversos que permeiam a assistência nos cuidados paliativos. A experiência possibilitou vivências entre diferentes categorias multiprofissionais, o que permitiu uma riqueza de olhares para o tema e a troca de experiência entre os membros que vivenciaram a disciplina, possibilitando sua incorporação na sua rotina de trabalho. E conclui-se que os profissionais precisam ter o conhecimento e estar conscientes de que tais pacientes, designados como fora de possibilidades terapêuticas, requerem um cuidado específico, sobretudo, capaz de lhes proporcionar alívio ao sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, apropriando-os, desse modo, à tão discorrida morte digna.

REFERÊNCIAS

ABREU; Carolina Becker Bueno de, FORTES; Paulo Antonio de Carvalho..Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. Revista Bioética [online], vol.22, n.2, pág:299-308, 2014.

BÉLANGER; E., RODRÍGUEZ; C., GROLEAU; D.. Shared decision-making in palliative care: a systematic mixed studies review using narrative synthesis. *Palliative Med*, vol: 25, n.3, pág:242-61, 2011.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). DATASUS. Disponível em: cnes.datasus.gov.br/cabecalho_. Acesso em 15 de julho de 2018.

CAMARGO; A., ALMEIDA; M.A.S., MORITA; I.. Ética e bioética: o que os alunos do sexto ano médico têm a dizer. *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol: 38, n. 2, pág:182-189, 2014.

CERVELIN; A.F., KRUSE; M.H.L.. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. *Escola Anna Nery [Internet]*, vol:18, n.1, pág:136- 142, 2014.

CHAVES; J.H.B., MENDONÇA; V.L.G., PESSINI; L., REGO G., NUNES; R.. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. *Revista Dor: São Paulo*, vol:12, n.3, pág:250-255, 2011.

FINKLER; M., CAETANO; J.C., RAMOS F.R.S.. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol: 16, n.11, pág:4481-4492, 2011.

GAUDENZI; P., SCHRAMM; F.R.. The paradigmatic transition of healthcare as a citizen's duty: a look at bioethics in public health. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol:14, pág:243-255, 2010.

LIMA; A.C., MORALES; D.A., ZOBOLI; E.L.C.P., SARTÓRIO; N.A.. Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos. *Cogitare Enfermagem*, vol:14, pág: 294-303, 2009.

MANCHOLA; C., BRAZÃO; E., PULSCHEN; A., SANTOS; M.. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Revista bioética (Impr.)*, vol: 24, n.1, pág:165-175, 2016.

MARIN; M.J.S., MARCHIOLI; M., MORACVICK; M.Y.A.D.. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. *Texto & Contexto – Enfermagem*, vol: 22, pág:780-788, 2013.

MASCARENHAS; N.B., SANTA-ROSA; D.O.. Bioética e formação do Enfermeiro: uma interface necessária. *Texto & Contexto – Enfermagem da Universidade de Santa Catarina*, vol: 19, n. 2, pág: 366-371, 2010.

SALLES; A. A.. Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil. *Revista bioética (Impr.)*, vol: 22, n. 3, pág: 397-406, 2014.

SILVA; L.F.A., LIMA; M.G., SEIDL; E.M.F.. Conflitos bioéticos: atendimento fisioterapêutico domiciliar a pacientes em condição de terminalidade. *Revista bioética (Impr.)*, vol: 25, n.1, pág:148-157, 2017.

SIQUEIRA; J.E.. Educação bioética para profissionais da saúde. *Revista O Mundo da Saúde*, vol:6, n.1, pág:66-77, 2012.

SOUZA; H.L., ZOBOLI; E.L.C.P., PAZ; C.R.P., SCHEITZER; M.C., HOHL; K.G., PESSALACIA; J.D.R.. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. *Revista bioética (Impr.)*, vol: 23, n.2, pág: 349-59.b, 2015.

TAPIERO; A.A.. Las diferentes formas de morir: reflexiones éticas. *Anales de Medicina Interna*, vol: 21, n. 7, pág: 355-358, 2004.

ZOBOLI, E.L.C.P.. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Revista bioética (Impr.)*, vol: 21, pág:389-396, 2013.

SILVA; L.F.A., LIMA; M.G., SEID; E.M.F.. Conflitos bioéticos: atendimento fisioterapêutico domiciliar a pacientes em condição de terminalidade. Revista bioética (Impr.), vol: 25, n. 1, pág: 148-157, 2017.

ANDRADE; C.G., ANDRADE; M.I., BRITO; F.M., *et al.* Cuidados paliativos e bioética: estudo com enfermeiros assistenciais. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, volu: 8, n. 4, pág:4922-4928, 2016.

MANCHOLA; C., BRAZÃO; E., PULSCHEN; A., SANTOS; M.. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. Revista bioética (Impr.), vol: 24, n. 1, pág: 165-175, 2016.

DISFUNÇÃO VENTRICULAR APICAL TRANSITÓRIA EM PACIENTE JOVEM – RELATO DE CASO

Data de aceite: 03/03/2020

Data de submissão: 04/12/2019

Anne Dollores Sousa Jardim Nascimento

Universidade Ceuma, Discente curso Medicina,
São Luís – Ma.

<http://lattes.cnpq.br/3362088473611594>

Dhalia Mesquita Araujo

Universidade Ceuma, Discente curso Medicina,
São Luís – Ma.

<http://lattes.cnpq.br/6837126583219924>

Danielly de Oliveira Vasconcelos

Médica, graduada pela Universidade Ceuma, São
Luís – Ma.

<http://lattes.cnpq.br/5254193933442550>

Germana Esmeraldo Monteiro

Médica, graduada pela Universidade de Fortaleza,
Fortaleza – Ce.

<http://lattes.cnpq.br/9377597745453052>

Karine Carneiro Fonseca

Universidade Ceuma, Discente curso Medicina,
São Luís – Ma.

<http://lattes.cnpq.br/8773530893688733>

Ingrid Albuquerque Araujo Gomes Self

Universidade Ceuma, Discente curso Medicina,
São Luís – Ma.

<http://lattes.cnpq.br/1114437012742458>

Isabella Fróes Souza

Universidade Ceuma, Discente curso Medicina,
São Luís – Ma.

<http://lattes.cnpq.br/9703684402613971>

Luanna Oliveira Alves

Universidade Ceuma, Discente curso Medicina,
São Luís – Ma.

<http://lattes.cnpq.br/3599680035706599>

Marina Quezado Gonçalves Rocha Garcez

Universidade Ceuma, Discente curso Medicina,
São Luís – Ma.

<http://lattes.cnpq.br/0999766662909987>

Marcus Alcy Brandão Grangeiro

Universidade Ceuma, Discente curso Medicina,
São Luís – Ma.

<http://lattes.cnpq.br/2821422730030116>

Lucas Quezado Gonçalves Rocha Garcez

Universidade de Fortaleza, Discente curso
Medicina, Fortaleza – CE.

<http://lattes.cnpq.br/6964145314729177>

Maria Jacqueline Silva Ribeiro

Prof. Dra do Curso de Medicina da Universidade
CEUMA e Médica Cardiologista/Ergometrista
do Hospital São Domingos e da Clínica Mais
Imagem, São Luís- Ma.

<http://lattes.cnpq.br/2821422730030116>

RESUMO: A Síndrome de Takotsubo é uma disfunção do ventrículo esquerdo reversível na ausência de coronariopatia obstrutiva. É frequentemente desencadeada por intenso estresse e tem características clínicas, eletrocardiográficas e laboratoriais semelhantes à síndrome coronariana aguda. A realização

de um estudo hemodinâmico e as manifestações clínicas são fundamentais para a confirmação diagnóstica. O objetivo deste relato de caso, além de entender as manifestações clínicas, o diagnóstico e o tratamento, é demonstrar que a síndrome independe da faixa etária e diferente do infarto agudo do miocárdio, tem um bom prognóstico.

PALAVRAS-CHAVE: Cardiomiopatia de Takotsubo; Síndrome de Takotsubo, Diagnóstico; Disfunção Ventricular Esquerda; Síndrome Coronariana Aguda.

TRANSIENT APICAL VENTRICULAR DYSFUNCTION IN YOUNG PATIENTS-CASE REPORT

ABSTRACT: Takotsubo Syndrome is a reversible left ventricle dysfunction in the absence of obstructive coronary artery disease. It is often caused by intense stress and has clinical, electrocardiographic and laboratory characteristics similar to acute coronary syndrome. A hemodynamic study and clinical manifestations are essential for diagnostic confirmation. The main focus of this study is demonstrate the syndrome, regardless age, and different from acute myocardial infarction, has a good prognosis.

KEYWORDS: Takotsubo Cardiomyopathy; Takotsubo Syndrome, Diagnosis; Left Ventricle Dysfunction; Acute Coronary Syndrome.

1 | INTRODUÇÃO

A cardiomiopatia de Takotsubo, também chamada de síndrome do coração partido, é uma disfunção do ventrículo esquerdo (VE) reversível na ausência de coronariopatia obstrutiva, frequentemente causada por estresse intenso e que apresenta quadro clínico semelhante ao infarto agudo do miocárdio (IAM). (HOEKSTRA et al., 2014). Ela é caracterizada pela presença de movimento discinético transitório da parede anterior do ventrículo esquerdo, com acentuação da cinética da base ventricular. (LEMOS et al., 2008).

Apesar da causa ser desconhecida, a estimulação simpática exacerbada tem sido proposta como um fator central na fisiopatologia. É mais comum em mulheres na pós menopausa, com suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA). As artérias têm aspectos normais, mas devido a uma disfunção no ventrículo esquerdo, o coração das pessoas acometidas pode apresentar graves falhas no bombeamento sanguíneo, podendo levar à morte. (REIS; ROSAS, 2011).

A apresentação clínica se manifesta com dor precordial, acompanhada ou não de sintomas como dispneia, palpitações e síncope. Eventualmente, apresenta-se como uma emergência cardiológica, com edema agudo de pulmão, choque cardiogênico ou morte súbita revertida. Os achados eletrocardiográficos e os marcadores cardíacos como Creatinofosfoqui nase (CPK) e troponina são indistinguíveis da

Síndrome Coronariana Aguda e a abordagem inicial dos pacientes deve seguir o protocolo de dor torácica. (NÓBREGA; BRITO, 2012).

2 | DESCRIÇÃO DO RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 24 anos, branca, estudante, no segundo dia de Ureterolitotripsia com colocação de cateter duplo J bilateral, foi admitida com dor em região lombar bilateral e pelve com piora do ato miccional, presença de hematúria e náuseas. No terceiro dia de internação, sem melhora significativa do quadro, após a administração da medicação antiemética a base de Cloridrato de Ondansetrona, evoluiu com dor precordial em aperto, continua, de forte intensidade, com irradiação para os membros superiores, associada a dispneia e sudorese.

Ao exame físico, a paciente apresentou estado de torpor, palidez, taquicardia, Pressão Arterial (PA) de 90x50 mmHg, Saturação (SAT) de 98%, Frequência Cardíaca (FC) de 180 batimentos por minuto (bpm). À ausculta cardíaca, foram observadas ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas sem sopros. Após conduta médica imediata, a paciente evoluiu com mal-estar geral, Pressão Arterial (PA) de 120x70 mmHg, Saturação (SAT) de 98%, Frequência Cardíaca (FC) de 120 batimentos por minuto (bpm) e os exames laboratoriais evidenciaram elevação das enzimas cardíacas (Tabela 1).

| Marcadores | VALOR | VALOR DE REFERÊNCIA |
|--------------------------|------------|---|
| CREATINA FOSFOQUINASE | 749 U/L | Homem: 32-294 U/L Mulher: 33-211 U/L |
| CK-MB | 15,41ng/ml | INFERIOR A 5 NG/ML |

| | |
|-------------------------|--|
| U/L: unidades por litro | Ng/ml: nanograma por ml: nonograma por ml |
|-------------------------|--|

Tabela 1. Marcadores Cardíacos

A conduta inicial foi a administração de Fenergan 50 mg (1 ampola), 20 ml de glicose 50%, Solu-medrol 125mg, reposição volêmica com ringer simples e suporte ventilatório (cateter tipo óculos). A paciente em seguida foi encaminhada para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde permaneceu com hipotensão arterial. No dia seguinte, a paciente realizou um ecodopplercardiograma (Tabela.2), que evidenciou comprometimento segmentar do ventrículo esquerdo com função global reduzida de grau moderado e insuficiência mitral de grau discreto. Além disso, foram

repetidos os exames laboratoriais para auxiliar a conduta médica (Tabela 3).

| PARÂMETROS | MEDIDAS |
|--|----------------|
| Diâmetro Aórtico | 2,5 |
| Diâmetro do Átrio Esquerdo | 3,4 |
| Diâmetro Diastólico final do V.E | 4,7 |
| Diâmetro Sistólico final do V.E | |
| Espessura Diastólica do Septo | 0,9 |
| Espessura Diastólica da Parede Posterior | 0,8 |
| Relação Septo/PPVE | 1,1 |
| Volume Diastólico final do V.E | 102.2 |
| Volume Sistólico final do V.E | - |
| Massa ventricular esquerda/SC | 82,7 |
| FUNÇÃO VENTRICULAR ESQUERDA | |
| Percentual De Encurtamento Sistólico | |
| Fração de Ejeção (Simpson) | 39% |
| V.E - ventrículo esquerdo; PPVE – parede posterior do ventrículo esquerdo. | |

Tabela 2. Ecodopplercardiograma

| MARCADORES | VALOR | VALOR DE REFERÊNCIA |
|----------------------------|-------------------------|---|
| CREATINA FOSFOQUINASE | 749 U/L | Homem: 32-294 U/L Mulher: 33-211 U/L |
| CK-MB | 15,41ng/ml | Inferior a 5ng/ml |
| TROPONINA I ULTRA-SENSÍVEL | 7,27 ng/ml | Inferior a 0,06 ng/ml |
| U/L: unidades por litro | Ng/ml: nanograma por ml | |

Tabela 3. Marcadores Cardíacos

Foi prescrito Carvedilol 3,125mg, Dipirona ampola 500 mg/ml endovenosa (EV), Enoxaparina Sódica 40mg e EV e Ceftriaxona 1g EV em função do quadro álgico sem regressão.

No quarto dia, a paciente evoluiu com melhora clínica, sem precordialgia, sem dispneia, recebeu alta da UTI, sendo admitida na enfermaria.

No quinto dia, foi realizado um novo eletrocardiograma com ritmo sinusal, supra desnível de ST em paredes inferior e anterolateral, alteração da repolarização ventricular em parede lateral (Figura 1).

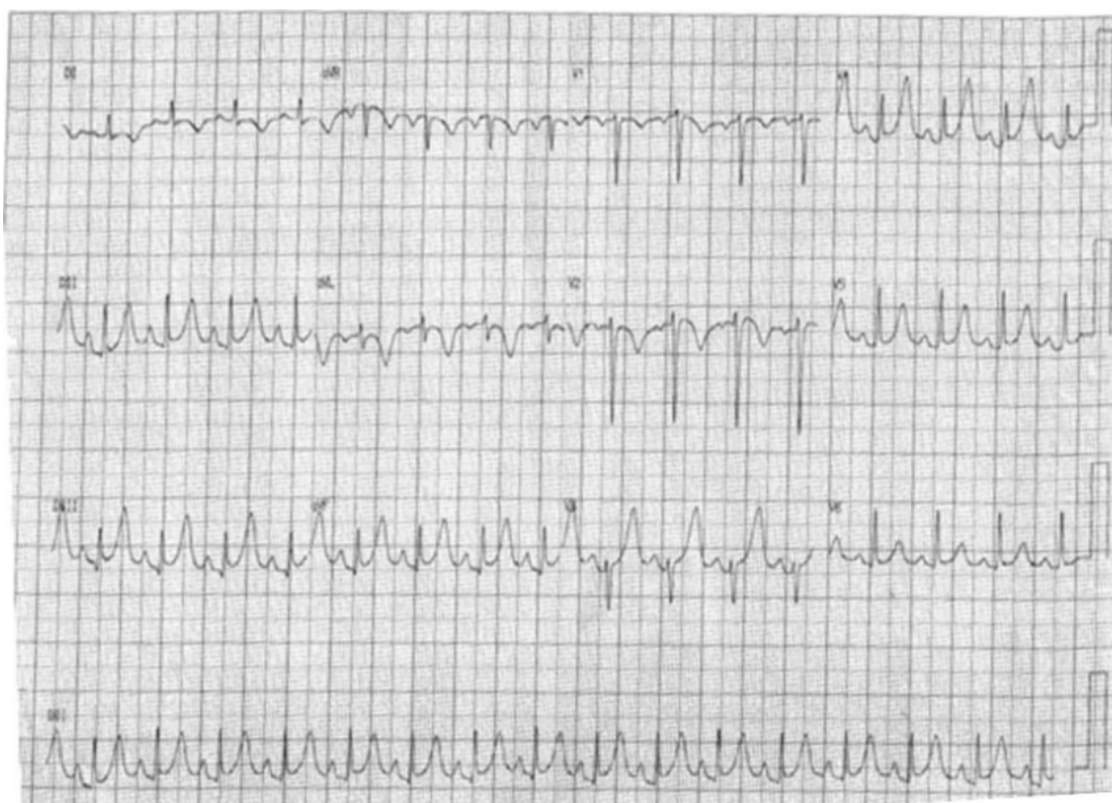


Figura 1. Eletrocardiograma

No sexto dia, foi retirado do cateter duplo J, sob avaliação do risco cirúrgico intermediário, apresentando bom estado geral, com taquicardia sinusal presente.

No sétimo dia, estável clinicamente, a paciente recebeu alta hospitalar com os seguintes medicamentos: Carvedilol 6,25 mg de 12/12 horas, em caso de dor Tilatil e Pyridium. 15 dias após a alta, repetiu o ecodopplercardiograma, que demonstrou cinética tanto global, como segmentar preservada. Atualmente, após 48 meses, a paciente permanece assintomática e faz uso de Carvedilol.

3 | DISCUSSÃO

A cardiomiopatia de Takotsubo (CMPT) foi inicialmente descrita em 1990, no Japão, Takotsubo é uma palavra japonesa que significa armadilha para polvo

(ISHIKAWA, 2004). Caracteriza-se por disfunção transitória do ventrículo esquerdo com dor torácica, alterações eletrocardiográficas e liberação discreta de enzimas mimetizando infarto agudo do miocárdio. (ZEB et al., 2011).

Ademais, a cardiomiopatia recebe essa denominação, pois sua morfologia ventricular inicialmente descrita assemelha-se ao vaso de cerâmica utilizado para captura desse molusco, que apresenta base larga e colo estreito. (OLIVEIRA et al., 2012). Acreditava-se que a síndrome afetasse exclusivamente japoneses, por fatores genéticos e ambientais ainda pouco conhecidos. (KOULARIS; et al., 2010; KNOBEL; et al., 2005). Entretanto, na última década foram constatados relatos por todo o mundo.

A doença é mais comum em pacientes mulheres de meia idade com fatores de risco para doença coronariana, o que difere do caso clínico apresentado, em que a paciente é jovem (24 anos) e sem fatores de risco. Entretanto, ressalta-se que o estresse foi um importante fator para o desencadeamento dessa condição clínica. Todas as situações de estresse apresentam elevação das catecolaminas, que também podem ser causa de disfunção ventricular, como no feocromocitoma. (KOULARIS; et al., 2010; LEMOS; et al., 2008)

No caso em questão, a paciente sofreu forte estresse emocional devido ao quadro de nefrolitíase e cateter duplo J associado a indução anestésica evoluindo com hipotensão, precordialgia e taquicardia pós uso de Ondansetrona. Evoluiu com sintomas típicos descritos na literatura de dor torácica e dispneia, que reflete a aguda sobrecarga ventricular esquerda.

O ecocardiograma com Doppler identifica as modificações anatômicas, ratificando as alterações encontradas com comprometimento segmentar do ventrículo esquerdo com função global reduzida de grau moderado e insuficiência mitral de grau discreto, apresentando exame eletrocardiograma com ritmo sinusal, supradesnível de ST em paredes inferior e anterolateral, alteração da repolarização ventricular em parede lateral alta exames laboratoriais com elevação de troponina I ultra sensível 7,37 ng/ml , Creatina Fosfoquinase 749 U/L ,CK-MB 15,41 ng/ml.

A evolução da síndrome no caso em questão seguiu sem mais intercorrências e foi realizado a retirada do cateter duplo J limitada aos dias de internação, quando a evolução clínica e as evidências ecocardiográficas demonstraram taquicardia sinusal presente.

4 | CONCLUSÃO

Percebe-se que o relato apresentado consiste na baixa incidência literária sobre casos de pacientes jovens que podem desenvolver cardiopatia. Esse contexto expõe

a necessidade de se manter alerta para essa possibilidade diagnóstica em pacientes com quadro clínico de síndrome coronariana aguda na vigência de alguma situação de estresse sistêmico. A respeito da gravidade da doença aguda, a síndrome é transitória e o tratamento é baseado em medidas básicas de suporte, como realizado neste caso.

REFERÊNCIAS

AMARAL, W.; MIRANDA, Z.; MIRANDA, G.; FERREIRA, V. V.; GONÇALVES, R. P. F.; SILVA, P. L. N. D. **Disfunção ventricular apical transitória (Síndrome de Takotsubo)**: uma revisão da literatura. Arquivo Catarinense Medicina, v. 43, n. 4, p. 70-76, 2014.

BOTTO, F.; TRIVI, M.; PADILLA, L. T. **Transient left midventricular ballooning without apical involvement**. Int J Cardiol, 127, n. 3, p. e158-159, Jul 21 2008.

FALEIRO OLIVEIRA, J.; REBELO PACHECO, S.; MONIZ, M.; NUNES, P. *etal.* **Stunned myocardium after an anesthetic procedure in a pediatric patient** - case report. Revista Portuguesa de Cardiologia, 35, n. 6, p. 375 e371-375, Jun 2016.

HOEKSTRA, B. E.; REIS, E. S. D. S.; RIBEIRO, B.; COSTA, M. A. C. D. **Doença de Takotsubo (Síndrome do coração partido)**: uma doença subdiagnosticada? Revista Brasileira de Cardiologia, v. 27, n. 5, p. 327-332, 2014.

ISHIKAWA, K. **“Takotsubo” cardiomyopathy A syndrome characterized by transient left ventricular apical ballooning that mimics the shape of a bottle used for trapping octopus in Japan**. International Med, 43, n. 4, p. 275-276, Apr 2004.

KOULOURIS, S.; PASTROMAS, S.; SAKELLARIOU, D.; KRATIMENOS, T. *et al.* **Takotsubo cardiomyopathy**: the “broken heart” syndrome. Hellenic J Cardiol, 51, n. 5, p. 451-457, Sep-Oct 2010.

LEμος, A. E. T.; A. L. J. ARAÚJO; M. T. LEMOS; L. BELÉM; F. J. C. VASCONCELOS FILHO; R. B. BARROS. **Síndrome do coração partido (síndrome de Takotsubo)**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v. 90, n. 1, p. e1-e3, 2008.

LEμος, A. E.; JUNIOR ARAUJO, A. L.; LEMOS, M. T.; BELEM LDE, S. *et al.* **Broken-heart syndrome** (Takotsubo syndrome). Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 90, n. 1, p. e1-3, Jan 2008.

MACIEL, B. A.; CIDRAO, A. A.; SOUSA, I. B.; FERREIRA, J. A. *etal.* **Pseudo-acute myocardial infarction due to transient apical ventricular dysfunction syndrome** (Takotsubo syndrome). Revista Brasileira Terapia Intensiva, 25, n. 1, p. 63-67, Mar 2013.

MOVAHED, M. R.; DONOHUE, D. **Review**: transient left ventricular apical ballooning, broken heart syndrome, apical cardiomyopathy, atypical apical ballooning, or Tako-Tsubo cardiomyopathy. Cardiovascular Revascularization Med, 8, n. 4, p. 289-292, Oct-Dec 2007.

NÓBREGA, S.; D. BRITO. **Miocardopatia Takotsubo**: estado da arte. Revista Portuguesa de Cardiologia, v. 31, n. 9, p. 589-596, 2012.

OLIVEIRA, G. M.; SOUZA, O. F.; MESQUITA, E. T. ; SUBIETA, C.G.P. 1. ed. **Cardiologia prática clínica**. Rio de Janeiro: SOCERJ. 2012.

REIS, J. G. V.; G. ROSAS. **Cardiomiopatia de Takotsubo: um diagnóstico diferencial da síndrome coronariana aguda**: revisão da literatura. Revista Médica de Minas Gerais RMMG, v. 20, n. 4, 2011.

SOUSA, J. M.; KNOBEL, M.; BUCHELLE, G.; SOUSA, J. A. *et al.* **Transient ventricular dysfunction** (Takotsubo cardiomyopathy). *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 84, n. 4, p. 340-342, Apr 2005.

ZEB, M.; SAMBU, N.; SCOTT, P.; CURZEN, N. **Takotsubo cardiomyopathy**: a diagnostic challenge. *PostgradMed J*, 87, n. 1023, p. 51-59, Jan 2011.

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE À MULHER INDÍGENA KRIKATÍ

Data de aceite: 03/03/2020

Mônica Santos Lopes Almeida

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão
IESMA/Uniculma, Imperatriz – MA, <http://lattes.cnpq.br/3055222014333221>

Fábio José Cardias Gomes

Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Imperatriz
- MA,
<http://lattes.cnpq.br/0895767024534705>

Waléria da Silva Nascimento Gomes

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão
IESMA/Uniculma, Imperatriz – MA, <http://lattes.cnpq.br/5244912056490353>

Ênio Santos Barros

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão
IESMA/Uniculma, Imperatriz – MA, <http://lattes.cnpq.br/5244912056490353>

Ana Paula Santos Lopes Pinheiro

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão
IESMA/Uniculma, Imperatriz – MA, <http://lattes.cnpq.br/5244912056490353>

Taynara Logrado de Moraes

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão
IESMA/Uniculma, Imperatriz – MA, <http://lattes.cnpq.br/5244912056490353>

Annyzabel Santos Barros

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão
IESMA/Uniculma, Imperatriz – MA, <http://lattes.cnpq.br/5244912056490353>

Cleize Ediani Silva dos Santos

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão
IESMA/Uniculma, Imperatriz – MA, <http://lattes.cnpq.br/5244912056490353>

Rodolfo José de Oliveira Moreira

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão
IESMA/Uniculma, Imperatriz – MA, <http://lattes.cnpq.br/5244912056490353>

Edivaldo Silva Pinheiro

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão
IESMA/Uniculma, Imperatriz – MA, <http://lattes.cnpq.br/5244912056490353>

RESUMO: O presente estudo trata-se de uma pesquisa-ação em andamento, voltadas para as práticas da educação e promoção de saúde entre mulheres indígenas. Objetiva comunicar duas visitas técnicas que iniciaram o desenvolvimento preliminar do primeiro de três momentos de construção de Rodas de Conversas. O que se estende como projeto de mestrado, no tocante ao orientar políticas públicas de saúde, aspectos promocionais de saúde feminina e práticas de saberes local. As visitas realizaram-se na Aldeia Krikatí - São José, município de Montes Altos – MA. Trabalhou-se com metodologia ativa, exploratória e intervencionista, que culminará em Círculos de Cultura (Paulo Freire). Relata-se o processo de busca por investigação temática, do universo vocabular dos participantes, o reconhecimento

local e observações de contexto regional.

PALAVRAS-CHAVE: Educação e Promoção de Saúde. Círculo de Cultura. Mulher Indígena.

ABSTRACT: The present study is an ongoing action research focused on the practices of education and health promotion among indigenous women. It aims to communicate two technical visits that began the preliminary development of the first of three moments of construction of Conversation circles. This extends as a master's project, in order to guide public health policies, promotional aspects of women's health and local knowledge practices. The visits took place in Krikati Village - São José, municipality of Montes Altos - MA. We worked with active, exploratory and interventionist methodology, which will culminate in Circles of Culture (Paulo Freire). It reports the process of searching for thematic investigation, the participants' vocabulary universe, local recognition and observations of regional context.

KEYWORDS: Health Education and Promotion. Culture Circle. Indigenous woman.

1 | INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto do projeto de pesquisa do curso de especialização em Educação para a Saúde realizado na cidade de Imperatriz - MA, Região Tocantina, por estar às margens do Rio Tocantins, fronteira com o Estado do Tocantins, com diversos afluentes e nascentes, encontro de sertão, cerrado e floresta primária da Amazônia Oriental ou Amazônia maranhense.

Neste estudo foram recrutados artigos científicos referentes à educação e promoção de saúde, políticas públicas de saúde, povos indígenas, saúde da mulher indígena, círculo de cultura, destacando-se os seguintes autores: Freire, P. (2003), Ferraz (2014), Nakamura, Eunice (2009), PNASI (2004), Carneiro, José (2014). Enfatiza-se Curt Nimuendajú, um historiador Alemão de povos indígenas, que não tinha curso universitário, porém era tão surpreendente quanto as “sociedades Jê”:

Não tinha compromissos teóricos que o desviassem daquilo que os próprios índios lhe faziam sentir ao espírito observador como o foco motivador de sua existência. Tal maneira de agir torna os seus textos muito sugestivos para quem os leia com a intenção de encontrar relações funcionais entre o todo e as partes. (MELATE, 1985, p.16)

Na sociedade contemporânea nota-se diversas fragilidades que permeiam o indivíduo. Sobre as mulheres, dados apontam que elas se mostram cada vez mais vulnerável e susceptível às adversidades biopsicossociais. Diante deste contexto, a mulher indígena encontra-se geograficamente nas periferias territoriais, torna-se mais fragilizada com as negligências assistenciais da saúde. Contudo, salienta-se que os conhecimentos empíricos que os povos e as mulheres indígenas possuem,

agregam valores e conhecimentos os quais conduzem a uma qualidade de vida.

Porém, é perceptível que quanto mais próximos os povos indígenas estão da sociedade urbana, tornam-se alheios e adeptos a estilos de vida inadequado, onde favorecem o aparecimento de fatores de risco como: consumo abusivo de bebidas alcóolicas, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dentre outras patologias. Brasil (2002) afirma que em regiões onde a população indígena tem um relacionamento mais próximo com a população regional, tendem ao aparecimento de novos problemas de saúde.

A motivação para este tema despertou a partir do primeiro contato com os indígenas Krikati¹ da Aldeia São José, no município de Montes Altos – MA. Nesta oportunidade, estivemos com o Cacique José Torino e outros moradores do distinto povoado, crianças, jovens e a equipe da Unidade Básica de Saúde da Aldeia. Nota-se que:

Krĩcatijê significa “aqueles da aldeia grande”, nome este atribuído pelos próprios e considerada pelos demais povos Timbiras. A Terra dos índios Krikati está situada nos municípios maranhenses de Montes Altos e Sítio Novo, a sudoeste do mesmo Estado. São terras banhadas por rios e córregos das bacias do rio Tocantins e do rio Pindaré Mirim. (CARNEIRO, 2014, p. 36)

O estudo é relevante por atualizar um assunto pouco explorado e elaborado no sentido de conduzir mulheres indígenas Krikati, com suas particularidades, conhecimentos empíricos, à uma dimensão de saberes quanto à educação e promoção de saúde, por meio de Círculos de Cultura. Segundo Ferraz (2014), o Círculo de Cultura, idealizado por Paulo Freire, é uma prática grupal na qual utiliza-se a educação em saúde como ferramenta para conduzir as conversas e problematizar assuntos abordados, tornando os participantes capazes de construir uma nova realidade na qual vivem.

A pesquisa tem como principal objetivo orientar mulheres indígenas Krikati quanto à educação e promoção de saúde, corroborando práticas já existentes na cultura local, no sentido de fomentá-las, tornando-as multiplicadoras de informações e conhecimentos, por meio dos círculos de cultura. Fragmenta-se de forma específica os seguintes objetivos: a) Identificar fatores de risco à saúde da população feminina Krikati; b) Refletir-criticar as situações problemas do enfrentamento feminino, das possíveis adversidades; c) Agir-intervir sobre processos de saúde/doença identificados no viés da educação-promoção de saúde; d) Construir junto às mulheres Krikati uma visão holística dos saberes culturais associados ao direcionamento das políticas públicas de saúde para a qualidade de vida da população local, no tocante

¹ Povo do tronco Jê, que Nimuendajú esteve de passagem entre alguns grupos Timbira do Maranhão, junto à fronteira com o Pará, em 1913-15 e junto aos Krikati em 1920. Nessas curtas estadas anotava vocabulários, fazia recenseamentos, tomava mitos. A partir de 1929 retomou essas visitas breves entre outros Timbira Orientais. (MELATE, 1985, p.5)

a intervirem por meio de ações educativas continuadas.

2 | DESENVOLVIMENTO

Para Nakamura (2009) os estudos antropológicos sobre saúde, doença e cuidado buscam a compreensão desses fenômenos nas sociedades não como acontecimentos isolados, restritos a dimensões orgânicas e físicas, como geralmente ocorre na visão biomédica, mas a expressar outras dimensões da vida social e cultural. Conforme Martins (2009), na abordagem holística conceitua-se saúde como “um estado completo de bem-estar”. Por outro lado, o que se constitui bem-estar em uma sociedade pode ser diferente em outra.

Analisando os diversos conceitos de saúde, percebe-se que as populações indígenas estão fragilizadas por diversas questões sociais, pois, se por um lado apresentam uma diversidade de conhecimentos empíricos, por outro estão alheias ao empoderamento dos seus saberes culturais para melhorias na qualidade de vida em sua própria comunidade. Como ilustrado abaixo:

O movimento de mulheres indígenas possui um caráter político e educativo, buscando assegurar a liberdade, o futuro e a autonomia. Surgiu também para assegurar espaços de reflexão sobre questões específicas, articuladas com as lutas mais amplas das comunidades e do movimento indígena. Baseados nesse objetivo é que os encontros de mulheres permitem vislumbrar caminhos para ações coletivas que contribuam para superar problemas, em conjunto com as lideranças da comunidade, manifestando assim anseios, esperanças e a confiança em um futuro melhor (Ferreira, 2013, p.1154)

A Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI), por sua vez, estabelece uma série de diretrizes que objetivam garantir o acesso à atenção integral à saúde indígena. Entretanto, apesar de reconhecer as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas e o seu direito de receberem uma atenção diferenciada à sua saúde, não contempla o enfoque de gênero (FERREIRA, 2013).

Em relação à uma especificidade da saúde da mulher indígena, observa-se que as mulheres buscam a sua independência, conquistando seu espaço na sociedade e, aos poucos, incluindo-se em movimentos sociais devido as suas necessidades. Cita que as tentativas de formulação de um novo olhar sobre a identidade e o papel das mulheres indígenas implicam nas famílias e no seu povo.

Em agosto de 2010, criou-se a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Essa criação de uma secretaria específica para a Saúde Indígena resultou na transferência das ações ao Ministério da Saúde. Segundo Brasil (2009), cabe à Secretaria coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo Território Nacional, responsável por proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas em consonância com as políticas públicas.

Visando garantir esse acesso à atenção integral da saúde indígena, entende-se que a junção dos saberes, viabilizaria as estratégias para proporcionar educação e promoção de saúde. Brasil (2012), na 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), destacou a liberdade de expressão e a construção de conhecimentos em saúde a partir da integração dos diversos saberes, da cultura popular, compartilhando experiências, garantindo os direitos a saúde. Desta forma, Freire (1991) fala de educação como conscientização, como reflexão rigorosa sobre a realidade em que vive, com entrelaçamentos das linguagens e suas respectivas lógicas epistêmicas, evidenciando os focos a serem problematizados pelos grupos, instigando o debate e construindo redes de significados.

Entretanto, trata-se uma pesquisa-ação, com uma proposta intervencionista, pela qual são realizadas “rodas de conversas” na abordagem de ensino do Círculo de Cultura de Paulo Freire, como em Vergara (2011), “Pesquisa-ação é um tipo particular de pesquisa participante e de pesquisa aplicada que supõe intervenção participativa na realidade social. Quanto aos fins é, portanto, intervencionista”. É uma modalidade qualitativa de pesquisa, em realização na aldeia São José, município de Montes Altos - MA, entre a etnia Krikati, com uma população estimada em 800 habitantes, composto de 243 mulheres indígenas. Para a coleta de dados estima-se a participação de 10% do total das mulheres indígenas, que ao serem apresentadas ao cenário do estudo demonstrarem interesse pela temática e aceitarem participar nos (6) seis Círculos de Cultura. A partir de então os temas abordados serão definidos.

O procedimento para coleta de dados nos Círculos de Cultura ocorre com registros fotográficos e filmagem dos materiais produzidos pelo grupo participante (exemplo: imagem 1 e 2). Conforme Monteiro (2009), a organização e o funcionamento dos Círculos de Cultura propõem trabalho sistematizado, possibilita reflexão individual e construção do conhecimento compartilhado e troca de experiências.

Tomando por princípio norteador o delineamento do “Método Paulo Freire”(11), o desenvolvimento do Círculo de Cultura consiste de três momentos: a) a investigação temática, pela qual os componentes do círculo e o animador buscam, no universo vocabular dos participantes, os temas centrais de suas biografias; b) a tematização, mediante a qual eles(as) codificam e decodificam esses temas; ambos buscam o seu significado social, e c) a problematização, por meio de que eles(as) buscam superar a primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido.

Neste resumo, é apresentado descrições relacionadas ao primeiro momento: a) a investigação temática, pela qual os componentes do círculo e o animador buscam, no universo vocabular dos participantes e da sociedade onde eles(as) vivem, temas centrais de suas biografias. Para esta comunicação dividiu-se em duas partes iniciais: a.1) reconhecimento do local, contexto e primeiros contatos com a comunidade

Krikati São José e a.2) Visita técnica com 25 acadêmicos de Enfermagem com os quais desenvolvi atividades intervencionistas como: i) interação com a comunidade, ii) educação em saúde, iii) aferição de Sinais Vitais e iv) ações de cunho social.

É a partir destas ações que temas geradores serão construídos coletivamente, para que propostas sistematizadas de intervenções sejam feitas na educação popular em saúde na comunidade-aldeia. Como a pesquisa está em andamento, os temas propostos serão desenvolvidos com base na metodologia ativa, com características próprias que valorizam processos participativo. Portanto, limita-se neste estudo a apresentar resultados-discussões parciais dos procedimentos até então realizados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A primeira visita aos Krikati na Aldeia São José no município de Montes Altos – MA, ocorreu no dia 07 de outubro de 2016, na companhia do orientador, o qual se dedica à psicologia comunitária indígena. A visita despertou-nos a realizar uma ação intervencionista, com os acadêmicos de enfermagem da UFMA e UNISULMA, no intuito de desenvolvermos atividades educativas e intervencionista, de forma a interagir com as peculiaridades de povos fragilizados pelas condições sociais. O primeiro contato aconteceu na Unidade de Saúde da Aldeia. Fomos recebidos com cordialidade, porém arredios. Nos apresentamos e conversamos sobre a intenção da visita. O Cacique José Torino nos recebeu em sua casa. Registramos com câmera de celular alguns momentos, conversamos com mulheres, jovens, homens, crianças, que se esforçavam para conversar na língua portuguesa, visto que entre eles conversavam na língua materna “Jê”. Fizeram-nos pinturas de tucum e mostraram suas artes que fabricam para o uso e sustento.

Já, a segunda visita aconteceu no dia 04 de novembro de 2016, com os acadêmicos do curso de Enfermagem (UFMA/UNISULMA). Tivemos contato com o médico cubano recém chegado e o Agente Indígena de Saúde (AIS), os quais nos conduziram às casas dos aldeões. Um grupo de moradores estavam no município de Imperatriz, em manifestação pautada na falta de alimentação escolar das crianças indígenas. Conhecemos e observamos a mobilização artesanal para um grande evento que acontece anualmente, a “Corrida da Tora” devido luto comunitário e a “Festa da Menina Moça” que inicia a fase da mulher adulta. Realizamos as ações intervencionista, ofertamos informações importantes quanto a hábitos saudáveis de vida. Em seguida, interagimos com a comunidade e por fim realizamos uma atividade social, com oferta de lanches e doações entre as crianças, jovens e adultos.

Para esta comunicação, as duas visitas acima, brevemente descritas, iniciam o desenvolvimento preliminar do primeiro momento já em construção do Círculo de

Cultura, ou seja: a busca por uma investigação temática, o universo vocabular dos participantes, os temas centrais e suas biografias, reconhecimento local e contexto.



Imagem 1: Visita à casa de líder feminina Krikatí



Imagem 2: Interação com crianças da etnia Krikatí

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As visitas a aldeia Krikati-São José despertaram um olhar ampliado, peculiar às particularidades dos indivíduos, sem distinção de raça, cor ou etnias, no empoderamento dos saberes, transmitidos pelos povos indígenas, a partir de uma cultura diferenciada das referências urbanas, ocidental e academicista. Percebemos o quanto podem ser resilientes às adversidades da vida e aos fatores de risco que os assolam.

Diante da experiência vivida, percebemos a necessidade de atuar com rodas de conversas de grupo de mulheres indígenas, no intuito de propiciar trocas de conhecimentos de acordo com a realidade cultural Krikati, embasados nas políticas públicas de saúde no processo de (re)construção de ações de educação em saúde indígena, tornando-as reflexivas e críticas. O próximo passo é aprofundar proposta intervencionista que terá continuidade na terceira visita, na qual também será aplicado questionário sócio demográfico, o que dá início ao cronograma proposto no projeto em andamento.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde: 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: MS; 2009.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Funasa, MS; 2002.
- CARNEIRO, José de Ribamar Dias. Povos e línguas indígenas no Maranhão. Rio de Janeiro: 2014; Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Programa de Pós-Graduação em Linguística. Disponível em: www.seduc.pi.gov.br
- FERREIRA, Luciane Ouriques. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. IN: História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan.-mar. Nqw772013.
- FERRAZ, L., FERRETTI, F., TRINDADE L. L. O Círculo de Cultura: estratégia de educação popular em saúde para trabalhadores rurais. Tempus, actas de saúde colet; Brasília: 2014; Aprovado em 18/06/2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v8i2.1519>
- FREIRE, P. Educação como prática de liberdade. 20.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991. P.80.
- MELATTI, C. J. Curt Nimuendajú e os Jê; Departamento de Antropologia Instituto de Ciências Sociais Universidade de Brasília; Brasília: 1985. Disponível em: www.julielattipro.br/artigos/a-nimuendaju.pdf
- MONTEIRO, E. M. L. M. M., VIEIRA, N. F. C., Educação em Saúde a partir do Círculo de Cultura. Revista Brasileira de Enfermagem; Brasília: 2010 maio-junho; Aprovado em 02/09/2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid
- NAKAMURA, E. M. S./organizadores. Antropologia para Enfermagem. Barueri, SP-Manole: 2009. (Série enfermagem).
- VERGARA, Sylvia Constant. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 12ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

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

Data de aceite: 03/03/2020

Saionara Açucena Vieira Alves

Fisioterapeuta - Mestra em Saúde Pública-UEPB

Campina Grande-PB

Francisco Fernandes Abel Mangueira

Enfermeiro - Mestre em Saúde Pública-UEPB

Campina Grande-PB

Rosely Leyliane dos Santos

Enfermeira - Mestra em Enfermagem-URCA

Crato-CE

Amanda Soares

Enfermeira - Mestra em Saúde Pública-UEPB

Campina Grande-PB

Rondinele Antunes de Araújo

Enfermeiro – Especialista em Gestão em saúde-

(Unimontes)

Montes Claro-MG

Lorena Sofia dos Santos Andrade

Bióloga e Enfermeira – Mestra em Saúde Pública-

UEPB

Campina Grande-PB

Waleska Fernanda Souto Nóbrega

Cirurgiã-dentista – Mestra em Saúde Pública-

UEPB

Campina Grande-PB

Milena Edite Casé de Oliveira

Psicóloga – Mestra em Saúde Pública-UEPB

Campina Grande-PB

Tácila Thamires de Melo Santos

Enfermeira - Mestra em Saúde Pública-UEPB

Campina Grande-PB

RESUMO: O câncer de próstata representa um problema de saúde pública e os exames utilizados para rastreamento e prevenção merecem ser discutidos. Este trabalho tem como objetivo analisar se a educação em saúde é viável como estratégia para o rastreamento do câncer de próstata na Atenção Básica. É um estudo descritivo em que se relata a experiência vivida ao lado dos profissionais de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família por um coordenador da Atenção Básica, durante a realização de campanhas no combate ao câncer prostático. As atividades foram desenvolvidas por profissionais de uma unidade de saúde e acompanhadas por um coordenador da Atenção Básica, nos meses de novembro e dezembro de 2017 e início do mês de janeiro de 2018, em uma Unidade Básica de Saúde da Família, localizada no município de Bom Jesus /PB. A metodologia utilizada foi o grupo de conversação sobre tópicos relacionados à prevenção do câncer de próstata. Como conclusão, a Educação em Saúde é uma estratégia viável para a articulação da interação da comunidade com os serviços de saúde além do fortalecimento de atividades educativas para prevenir e promover a saúde. Essa estratégia

contribuiu para a conscientização e maior adesão da população masculina aos serviços de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Educação em saúde; Atenção Básica

HEALTH EDUCATION IN THE PREVENTION OF PROSTATE CANCER IN THE BASIC ATTENTION: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Prostate cancer is a public health problem and the tests used for screening and prevention deserve to be discussed. This study aims to analyze whether health education is feasible as a strategy for the screening of prostate cancer in Primary Care. It is a descriptive study that relates the experience lived alongside the professionals of a Family Health Strategy team by a Primary Care coordinator during campaigns to combat prostate cancer. The activities were developed by professionals of a Health Unit. They were observed by a coordinator of the basic attention in the months of November and December in 2017 and beginning of January 2018. The observation place is the municipality of Bom Jesus / PB. The methodology used was the conversation group about related topics to the prevention of prostate cancer. As conclusion the Health Education is a viable strategy for the articulation of the community's interaction with health services beyond the strengthening of educational activities to prevent and to promote health. This strategy contributed to the awareness and greater adhesion of the male population to the health services provided by the Brazilian Unified Health System.

KEYWORDS: Câncer; Health Education; Primary Health Care

1 | INTRODUÇÃO

A primeira vez que o câncer foi inserido como problema de saúde pública na Agenda Nacional de Políticas, foi com o acontecimento da Reforma Sanitária em 1920, dando origem ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (ANDRADE; LIMA, 2010).

A estratégia de Educação em saúde no combate ao câncer vigorou no Brasil a partir de 1920 e teve como principal objetivo o controle da doença no país, através da prevenção e com o uso das tecnologias no rastreamento para a detecção precoce e início do tratamento. O câncer tornou-se para o setor público de saúde, objeto prioritário nas ações de prevenção e controle, pois o sofrimento das pessoas acometidas, dos seus parentes e os altos custos com tratamentos, levou as autoridades a tomarem atitudes necessárias no combate e controle a esta patologia no Brasil (ROCHA, 2010).

As campanhas de conscientização da população para um mal ainda pouco conhecido no país nos anos 1940 levaram a divulgação por diversos meios de comunicação, como por exemplo, panfletos com imagens e informações sobre a nova doença que ganhava cada vez mais destaque no cenário nacional. Ao longo

dos anos, essas campanhas foram evoluindo, com inovações e esforços, no qual as representações visuais como a imagem de um caranguejo vermelho para simbolizar o câncer, foram utilizadas para discutir a importância de prevenção da doença (ROCHA, 2010).

Nos dias atuais, algumas vezes a iluminação na cor rosa do Cristo Redentor, cartão postal do Rio de Janeiro, também tem o objetivo de chamar a atenção das mulheres sobre câncer de mama e do colo uterino. Isso mostra a importância das campanhas de conscientização e educação em saúde que devem ser desenvolvidas utilizando-se de estratégias que possam atender as realidades da população e assim fazer com que as pessoas compreendam e venham aderir a esses movimentos educativos na área da saúde, acatando assim os objetivos estabelecidos pelas políticas públicas de saúde no combate ao câncer (ROCHA, 2010).

São vários os tipos de cânceres que existem e são múltiplas suas causas, desde os hábitos alimentares, estilo de vida, fatores genéticos e até mesmo o próprio envelhecimento. Com o crescimento alarmante dessa patologia em todo o mundo, as neoplasias ocupam hoje a segunda causa de morte na maioria dos países. Acredita-se que nos países desenvolvidos essa doença irá ultrapassar as doenças cardiovasculares (ROCHA, 2010).

No Brasil, essa realidade não se difere dos países desenvolvidos, tendo sido a terceira causa de internações hospitalares entre os anos de 2002 a 2012 segundo dados de internações do Sistema Único de Saúde – SUS. Em 2011, foi a segunda causa de morte no Brasil, ficando responsável por 16,4% do número de óbitos no país. Segundo estudos realizados no Brasil que utilizou dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE em parceria com o Ministério da Saúde, com moradores adultos residentes em domicílios particulares no País, a prevalência de diagnóstico de câncer mostrou-se maior entre as pessoas mais velhas, chegando a 7,7% entre os indivíduos com mais de 75 anos. Quanto ao tipo de câncer diagnosticado, o câncer de mama foi o mais prevalente entre as mulheres, já entre os homens o câncer de próstata foi o que teve maior destaque com 36,9% entre os tipos de câncer diagnosticado nesta população (OLIVEIRA et al., 2015).

No mundo, estima-se que cerca de um milhão de pessoas do sexo masculino foram diagnosticados com câncer de próstata no ano de 2012, o que corresponde a 15% das neoplasias em homens, sendo que destes, 70% dos casos ocorreram nas regiões com maior desenvolvimento econômico. Já no caso do Brasil, o câncer de próstata é o mais incidente em todas as regiões do país, com estimativas de aproximadamente 61 mil casos nos anos 2016 e 2017 (QUIJADA, et al., 2017).

A confirmação do diagnóstico para esta patologia se dá através do exame histopatológico do tecido obtido da próstata através da biópsia, porém as medidas

preventivas como, por exemplo, o rastreamento desta patologia pode ser feito através da dosagem do antígeno prostático específico (PSA) em associação com o exame de toque retal, muito importante e bastante disseminado pelas Políticas Públicas de Saúde do Homem, que tem como objetivo o diagnóstico precoce desta doença, o tratamento adequado com a utilização de procedimentos menos agressivo e a possível cura (QUIJADA, et al., 2017; SANTIAGO et al., 2013)

Estudos realizados através da revisão sistemática de artigos publicados entre os anos de 1966 a 2003 embasam o apoio da literatura médica internacional na recomendação dos exames de toque retal e PSA para o rastreamento do câncer de próstata, tendo sido este o método de maior sucesso para esse diagnóstico. Porém, anteriormente alguns estudiosos que defendiam o exame de PSA, atualmente questionam sua eficácia e sugere somente o exame de toque retal como o mais indicado (GOMES et al., 2008).

Existe um grande debate entre os pesquisadores sobre os riscos e os benefícios que podem trazer o rastreio do câncer de próstata através do exame de PSA. Na segunda metade do século XXI foram publicados os resultados de algumas pesquisas sobre os riscos e os benefícios desse exame no rastreio do câncer prostático, no qual não se recomenda a realização deste exame no rastreio para essa patologia, pois os saldos não são benéficos e/ou os riscos ultrapassam os benefícios (SANTOS, 2014).

Segundo alguns estudos realizados relacionado ao número de mortes por câncer de próstata em um seguimento de 11-13 anos, mostrou que existia um número de 5 mortes para cada 1000 dos que não realizaram o rastreamento e de 4 para cada 1000 entre os que realizaram o exame de PSA como rastreio. Tais estudos também mostram que de cada 1000 pessoas que realizarem o exame de PSA entre 100 a 200 terão resultados falso positivo, o que pode levar esses pacientes a serem submetidos a procedimentos desnecessários que poderão trazer mais danos do que benefícios para a saúde dos mesmos (SANTOS, 2014).

As pesquisas continuam para que se chegue a um consenso em seguir ou não, com a indicação do rastreamento do câncer prostático através do PSA. Enquanto isso não acontece, os estudiosos recomendam um diálogo entre médico e paciente, mostrando-lhe riscos e benefícios e deixando a critério do próprio cliente em realizar ou não, tal exame para rastreio do cancro prostático (SANTOS, 2014).

Quando se trata do toque retal como uma das medidas preventivas para o câncer de próstata existe um grande debate sobre sua eficácia, porém o que também não podem desconsiderar é com relação aos aspectos simbólicos que podem interferir diretamente na decisão da realização ou não desse procedimento, já que o mesmo pode ser visto como uma violação ou torna “frágil” à masculinidade, assunto bastante debatido na clínica e na saúde coletiva sobre a prevenção e elaboração de políticas que envolvem a saúde do homem (GOMES et al., 2008; SOUZA, SILVA e PINHOS,

2011; BILENELO et al., 2014).

Além disso, pode-se destacar outros fatores que influenciam entre os homens no momento de decidir sobre a realização do toque retal, como a cultura e o grau de conhecimento. Segundo um estudo realizado no Rio de Janeiro em 2004, mostrou que em um grupo de 10 homens sem escolaridade, nove não haviam realizado o exame do toque, enquanto que no grupo com oito homens que possuem nível superior, cinco destes afirmaram ter realizado o exame. Nesta perspectiva, fica perceptível que a falta de informações atinge com maior intensidade a população masculina com baixos níveis de escolaridade e poder socioeconômico, o que demanda maiores ações educativas para esta população (GOMES et al., 2008).

Estudo realizado na Unidade Saúde da Família Camélias/Portugal mostra que uma parte dos usuários da USF possui um conhecimento moderado a respeito dos exames de rastreamento para o câncer de próstata (PSA e TR). A maioria destes usuários afirma que possuem mais conhecimentos sobre as vantagens do que as desvantagens em relação à realização destes exames de rastreamento, o que pode justificar o maior interesse dos médicos na adesão dos utentes aos exames de PSA e toque retal após o esclarecimento apenas dos seus benefícios (MAGALHÃES, et al., 2015).

A relação do homem com o mundo não é apenas o seu existir nele, se faz através do conhecimento que ele adquire quando de sua participação em sociedade. Nesta perspectiva pode-se dizer que faltaria ao homem a liberdade, e essa liberdade quando suprimida, torna-se o homem um ser adequado ou acomodado (FREIRE, 1967).

Apesar da relevância das pesquisas sobre os riscos e benefícios dos exames para rastreio do câncer de próstata podem trazer para a população masculina, há desafios para discuti-los. Assim, este estudo tem como objetivo conhecer acerca da adesão ao exame de toque retal na Atenção Básica após esclarecimento, por profissionais de saúde, a essa população específica, pois o pré-conceito, o estigma e os fatores culturais ainda são influenciadores de adesão quando se trata deste assunto.

2 | MÉTODO

Estudo descritivo, tipo relato de experiência vivenciado por profissionais de saúde (médica, internos de medicina, enfermeira e coordenador) da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus – PB, sobre a adesão dos utentes aos exames de rastreamento do câncer de próstata (PSA e TR), com o objetivo de trazer maior número de homens para a Atenção Básica através da educação em saúde com esclarecimentos dispensados a estes usuários do sistema público por

meio da Atenção Básica/Unidade de Estratégia de Saúde da Família – ESF.

O estudo teve início no mês de Novembro de 2017, período em que se intensificam as campanhas de conscientização e combate ao câncer de próstata em alusão ao novembro azul e se estendeu até o mês de dezembro do mesmo ano e início do mês de janeiro de 2018, com a realização dos exames de rastreamento e orientações sobre o câncer de próstata.

Durante todo o mês de novembro de 2017, foram realizadas divulgações por diversos meios de comunicações, como emissoras de rádio, carros com som que circularam por todo o município e até mesmo através dos próprios profissionais (mais especificamente os Agentes Comunitários de Saúde), em que convidavam os homens, na faixa etária de 45 anos, a participarem de uma palestra que seria ministrada por profissionais médicos na UBS, com o objetivo de informar, tirar dúvidas e esclarecer sobre o câncer de próstata e os exames (PSA e TR).

Após um determinado período de divulgação, o encontro entre profissionais de saúde e usuários, aconteceu no dia 28 de novembro de 2017, em que se considerou esse período de divulgação uma estratégia de sucesso, já que o número de homens presentes (aproximadamente 90) foi considerado significativo.

O momento educativo foi conduzido por dois alunos internos do curso de medicina de uma instituição de ensino superior que fica localizada no município de Cajazeiras-PB, cidade polo com aproximadamente 19km/24min de distância da cidade de Bom Jesus. Esses alunos atuam como estagiários internos das segundas às quintas-feiras durante um período de 03 meses, sob supervisão da médica que também participou como palestrante.

O evento teve início por volta das 08h30min e término às 11h00min. Durante esse momento foram abordados temas específicos sobre próstata, câncer de próstata, exames de rastreamento (PSA e TR) e sobre machismo. Também foi dada a oportunidade para que os ouvintes fizessem suas perguntas e tirassem suas dúvidas pertinentes aos assuntos abordados durante a palestra.

Os métodos de coleta dos dados utilizados para desenvolver o relato de experiência foram às anotações feitas no diário de campo pelo pesquisador durante todos os momentos oportunos em que se encontrava como observador, e também através de conversas diretas com a Enfermeira da Unidade, com os internos de medicina e também com a médica da ESF, onde o evento foi realizado.

O acesso do pesquisador a essas informações se tornou “favorável”, pois o mesmo tem acesso às atividades realizadas nesta unidade de saúde como também aos profissionais que nela atuam, já que se encontra como coordenador da Atenção Básica deste município. A apreciação desse relato de experiência se alcançou abordando os profissionais que atuam na Atenção Básica. Observaram-se os princípios éticos e legais estabelecidos pela própria instituição como também das

pesquisas realizadas com seres humanos.

Em conversa com a Enfermeira responsável pela UBS, ela falou sobre como se procede às campanhas de conscientização relacionadas ao câncer de próstata nesta ESF. Os internos de medicina e a médica relataram como se deu todos os procedimentos, falaram das suas experiências nesse momento importante para esta população específica e a satisfação em estar contribuindo na disseminação dessas informações que tem grande significado para a saúde do homem.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A estratégia adotada pela equipe de Saúde para enfatizar sobre a conscientização em relação ao câncer de próstata, junto à população masculina, obteve resultados favoráveis quanto à adesão dos homens ao evento realizado, como também na realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata (PSA e TR).

Esses resultados positivos podem estar relacionados aos métodos adotados pelos profissionais de saúde desta Unidade, desde a divulgação da importância da presença dos homens com idade acima de 45 anos na unidade de saúde para participarem de um evento sobre câncer de próstata, como a maneira adotada para transmitir as informações, pois além do grande número de homens que participaram da palestra, destacou-se também o quantitativo dos que realizaram os exames de rastreamento para câncer de próstata.

Segundo Freire 1967, o diálogo educa o homem. Transmitir para o educando o que se sabe de forma mecanizada, ou seja, através de fórmulas prontas, de “cima para baixo”, não é a melhor maneira de educar. A educação deve ser feita através de diálogos do homem com seu mundo e com outros homens. Deve ser transmitida do educador para o educando de “dentro para fora”, de maneira que se proporcione um momento de troca e não somente de transmissão de um para o outro, do que “sabe” para o que “não sabe” como se faz tradicionalmente.

Quando o homem passa a ter um melhor conhecimento sobre um assunto que o envolve, que está em seu cotidiano e a ele é dada a oportunidade para o diálogo, ele passa a desenvolver um pensamento crítico, e ver sentido no que aprendeu, pois ele não só captou como também desenvolveu através do seu “eu” um vasto conhecimento sobre dado assunto, diferente daquilo que se pega pronto, o que se torna insignificante, que no final é “dobrado” e “engavetado”. Freire, ainda diz que o homem deve passar por um processo de transição do pensamento ingênuo para o pensamento crítico, é isso que o liberta (FREIRE, 1967).

A atividade educativa abordou assuntos relacionados ao câncer de próstata, em que através de recursos de áudio e vídeo, os palestrantes mostravam imagens e textos retirados da literatura. Falaram da próstata em aspectos anátomo-fisiológicos,

das alterações, dos principais sintomas do câncer de próstata, dos exames de rastreamento (PSA e TR) como também sobre o machismo relacionado ao preconceito e ao estigma quanto ao TR. À medida que os palestrantes iam abordando sobre cada assunto, era dada a oportunidade aos participantes em debater sobre o assunto e tirar suas dúvidas.

Algo bem interessante que vale ressaltar foi à metodologia utilizada pelos palestrantes. Eles utilizaram termos mais conhecidos e linguagens fáceis de compreensão pelos participantes, ou seja, trazia o meio científico para uma linguagem mais popular, algo que fosse bem próximo do cotidiano daqueles homens. Essa metodologia deixou os participantes à vontade para debater sobre o assunto que eles não se esquivavam em perguntar o que tinham dúvidas, e nem mesmo de falar sobre o que conheciam a respeito do câncer de próstata e/ou até mesmo relatar situações em que se encontravam e perguntavam se aqueles sintomas tinha relação com câncer de prostático.

Assim, para melhor interagir com a população, os trabalhadores de saúde devem atuar como promotor de mudanças, havendo a necessidade de construir uma nova ética no serviço público, no qual eles devem reconhecer o serviço de saúde como espaço público da sociedade, sendo o valor humanitário, o acolhimento e o respeito ao próximo, fatores imprescindíveis. Visto como núcleo da produção em saúde, o usuário deve ser bem assistido pelos profissionais, principalmente por requerer escutas e acolhimento dos saberes populares por parte destes, o que possibilita “trocas” de conhecimentos e assim proporcionar uma saúde integral, pois os profissionais devem estar atentos aos comportamentos e costumes culturais das populações que necessitam de atendimento (JUNGES, 2011).

Na oportunidade, também foi debatido sobre o machismo, o preconceito e o estigma que esta população se insere quando se trata do exame de toque retal. Apesar das grandes mudanças que o mundo já passou e a globalização, em que nos encontramos, no qual os meios de comunicações estão cada vez mais acessíveis ao homem, ainda é muito comum o temor e o preconceito de boa parte da população masculina no que diz respeito ao exame do toque retal, para o rastreamento do câncer de próstata.

Porém, destacou-se neste estudo, a adesão da população masculina, como relatou a enfermeira da unidade, “os homens participam ativamente das campanhas que são realizadas. Quando orientados eles aderem mais do que as mulheres as campanhas de prevenções.”.

A médica da unidade e os internos de medicina também relataram que é surpreendente a participação masculina nessa unidade de saúde, pois como apontam alguns estudos, as mulheres são bem mais dedicadas do que os homens na prevenção de doenças e cuidados com a saúde, e que a adesão em grande número

dessa população foi o resultado de uma estratégia de divulgação e orientação bem sucedida nesta unidade de saúde.

Afirmaram ainda que o diálogo proporcionado durante a palestra possibilitou um vínculo entre os profissionais e a população, contribuindo assim para uma maior adesão na realização do exame de toque retal, um dos mais temido entre os homens.

Por este tipo de exame “tocar” na masculinidade do homem, não se pode deixar de levar em consideração tal situação, pois durante a atividade alguns participantes relataram que tinham ido até a ESF, pois o mais importante para eles era a sua saúde, mas que tiveram amigos e conhecidos que não foram realizar estes exames por conta do pré-conceito.

Os profissionais de saúde não devem ignorar tais condutas, pois isso faz parte de todo um contexto sociocultural desses indivíduos. O que deve ser feito é buscar estratégias para trazer esses homens até a unidade de saúde. E para que isso aconteça, a equipe de saúde da família deve ir de encontro a essa população.

Outro assunto que também não se pode deixar de destacar é sobre os riscos que os exames de rastreamento para o câncer de próstata podem proporcionar para estes indivíduos. Segundo pesquisas realizadas e uma nota técnica Conjunta do Ministério da Saúde a 001/2015, os profissionais devem ter conhecimento sobre os riscos e os benefícios que esses exames possuem e assim, melhor poder explicar a população masculina sobre esses fatores, de maneira que esses indivíduos tomem a decisão em conjunto com o médico em realizar ou não tais exames.

É importante ressaltar os casos específicos que merecem uma maior atenção como, por exemplo, homens com 45 anos ou mais que possuem parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de próstata, pessoas negras e ou aqueles que apresentam sinais e sintomas relacionados a esta patologia (BRASIL, 2015).

Durante a atividade realizada na ESF, onde foi realizado este estudo, assim como também durante as consultas individuais, não foi abordado sobre os riscos que os exames PSA e TR podem trazer para os participantes, pois havia um “receio” de que alguns dos participantes não retornassem a UBS para realizar os exames de rastreamento e também devido à quantidade de pessoas que estavam à espera do atendimento, o que tornava inviável essa abordagem naquele momento.

A médica da ESF relatou que um dos indivíduos com 53 anos que teve os exames com resultados alterados, foi encaminhado para a biópsia e o resultado foi positivo para câncer de próstata. Esse paciente não relatou nenhum sintoma e não apresentava nenhum sinal, porém informou que tinha antecedentes familiares haviam sido diagnosticados com câncer de próstata.

Uma profissional de enfermagem da unidade relatou que tinha conhecimento sobre a nota técnica emitida pelo Ministério da saúde, que preconiza a não realização dos exames de rastreamento para câncer de próstata, exceto os casos

específicos. Porém, ela também falou que não teve contato direto com os indivíduos que estiveram presentes na palestra, pois se encontrava um pouco “afastada” da unidade por motivos superiores.

A profissional de Enfermagem informou ainda que em anos anteriores tinha tido um contato mais próximo com alguns homens que buscaram a ESF durante o Novembro azul de 2016, para realizar os exames de rastreamento, no entanto também não relatou se havia conscientizado ou não, esses pacientes quanto aos riscos que os exames podem proporcionar para eles.

Durante a realização do TR um profissional médico falou que a maioria dos pacientes se encontrava bem tranquilos e poucos apresentaram certo constrangimento. Também relatou que os pacientes mais “jovens” eram os que mais sentiam um pouco de constrangimento e alguns deles chegaram a pedir para que a médica saísse da sala e aceitaram apenas os internos de medicina, ambos do sexo masculino, para realizar o exame de TR.

A médica da unidade falou que por os internos serem do sexo masculino, talvez tenha contribuído para que alguns homens realizassem o exame. Já um profissional de Enfermagem, falou que não só por isso, mas também pelo vínculo de confiança que essa população já tinha desenvolvido com a médica da unidade, tornado a realização desses exames mais favoráveis.

Os estudantes de medicina relataram que viram esses momentos de forma positiva, pois em conversas com colegas internos de outras unidades, eles perceberam que a aceitação dos homens em realizar o exame de TR tinha sido um número bem maior nesta ESF quando comparado com as unidades de saúde em que os outros internos se encontravam, nos municípios vizinhos.

Basta ressaltar que em uma cidade como Bom Jesus-PB, com uma população total de 1221 homens, segundo Censo do IBGE 2010, e separando apenas aqueles acima dos 45 anos, que foi a faixa etária dos que realizaram o exame de TR, obtiveram-se aproximadamente 100 procedimentos realizados, um número muito significativo quando comparado com a população de homens acima dos 45 anos de idade deste município (BRASIL, 2018).

De um modo geral, os profissionais falaram que o sucesso na aceitação da população masculina em realizar os exames de rastreamento (especialmente o de TR que é o mais temido), esteja atrelado as estratégias que foram utilizadas, desde a divulgação com os diversos meios de comunicações, como a própria palestra foi conduzida, de maneira didática que permitiu gerar um diálogo entre profissionais e a população, propiciando um vínculo entre profissional e paciente durante os procedimentos. Assim diz Paulo Freire:

“É fundamental, contudo, partirmos de que o homem ser de relações e não só

de contatos, não apenas está no mundo, mas com o mundo. Estar com o mundo resulta de sua abertura à realidade, que o faz ser o ente de relações que é. O mundo deve ser compreendido, deve-se problematizá-lo, entendê-lo e mudá-lo” (FREIRE, 1967).

Ressalta-se com este estudo, a importância de atividades educativas junto à população acerca de temáticas que são inerentes ao cuidado em saúde. Ademais, a linguagem utilizada pelos profissionais, a construção de vínculos entre os sujeitos e a adoção de ações multiprofissionais são estratégias essenciais.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação ainda é um dos principais meios de transmitir informações. É através da educação que as políticas públicas, têm desempenhado um papel de grande importância na prevenção, promoção e recuperação da saúde da população, em especial na saúde do homem, em que paradigmas e tabus estão sendo quebrados e desmistificados cada vez mais.

Assim, percebe-se que mais estratégias devem ser desenvolvidas por parte dos gestores, como o incentivo à educação permanente e continuada dos profissionais de saúde. Coordenadores e Gestores devem buscar incessantemente conhecimentos e inovações para melhor traçar planos e estratégias que possibilitem uma melhor adesão da população aos serviços públicos de saúde.

Como se pode observar, quando bem fundamentada e transmitida de forma adequada e com qualidade, a informação contribui para o melhor entendimento daqueles que anteriormente não tinha nenhum interesse sobre determinados assuntos, como neste estudo, por exemplo, a respeito do câncer de próstata e o exame do toque retal.

Compreendeu-se que as estratégias utilizadas desde o convite, com a utilização de carros som, informações repassadas à população pelos próprios profissionais de saúde, até os demais momentos em que essa população esteve junta a equipe de saúde na Atenção Básica, contribuíram significativamente para uma melhor adesão desses homens aos serviços e cuidados prestados por esta equipe da ESF, principalmente na adesão aos exames de PSA e TR.

Diante deste estudo, pode-se perceber que a Educação em Saúde, tanto para os profissionais como para a população em geral, é uma estratégia de fundamental importância que coopera significativamente para a conscientização e adesão da comunidade aos serviços públicos de saúde. Assim, destaca-se a importância da qualificação desses profissionais que prestam serviços no âmbito da Atenção Básica, principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde – SUS.

REFERÊNCIA

- ANDRADE RP, LANA V. **Médicos, viagens e intercâmbio científico na institucionalização do combate ao câncer no Brasil (1941-1945)**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.17, supl.1, jul. 2010, p.109-126.
- BELINELO RGS, ALMEIDA SM, OLIVEIRA PP, ONOFRE PSC, VIEGAS SMF, RODRIGUES AB. **Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens**. Esc Anna Nery 2014;18(4):697-704. DOI: 10.5935/1414-8145.20140099.
- BRASIL, Cidades@. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE**. <Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/resultados/tabelas_pdf/total_populacao_paraiba.pdf>. Acessado em: 20 de Jan 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação-Geral Da Atenção as Pessoas com Doenças Crônicas**. Instituto Nacional do Câncer. Nota téc. Conjunt nº 001/2015. Brasília (DF); 2015.
- FREIRE P. **Educação como Prática da Liberdade**. Exemplar Nº 1405. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra LTDA; 1967.
- GOMES R, NASCIMENTO EF, REBELLO LEFS, ARAÚJO FC. **As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático**. Ciência & Saúde Coletiva, 13(6):1975-1984, 2008.
- JUNGES JR, BARBIANI R, SOARES NA, FERNANDES RBP, LIMA MS. **Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes?** Ciência & Saúde Coletiva, 16(11):4327-4335, 2011.
- LIBERATO AMF, GREGORIN CP, CARDOSO VM. **A leitura Caminhando ao Lado de Paulo Freire no Processo de Alfabetização** In: Gomez MV, Franco M. círculo de cultura PAULO FREIRE arte, mídia e educação. São Paulo (SP), Fund Mem da Amér Lat 2015; 360 p.<Disponível em: file:///C:/Users/Fernandes/Desktop/artigo%20onco/artigos%20utilizados/11%20livrocirculodeculturapaulofreire_artemidiaeducacao.pdf>. Acesso em 20 de janeiro de 2018.
- MAGALHÃES M, ALMEIDA J, OLIVEIRA JE, SILVA C. **Avaliação dos conhecimentos dos utentes de uma USF do Grande Porto sobre o rastreio do cancro da próstata**. Rev Port Med Geral Fam 2015;31:94-102.
- OLIVEIRA MM, MALTA DC, GUAUCHE H, MOURA L, SILVA GA. **Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. Rev Bras Epidemiol dez 2015; 18 SUPPL 2: 146-157. DOI: 10.1590/1980-5497201500060013.
- QUIJADA PDS, FERNANDES PA, RAMOS SB, SANTOS BMO. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de próstata**. Rev Cuid 2017; 8(3): 1826-38. Dx. Doi. Org/10.15649/cuidarte. V8i3.436.
- Rocha V. **Do caranguejo vermelho ao Cristo cor-de-rosa: as campanhas educativas para a prevenção do câncer no Brasil**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, supl.1, jul. 2010, p.253-263.
- SANTIAGO LM, LUZ LL, SILVA JFS, MATTOS IE. **Prevalência e fatores associados à realização de exames de rastreamento para câncer de próstata em idosos de Juiz de Fora, MG, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(12):3535-3542, 2013.
- SANTOS JA. **Rastreio do cancro prostático: o actual paradigma da medicina centrada na pessoa**. Rev Port Med Geral Fam 2014;30:122-8.
- SOUZA LM, SILVA MP, PINHEIRO IS. **Um Toque na Masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas**. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):151-8.

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

Data de aceite: 03/03/2020

Manuce Aparecida Machado Borges

Acadêmica do Mestrado Em Nutrição e Alimentos, Pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição E Alimentos da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos

Rochele Cassanta Rossi

Doutora em Ciências Farmacêuticas, Professora do Mestrado em Nutrição E Alimentos, Pelo Programa de Pós-Graduação Em Nutrição e Alimentos da Universidade do Vale do Rio Dos Sinos - Unisinos

Priscila Schmidt Lora

Doutora em Ciências Médicas, Professora do Mestrado em Nutrição e Alimentos, Pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos

RESUMO: O Ministério da Saúde tem criado e incentivado políticas voltadas as PICs, dentre elas a Fitoterapia, que por milênios vem sendo usadas por nossos antepassados como fonte de tratamento para várias doenças. Esse trabalho trata de uma pesquisa-ação, onde os sujeitos foram 36 profissionais prescritores, amparados legalmente por seus conselhos, das 11 Unidades Básicas de Saúde de Mineiros GO, com objetivo de desenvolver um plano de educação em saúde para ampliar o acesso à Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde no

município. Os resultados demonstram que os profissionais têm percepção dos benefícios da ampliação da fitoterapia no SUS, em especial na Atenção Primaria, porém, devido à falta de conhecimento e qualificação desses profissionais, as prescrições e/ ou orientações tem sido falhas. Por isso, foi promovido um plano de educação em saúde através de entrevistas, materiais didáticos via e-mail e um plano de propostas, no intuito de sanar possíveis dúvidas e aprimorar o conhecimento desses profissionais, proporcionando equidade ao atendimento prestado.

PALAVRAS-CHAVE: Ampliação da fitoterapia. Fitoterapia na Atenção Básica. Educação em fitoterapia.

ELABORATION OF A HEALTH EDUCATION PLAN FOR THE USE OF PHYTOTHERAPIES IN PRIMARY HEALTH CARE IN THE MUNICIPALITY OF MINEIROS-GO

ABSTRACT: The Ministry of Health has created and encouraged policies aimed at PICs, including herbal medicine, which for millennia has been used by our ancestors as a source of treatment for various diseases. This paper deals with an action research, where the subjects were 36 prescribing professionals, legally supported by their advice, from the 11 Basic Health Units

of Minas Gerais GO, aiming to develop a health education plan to expand access to Phytotherapy in the city. Primary Health Care in the municipality. The results show that professionals are aware of the benefits of expanding herbal medicine in SUS, especially in Primary Care, however, due to the lack of knowledge and qualification of these professionals, the prescriptions and / or guidelines have been flawed. Therefore, a health education plan was promoted through interviews, didactic materials via e-mail and a proposal plan, in order to solve possible doubts and improve the knowledge of these professionals, providing equity to the care provided.

KEYWORDS: Extension of herbal medicine. Phytotherapy in Primary Care. Phytotherapy education.

1 | INTRODUÇÃO

O Brasil abriga uma das maiores riquezas e biodiversidade de fauna e flora do mundo, onde muitas plantas são utilizadas na medicina popular ou como fonte de matéria-prima na produção de medicamentos fitoterápicos e sintéticos. O conhecimento e o uso de plantas para fins terapêuticos são milenares e todo o conhecimento acumulado com o passar dos séculos ainda é muito valioso para as atuais e futuras gerações. (LEÃO; FERREIRA; JARDIM, 2007).

Na década de 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o Programa de Medicina Tradicional, com o objetivo de incentivar a formulação de políticas nesta área. Emitindo vários comunicados e resoluções, a OMS expressou o seu compromisso em incentivar seus Estados-membros a formularem e implantarem políticas públicas para uso racional e integrado da medicina tradicional e complementar nos sistemas nacionais de saúde, assim como o desenvolvimento de estudos científicos para conhecimento de segurança, eficácia e qualidade. (VALVERDE, 2018). Após a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários a Saúde, realizada em 1972, a OMS reconheceu oficialmente o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos como opção terapêutica e recomendou a divulgação dos conhecimentos necessários para seu uso. (IBIAPINA et al., 2014).

O Sistema Único de Saúde (SUS) ressalta a fitoterapia como recurso terapêutico integrativo e complementar a saúde e dispõe de políticas públicas e normatizações específicas que buscam institucionalizar esta prática. As políticas iniciadas em 2006, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e Política Nacional de Plantas Medicinal e Fitoterápico (PNPMF) contemplam diretrizes, ações e responsabilidades das três esferas de governo para ofertar serviços e produtos. Segundo Resolução da Diretoria Colegiada número 48 de 2004 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os fitoterápicos são medicamentos preparados exclusivamente de plantas, ou parte delas, que possuem propriedade de cura, prevenção, tratamento ou meios de diagnósticos validadas por meio de estudos

etnofarmacológicos, documentação técnico-científica ou ensaios clínicos. (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; FONTONELE, 2013).

Considerando o indivíduo na sua dimensão global, mas sem perder de vista sua singularidade, a PNPIIC colabora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer serviços existentes no SUS. Estudos demonstram que tais abordagens contribuem para a corresponsabilidade do indivíduo pela sua saúde. (BRASIL, 2008; PALMA, 2015).

Porém, a utilização de fitoterápicos na atenção primária à saúde no município de Mineiros-GO ainda é incipiente, principalmente pela carência de maiores informações sobre o assunto e pela ausência de profissionais especializados. Assim, o presente trabalho tem como meta a elaboração de um plano de educação em saúde para o uso da fitoterapia na atenção primária da saúde de Mineiros, como opção terapêutica, eficaz e de baixo custo para os usuários.

O problema central que norteia essa dissertação e a definição de ferramentas que podem auxiliar na ampliação do acesso aos Fitoterápicos aos usuários da Atenção Primária da Saúde no Município de Mineiros.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Desenvolver um plano de educação em saúde para ampliar o acesso à Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde no município de Mineiros - GO.

1.1.2 Objetivos Específicos

Identificar a visão e percepção dos profissionais prescritores sobre a fitoterapia;
Elaborar atividades de apoio relacionadas à Educação em Saúde e o uso de fitoterápicos entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde em Mineiros - GO;
Apresentar o plano de ampliação do acesso a Fitoterapia aos gestores da Atenção Primária.

2 | METODOLOGIA

2.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de uma pesquisa-ação qualitativa, definida no intuito de desenvolver um processo participativo para elaboração de um plano para a educação em saúde no uso da fitoterapia na atenção primária da saúde no município de Mineiros - GO. A pesquisa adaptou as 12 fases propostas inicialmente por Thiollent em 03 fases que contemplaram o processo do estudo. Segundo Thiollent (2011), a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social, com base empírica, onde há uma estreita associação com

uma ação ou resolução de problema coletivo, onde os pesquisadores e participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo. Esta abordagem metodológica facilita a busca de soluções a problemas reais, tornando capaz de responder às situações vivenciadas, tendo ação transformadora pela conscientização desenvolvida nos participantes.

Na pesquisa-ação, em função das circunstâncias e da dinâmica interna do grupo de pesquisadores e das situações vivenciadas, não há uma rigidez na ordenação das fases, sendo seu planejamento flexível. O que se sugere é um roteiro, ou ponto de partida, que deve compreender as seguintes fases: fase exploratória, o tema da pesquisa, a colocação dos problemas, o lugar da teoria, hipóteses, seminário, campo e observação, amostragem e representatividade qualitativa, coleta de dados, aprendizagem, saber formal e saber informal, plano de ação e divulgação externa. (THIOLLENT, 2011).

2.2 População e Coleta dos Dados

Os participantes desse estudo foram profissionais de saúde do município com habilitações que os permitam prescrever plantas medicinais e fitoterápicos. A pesquisa ocorreu no período de Janeiro a Junho de 2019.

2.3 Fases do Estudo

2.3.1 Fase 1 - Exploração da realidade e definição tema de pesquisa

Essa fase compreendeu a observação cotidiana vivenciada pela pesquisadora e análise dos dados do estudo prévio realizado pelo grupo de pesquisa intitulado Promoção de acesso a plantas medicinais e fitoterapia na atenção primária a saúde no município de Mineiros GO. (BATISTA, 2018).

2.3.2 Fase 2 - Colocação do problema e levantamento das hipóteses de solução

Teorias e hipóteses foram trazidas para discussão no primeiro Seminário, nas UBS, que permitissem a discussão da temática, sensibilizando e construindo conhecimentos entre os participantes da pesquisa que foram orientados sobre os próximos seminários, com o seguinte questionamento: Quais barreiras e facilitadores existem hoje no município para o uso de fitoterápicos na atenção básica? Ao aceitarem participar da pesquisa, os participantes receberam o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para sua ciência e assinatura. A partir dessas questões foi exposta a problemática, com base nos dados levantados. No seminário foi abordado referencial teórico acerca do tema de pesquisa e foram levantadas hipóteses a respeito de possíveis soluções para o problema. Para aqueles que não conseguiram comparecer aos seminários, mas que optaram por participar da pesquisa, foi fornecido

o material para estudo por e-mail e intranet contemplando assim a fase 06.

Participaram da pesquisa profissionais prescritores habilitados pelos seus conselhos, caracterizando a fase 07 do estudo: campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa.

A coleta ocorreu por meio de entrevistas coletivas (observação e seminários), nas 11 UBS do município, sendo registrada a ata dos seminários e entrevistas individuais quando a necessidade foi identificada pelo pesquisador. O número de seminários partiu de três, sendo possível a inclusão de novos encontros conforme demanda dos participantes e ações apresentadas.

Os seminários foram programados para ocorrer da seguinte forma:

a) seminário 01: Apresentação da temática e exposição da sua aplicabilidade no cenário local.

b) seminário 02: Apresentação dos resultados obtidos no seminário 1 e da busca da contextualização na literatura acerca destes resultados.

A partir dessa etapa, foi iniciada a elaboração do plano de ampliação do uso de fitoterápicos na Atenção Básica.

c) seminário 03: Discussão do processo de trabalho que está sendo desenvolvido, acerca das facilidades e dificuldades da sua aplicação. Avaliação da ferramenta desenvolvida.

2.3.3 Fase 3 - Elaboração do plano

Através dos momentos vivenciados durante as entrevistas e o conhecimento adquirido com os estudos sobre o assunto, foi sendo desenvolvido um plano no decorrer de toda pesquisa, se entrelaçando na ação-aprendizado, através de disponibilização de materiais via e-mail referentes aos assuntos discutidos e a possibilidade de inseri-los em um projeto de extensão universitário.

2.4 Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS e obteve a anuência da instituição de estudo. Os aspectos éticos referentes a pesquisas com seres humanos foram respeitados conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2012).

Aos profissionais prescritores que aceitaram participar do estudo foi solicitada a assinatura do TCLE, e a estes foi garantida a confidencialidade da identificação, sendo as informações relatadas utilizadas somente para os fins desta pesquisa. Os dados coletados serão arquivados por no mínimo cinco anos, sob posse somente da pesquisadora e sua orientadora.

A pesquisa envolveu riscos mínimos aos participantes, relacionados com

a possibilidade de constrangimento ou desconforto durante a participação nas atividades da pesquisa. As medidas protetivas previstas foram: caso houvesse algum desconforto em responder as perguntas ou em qualquer etapa da pesquisa, a participação seria interrompida e o participante poderia desistir de fazer parte em qualquer momento. Todavia a pesquisa não apresentou constrangimento ou desconforto aos participantes. Foi mantida a confidencialidade de seus dados pessoais, garantindo seu anonimato.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Fase 1

Trabalho prévio realizado pelo grupo “PROMOÇÃO DE ACESSO A PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MINEIROS-GO”, que entrevistou 48 pessoas do município, apontou que 78,3 % da amostra relata fazer uso de plantas medicinais, mas somente 28,3% disseram fazer uso de algum fitoterápico.

O mesmo estudo apresenta como fatores facilitadores para o uso de plantas medicinais e fitoterápicos a formação etnocultural, aceitação popular, além da abundância com que as plantas são encontradas na região. Ainda os entrevistados apontam o laboratório de beneficiamento de plantas medicinais (laboratório de plantas medicinais da comunidade quilombola do Cedro) como um fator que pode auxiliar no uso. Quanto às dificuldades encontradas, a falta de adesão por parte dos prescritores e escassez de recursos financeiros destinados para este fim, foram os mais referidos. Mencionaram ainda a carência de capacitações e inclusão de conteúdos referentes a fitoterapia e plantas medicinais na grade curricular dos cursos da saúde. Outro ponto discutido foi a falta de estudos que assegurem a eficácia destes produtos.

De forma a atingir os objetivos propostos, ocorreu a aproximação entre a pesquisadora e os sujeitos dos estudos, que na sua maioria afirmaram utilizar plantas medicinais, acreditando nos resultados farmacológicos derivados delas, e assim surgiu a curiosidade e a necessidade da educação em saúde aos profissionais prescritores. Mesmo com todo avanço da PNPIC na última década, continua sendo condição fundamental para sua efetiva implantação estimular, nos territórios, espaços de fortalecimento do debate sobre as práticas e trocar experiências com gestores de outros municípios/estados que tenham as PICS ofertadas pelo SUS.

Pode-se citar a necessidade de investimentos, tanto na implantação e custeio, quanto na capacitação dos profissionais, a fim de valorizar a educação permanente e ampliar a prescrição do elenco de medicamentos disponíveis. (FEITOSA et al., 2016).

3.2 Fase 2

De acordo com os dados encontrados na fase 1, iniciou-se as entrevistas com os prescritores das unidades básicas de saúde do município de Mineiros - GO. As entrevistas investigaram maneiras de disseminar essa prática para os profissionais prescritores do município. Essa etapa ocorreu em duas fases, sendo a primeira realizada entre fevereiro e março, onde foi apresentada a temática e sua aplicabilidade no cenário local aos profissionais, e a segunda fase, entre abril e maio, quando os prescritores foram orientados sobre os resultados e contextualizados na literatura acerca do assunto.

Essa ação visou à sensibilização sobre a importância das PIC no cuidado em saúde, no intuito de desenvolver um processo participativo para elaborar um plano de educação em saúde para ampliação do uso de Fitoterápicos para Atenção Básica no município, uma vez que favorece a reflexão acerca de uma realidade concreta, com seus conflitos e contradições, levando como relevância a aceitação do seu uso pelos usuários pesquisados anteriormente.

A estratégia de coleta de dados em grupos através de seminários foi substituída por entrevistas, pela facilidade de acesso aos profissionais. Foi necessário realizar entrevistas individuais e coletivas, aproveitando os horários de reuniões de equipes e até mesmo aguardando o momento do final da consulta. A organização das entrevistas quanto a ordem, data e locais estão apresentadas no Quadro 1, disposto a seguir.

As visitas as unidades de saúde ocorreram nas segundas-feiras no período matutino, com duração média de 2 horas para cada unidade de saúde, com aproximadamente 30 minutos por profissional quando individualizada, com no máximo duas unidades de saúde por manhã, com exceção nas últimas semanas de maio, quando foram realizadas as entrevistas durante toda semana. Dos 50 profissionais prescritores, participaram 36 (72%), sendo destes: 08 médicos (40%), 20 enfermeiros (100%), 04 cirurgiões dentistas (80%), 04 farmacêuticos (80%), ressaltando que essas 11 unidades comportam 20 estratégias de saúde da família.

| Data | Entrevistas | UBS | PROFISSIONAIS |
|--|-------------|----------------------------------|---|
| 11/02/19 matutino 08/04/19 matutino 20/05/19 matutino | I-II-III | UBS Oswaldo Jose de Souza | Médicos Enfermeiros Farmacêuticos Cirurgiões dentistas |
| 18/02/19- matutino 15/04/19 matutino 21/05/19 matutino | I-II-III | UBS Dona Sanica/ UBS Ubaldina | Médicos Enfermeiros Cirurgiões dentistas |

| | | | |
|--|----------|--|--|
| 25/02/19 matutino 22/04/19 matutino 22/05/19 matutino | I-II-III | UBS Dona Romana/ UBS Raul Brandao | Médicos Enfermeiros Farmacêuticos |
| 11/03/19- matutino 29/04/19 matutino 23/05/19 matutino | I-II-III | UBS Maria Umbelina/ UBS Aureliano | Médicos Enfermeiros Cirurgiões dentistas |
| 18/03/19 matutino 06/05/19 matutino 24/05/19 matutino | I-II-III | UBS Joao Batista/ UBS Erasmo Rodrigues | Médicos Enfermeiros Farmacêuticos |
| 25/03/19 matutino 13/05/19 matutino 27/05/19 matutino | I-II-II | UBS Florinda/ UBS Erminio | Médicos Enfermeiros Cirurgiões dentistas |

(Quadro 1) Organização das entrevistas com os profissionais

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Durante as entrevistas, os prescritores foram abordados sobre o conhecimento da fitoterapia no SUS, especialmente na Atenção Primária de Saúde, assim como o conhecimento e a percepção para prescrição, levando em consideração o conhecimento da comunidade adstrita e a importância da prescrição de fitoterápicos para a aderência no tratamento proposto devido a cultura local, bem como as hipóteses que eles teriam para que a prescrição de fitoterápicos nas unidades de saúde do município fosse ampliada e quais ações poderiam ser realizadas para resolução do problema.

De acordo com Macedo (2016), a fitoterapia propicia a possibilidade do resgate de memórias remotas relacionadas aos vínculos familiares e sociais ao longo da vida. Além disso, fornece meios para a expressão e estimulação da verbalização, possibilitando a interação da pessoa com a própria realidade em que se insere. (MORAES et al., 2016). Assim ocorre a cooperação para que o tratamento seja efetivo pela liberdade de escolha. (BALBINO, 2010).

Os nomes dos profissionais entrevistados serão fictícios para preservar sua integridade (adotaremos o nome Entrevistado 1, 2, 3 e assim sucessivamente). Nas falas apontadas nas entrevistas, destacam-se as seguintes:

“Acho muito interessante esse assunto, porém prescrevo somente para prevenção, demora fazer efeito, isso pode ser perigoso.” (entrevistado 1)

“Receito muito, tenho convenio com um laboratório de manipulação, fiz especialização em nutrologia, aprendi lá.” (entrevistado 2).

Tais práticas se contrapõem à visão altamente tecnológica de saúde que impera na sociedade de mercado, dominada por convênios de saúde cujo objetivo precípuo é gerar lucro e fragmentar o tratamento do paciente em especialidades que não dão conta da totalidade do ser humano em busca de medicamentos para a cura de suas

patologias. (SILVA, 2014).

“Acho interessante o assunto, não sabia que tinha uma política específica, fico agradecido pelos esclarecimentos.” (entrevistado 3).

“O assunto é muito relevante, levando em consideração a cultura e as políticas de saúde, porém temos muita resistência da parte médica.” (entrevistado 4).

As plantas medicinais e fitoterapias tem sido muitas vezes consideradas como coadjuvantes desvinculadas da assistência à saúde. (FONTANELE, 2013).

“Não sabia que enfermeiro podia prescrever, sempre usei chás de plantas, receitas dos mais antigos, nunca pensei que podíamos receitar.” (entrevistado 5).

“Acho interessante: o médico do pró médico receita muito, os usuários mandam manipular, não sabia que poderia ser incluso na farmácia.” (entrevistado 6).

A falta de instrução dos profissionais prescritores sobre o uso da Fitoterapia, assim como a percepção para o reconhecimento da cultura inserida de seus usuários cria uma diferença entre a medicina oficial e a paralela. (ARAUJO, 2015).

“Na época da minha faculdade não se falava sobre esse assunto, porém crescendo meus avós e pais se cuidaram com o uso das plantas.” (entrevistado 7).

“Tenho um amigo que é super ligado nessas coisas, sempre penso em estudar sobre, vou aproveitar e ler o material que você irá enviar.” (entrevistado 8).

Com a possibilidade de pesquisas e desenvolvimento de medicamentos fitoterápicos nacionais para uso nos programas públicos e a integração entre os pesquisadores e instituições é possível o aumento das capacitações. (BRASIL, 2012).

“Acho o tema muito interessante, durante a graduação ouvi falar superficialmente sobre isso, depois não me aprofundi, mas acredito que é um tema bom, já que mesmo no meio familiar encontramos pessoas que utilizam.” (entrevistado 9).

“Tive um semestre todo sobre fitoterapia, porém as legislações são muito rígidas, relacionadas à comercialização, por esse motivo acho que é pouco difundido.” (entrevistado 10).

Os profissionais necessitam de uma série de requisitos como capacitações para a consolidação das PNPMF (2006) no SUS.

“Ressalto que o fumo é uma planta que causa dependência, assim como os fitoterápicos tem potencialidade de produzir efeitos no organismo humano.” (entrevistado 11).

“Sou totalmente a favor do uso das plantas, traz lembranças da infância, dos chás oferecidos pelos pais e avós, que muitas vezes nem necessitavam de buscar ajuda médica.” (entrevistado 12).

O saber tradicional das plantas medicinais corre riscos de desaparecimento, caso não seja resgatado pelas políticas públicas. (BRASIL, 2006).

“Quando alguém tinha diarreia o tratamento era com chá de broto de goiaba, a

natureza quem tratava.” (entrevistado 13).

“Prescrevo muitos fitoterápicos, seria muito bom se todos os colegas prescritores aderissem ao uso rotineiro desses medicamentos.” (entrevistado 14).

Com as publicações de Resoluções e Portarias o interesse na fitoterapia vem crescendo para fortalecer as políticas públicas. (BRASIL, 2011).

“Prescrevo fitoterápicos principalmente para ansiedade, porem como preventivos. Quando o caso e mais grave, uso medicamentos mais fortes. Gosto muito e tenho várias pacientes que fazem uso de isoflavonas; prescrevo muito hedera para tosse em crianças.” (entrevistado 15).

A fitoterapia e uma prática tradicional, que pode ser prescrita por profissionais habilitados e trazer benefícios aos usuários da saúde. (BAVA et al,2017)

3.3 Fase 3

A última fase do estudo ocorreu em junho, quando foi discorrido sobre o plano que está sendo desenvolvido, questionado sobre sua aplicabilidade, facilidade e dificuldades que foram encontradas pelos prescritores durante a pesquisa, assim como a construção de ferramentas para facilitar a educação em saúde aos profissionais habilitados a prescrever. As entrevistas possibilitaram condições favoráveis para o desenvolvimento do senso crítico e reflexivo dos prescritores, suas dificuldades foram identificadas e orientadas através dos materiais disponibilizados nos e-mail, que contribuíram com o despertar para a atualização de um profissional voltado não apenas para os aspectos biológicos, mas, sobretudo, para o contexto social e político que interfere e interage fortemente com os problemas de saúde da população.

Tesser (2018) relata que maioria dos praticantes é profissional convencional da APS, por iniciativa própria, e que a inserção do tema no ensino é incipiente, e que há pesquisas na área, porém poucas publicações e que educação permanente e uma forma de inserção na formação profissional. Desse modo, a formação e a qualificação dos futuros profissionais ainda é o melhor investimento por parte dos gestores para melhorar a qualidade dos serviços e, conseqüentemente, ampliar o cuidado. (OLIVEIRA et al., 2018).

No decorrer das entrevistas foram enviados, por e-mail e whats App, aos profissionais prescritores, materiais de apoio científico do Ministério da Saúde sobre fitoterapia e endereço de sites de cursos de aperfeiçoamentos. Em reunião com os gestores municipais foi realizada a avaliação da pesquisa desenvolvida e entregue um plano de ação para a promoção de aperfeiçoamento dos profissionais através de programas de educação permanente e a possibilidade de apoio das instituições pactuadas com o município.

4 | CONCLUSÃO

A realização das entrevistas criou um espaço de reflexão para que os profissionais entendam a necessidade de incluir as Práticas Integrativas e Complementares em sua prática clínica e nos processos de trabalho. A experiência possibilitou vivências entre diferentes categorias profissionais, o que permitiu uma riqueza de olhares para o tema e a troca de experiência entre os membros das equipes, possibilitando sua incorporação na rotina de trabalho como um processo efetivo, contínuo e ajustado às necessidades do Sistema Único de Saúde, valorizando a integralidade em saúde e a promoção global do cuidado.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, A. K. L; ARAUJO FILHO, A. C. A; IBIAPINA, L. G; NERY, I. S; ROCHA, S. S. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros na aplicação da fitoterapia na atenção básica: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado e Fundamental Online**, v.7, n.3, p.2826-2834, 2015.

BALBINO, Evelin E.; DIAS, Murilo F. Farmacovigilância: um passo em direção ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 20, n. 6, p. 992-1000, 2010.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Resolução RDC nº 48, de 16 de marco de 2004**.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 971 de 03 de maio de 2006**.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria a Atenção a Saúde. **Políticas Nacionais de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: PNPIC: atitude de ampliação de acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira**. Brasília: Anvisa, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CACCIA-BAVA, M. C. G. G; BERTONI, B. W; PEREIRA, A. M. S; MARTINEZ, E. Z. Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Ciênc. saúde coletiva**, Maio 2017, vol.22, no.5, p.1651-1659. ISSN 1413-8123.

MARINA, R. B. **Panorama de acesso a plantas medicinais e a fitoterapia na atenção primária à saúde no município de mineiros-go**.2018.

FONTONELE, R. P. et al. Fitoterapia na atenção básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.8, 2013.

LEÃO, Roberta Braga Amoras; FERREIRA, Márlia Regina Coelho; JARDIM, Mário Augusto Gonçalves. Levantamento de plantas de uso terapêutico no município de Santa Bárbara do Pará,

Estado do Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 88, n. 1, p. 21-25, 2007.

VALVERDE, A. V; SILVA, N. C. B; ALMEIDA, M. Z. Introdução da Fitoterapia no SUS: contribuindo com a Estratégia de Saúde da Família na comunidade rural de Palmares, Paty do Alferes, Rio de Janeiro. **Revista Fitos**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 27-40, abr. 2018. ISSN 2446-4775. Disponível em: <<http://revistafitos.far.fiocruz.br/index.php/revista-fitos/article/view/573>>. Acesso em: 02 dez. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/2446-4775.20180004>.

IBIAPINA, Waléria Viana et al. Inserção da fitoterapia na Atenção Primária aos usuários do SUS. **Rev Ciênc Saúde Nova Esperança**, v. 12, n. 1, p. 58-68, 2014.

THIOLLENT, Michel Jean Marie. Proposta para melhorar as publicações de extensão universitária. CCNExt-**Revista de Extensão**, v. 2, n. 1, 2011.

MACEDO, J. A. B. **Plantas medicinais e fitoterápicos na atenção primária à saúde**: contribuição para profissionais prescritores. 2016.

MORAES, I. B; KARSTEN, J; CASALI, M. P. M. Uso de plantas medicinais em regiões de cerrado. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano**, v.1, n.2, p.34-57, 2016.

SILVA, L. A. D; ALBIERO, A. L. M. Programas de fitoterapia na atenção primária à saúde: existem experiências exitosas? **Revista Brasileira de Fam**, v.95, n.3, p.889-908, 2014.

TESSER, C. D, SOUSA, I. M. C. N, MARILENE, C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 8 Junho 2019], pp. 174-188. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S112>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S112>.

OLIVEIRA, F. B; D'ABADIA, M. I. V. A perspectiva historiográfica sobre os quilombolas de Goiás (Séculos XVIII ao XXI). **Revista Mosaico**, v.8, n.1, p.11-18, 2015.

ESFEROCITOSE HEREDITÁRIA: A IMPORTÂNCIA DE UMA ABORDAGEM ADEQUADA

Data de aceite: 03/03/2020

Data De Submissão: 02/12/19

Rayssa Mayara Rodrigues de Souza

Universidade Ceuma, Discente curso Medicina,
São Luís – Ma.

<http://lattes.cnpq.br/5378528575302266>

Larissa Balby Costa

Universidade Ceuma, Discente curso Medicina,
São Luís – Ma.

<http://lattes.cnpq.br/9768411619253365>

Maria Arlete da Silva Rodrigues

Universidade Ceuma, Discente curso Medicina,
São Luís – Ma.

<http://lattes.cnpq.br/3664437421974734>

Gabriela Medrado Fialho

Universidade Ceuma, Discente curso Medicina,
São Luís – Ma.

<https://lattes.cnpq.br/2484262297977461>

Eloá Webá Costa

Universidade Ceuma, Discente curso Medicina,
São Luís – Ma.

<http://lattes.cnpq.br/7519143607989063>

Mylena Maria de Brito Silva

Centro Universitário Uninovafapi, Discente curso
Medicina, Teresina- Pi.

<http://lattes.cnpq.br/5211105940326803>

Debhora Geny de Sousa Costa

Universidade Federal do Piauí, Discente curso
Medicina, Picos-Pi.

<http://lattes.cnpq.br/7000450221441226>

Clarissa Pires Lobato

Residente em Pediatria do Hospital Infantil Dr.
Juvêncio Matos, São Luís- Ma.

<http://lattes.cnpq.br/8219763546690532>

Rosângela Rodrigues Alencar dos Reis

Universidade Ceuma, Departamento de Medicina,
Laboratório Morfofuncional, São Luís- Ma.

<http://lattes.cnpq.br/6401096152367990>

Fernanda Rachel Melo e Vidigal do Ó

Universidade Ceuma, Departamento de Medicina,
Laboratório Morfofuncional, São Luís- Ma.

<http://lattes.cnpq.br/3696483785836095>

Monique Santos do Carmo

Universidade Ceuma, Departamento de Medicina,
Laboratório Morfofuncional, São Luís – Ma.

<http://lattes.cnpq.br/6678125978076318>

Maria Perpetuo Socorro Balby Pires

Centro de Neurodesenvolvimento e Reabilitação-
NINAR, São Luís-Ma e Universidade Ceuma,
Departamento de Medicina, Laboratório de
Estágios, São Luís-Ma.

<http://lattes.cnpq.br/3976808323682690>

RESUMO: Este é um relato de caso clínico sobre esferocitose hereditária, uma anemia hemolítica não autoimune, no período neonatal que destaca a importância do diagnóstico precoce e o correto manejo terapêutico para melhor prognóstico. Abordando também, aspectos clínicos, laboratoriais, evolutivos e terapêuticos, bem como o diagnóstico diferencial para

outras anemias hemolíticas com incompatibilidade ABO. A paciente relatada possuía características clínicas tais como: icterícia, anemia persistente e esplenomegalia, com exames laboratoriais evidenciando a presença de esferócitos no sangue periférico. Como tratamento foi introduzido o ácido fólico, com melhora clínica da paciente. No presente estudo é possível aprofundar o conhecimento e compreender melhor um quadro de esferocitose hereditária com pouca prevalência no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Esferocitose Hereditária, Anemia Hemolítica, Tratamento

HEREDITARY SPHEROCYTOSIS: THE IMPORTANCE OF A PROPER APPROACH

ABSTRACT: This is a case report on hereditary spherocytosis, a non-autoimmune hemolytic anemia, in the neonatal period that highlights the importance of early diagnosis and the correct therapeutic management for a better prognosis. Also addressing clinical, laboratory, evolutionary and therapeutic aspects, as well as the differential diagnosis for other hemolytic anemias such as ABO incompatibility. The reported patient had clinical characteristics such as jaundice, persistent anemia and splenomegaly, with laboratory tests showing the presence of spherocytes in the peripheral blood. As treatment was introduced folic acid, with clinical improvement of the patient. In the present study it is possible to deepen the knowledge and better understand a hereditary spherocytosis with low prevalence in Brazil.

KEYWORDS: Hereditary Spherocytosis, Hemolytic Anemia, Treatment.

1 | INTRODUÇÃO

A esferocitose hereditária (ESH) caracteriza-se pela presença de células eritrocitárias de forma esférica e abrange um vasto grupo de anemias hemolíticas não autoimunes, com transmissão hereditária de caráter autossômico dominante em 75% dos casos ou mutação *de novo* (autossômico recessivo) em 25% (NASCER E CRESCER, 2009). Seu caráter genético e sua primeira descrição datam do final do século XIX e início do século XX. Sua frequência na população geral varia de 1:2000 a 1:5000 nascimentos, sendo que a forma leve pode ocorrer em até 1% da população. A maior prevalência encontra-se no norte da Europa (50:1000000) e menor na população branca latina (20:100000) (MONTEIRO et al., 2018).

Na ESH ocorre um defeito primário na membrana da hemácia devido à ausência da espectrina, anquirina ou banda 3 e com isso há desestabilização da bicamada lipídica da superfície celular. Desse modo, há redução da superfície em relação ao conteúdo intracelular e por isso a célula adquire a forma de esfera, tornando-se, portanto, mais susceptível a ser aprisionada pelo baço e sofrer hemólise. Essa fragilidade de membrana pode ser reduzida por condições ótimas de PH, ATP e colesterol. As manifestações clínicas da doença são peculiares a cada indivíduo,

além de serem diferentes no período neonatal se comparado à vida adulta (GRANJO et al., 2003).

A presença da ESH pode ser assintomática, a qual é classificada como traço e apresenta pequenas alterações laboratoriais. Pode ocorrer também na forma típica (leve e moderada), cursando com hemólise compensada ou pode também se apresentar na forma grave. O diagnóstico pode ser realizado tanto na infância quanto na vida adulta, quando surgem sintomas mais explícitos tais como esplenomegalia, colelitíase e icterícia, além de hemólise acentuada. Cerca de 50% dos neonatos necessitam de fototerapia para tratar a icterícia neonatal, tornando-se assintomáticos em algumas semanas e poucos evoluem para formas graves da ESH (ZAGO; FALCÃO; PASQUINI, 2013).

Nas formas que não apresentam padrão familiar o diagnóstico torna-se difícil, fazendo-se mandatário o teste de Coombs indireto para afastar autoimunidade. O teste de resistência globular osmótica (RGO) e o teste de lise pelo glicerol ainda são os principais métodos diagnósticos, haja visto que, nem sempre a amostra de sangue periférico demonstrará alterações de eritrócitos. O tratamento geralmente consiste em esplenectomia nos casos graves de pacientes maiores de 5 anos (SOARES et al., 2009).

2 | RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 3 anos, parda, natural e procedente de São Luis-MA, pais não consanguíneos. Mãe parda, portadora de esferocitose, gestação I, paridade I, aborto 0. Gestação sem maiores intercorrências apesar da suspeita de zika, pré-natal completo, a termo, Apgar 6 e 9 nos 1º e 5º minuto de vida, peso ao nascimento de 2 885g.

Ao exame físico, regular estado geral, corada, icterica, fígado e baço não palpáveis. Tipo sanguíneo materno: A, fator Rh positivo. Tipo sanguíneo do RN A, fator Rh positivo. Exames laboratoriais: BT: 8,8%, BD: 0,7%, BI: 8,1%, HB: 10,2 5% HT: 32%, RDW: 27,2%, VCM: 37,7fl, HCM: 27,9pq, CHCM: 31%, plaqueta:106000\ ml, FE:94. Instituída fototerapia contínua e repetidos exames com 24 horas de vida, houve melhora. O RN recebeu alta hospitalar com onze dias, com icterícia discreta, corado e em amamentação.

Com 28 dias de vida, paciente evolui com piora de icterícia e presença de anemia persistente e esplenomegalia. Foram colhidos novos exames laboratoriais: BT; 10%, BD:0,8%, BI:9,2%, HB: 7,81%, HT: 22%, CHCM 31,2%, reticulócitos: 11,2% leucócitos: 9350, presença de esferócitos no sangue periférico, curva de fragilidade osmótica positiva (sangue fresco). Paciente recebeu concentrado de hemácias e

fototerapia, sendo à partir desse momento, acompanhada por hematologista para conduta e seguimento.

Com 1 mês e 29 dias, comparece no ambulatório de puericultura do Juvêncio Matos, sem intercorrência, anictérica, hidratado, com adequado crescimento e desenvolvimento para idade, peso: 4420 gramas, PC: 37 cm, estatura: 55,5cm, e abdome sem anormalidades. Foram solicitados novos exames laboratoriais, introduzido 1 mg/kg/dia de ácido fólico, como tratamento.

Com 5 meses retorna ao ambulatório sem intercorrências clínicas, com adequado crescimento e desenvolvimento, com exame físico e laboratoriais sem alterações. Orientada a continuar o uso do ácido fólico 1 mg/kg/dia e acompanhamento semestral com o hematologista.

3 | DISCUSSÃO

Admite-se que dentro do conjunto das anemias hemolíticas hereditárias de caráter não imune, a ESH é o mais comum. Do ponto de vista clínico, esta é classificada em: assintomática, grau leve, moderado ou grave, a depender da história familiar, severidade dos sintomas e dos resultados dos exames laboratoriais. Com relação ao quadro clínico clássico, tem-se a combinação dos fatores de hemólise (anemia, icterícia, reticulocitose, litíase e esplenomegalia) com esferocitose (fragilidade osmótica positiva ou teste de lise com glicerol acidificado ou ambos), além de uma história familiar positiva (MONTEIRO et al., 2018).

Neste caso, a suspeita da ESH ocorreu no período neonato, quando a paciente apresentou um quadro de icterícia que foi ratificada no exame laboratorial pelo aumento do valor da bilirrubina total (as custas da indireta), associada à história de antecedente familiar (mãe) positivo para ESH.

Apesar de não ser a situação desse caso (mãe e RN com o grupo sanguíneo A), deve-se salientar a importância do diagnóstico diferencial, frente à hemólise perinatal, para a Doença Hemolítica por Incompatibilidade ABO, uma vez que possuem achados clínico-laboratoriais em comum. Tendo-se ainda, a possibilidade da superposição dessas duas patologias, segundo o relato de Trucco (1967).

Após as primeiras semanas de vida, a permanência de esferócitos e da fragilidade osmótica pode confirmar a coexistência de ESH e Doença Hemolítica ABO no período neonatal. Diante disso, devem ser realizados exames para possível diagnóstico diferencial, tais como: tipagem sanguínea do RN e da mãe, teste de enulato e prova de Coombs direto no RN. Sabe-se ainda que no exame de auto hemólise, com a adição de glicose no sangue incubado, observa-se uma diminuição dessa hemólise, o que não ocorre na doença hemolítica ABO, sendo outro método eficaz na diferenciação dessas patologias (REIS et al., 2012).

A confirmação de esferócitos no esfregaço de sangue tem um bom valor preditivo para o diagnóstico de um paciente com histórico familiar e índices compatíveis de hemácias. (KING et al., 2015). No presente relato, a confirmação diagnóstica de ESH na paciente deu-se pela associação dos seguintes fatores: histórico familiar, quadro clínico típico (icterícia, anemia persistente e esplenomegalia), além da validação laboratorial pela presença de esferócitos no sangue periférico e o teste de fragilidade osmótica positivo.

No período neonatal, a hiperbilirrubinemia é uma patologia frequente. Estima-se que cerca de 60% dos recém-nascidos desenvolvem níveis séricos de bilirrubina superior a 5mg%. Dessa forma, a icterícia neonatal é clinicamente detectável nas primeiras 24 horas de vida, sendo de extrema importância classificar seu tipo e intensidade para a escolha do melhor método terapêutico (DE CARVALHO, 2001).

Na paciente em questão, após uma cautelosa análise do quadro, o tratamento de escolha foi a fototerapia contínua, a qual resultou em boa resposta clínica. Assim, a paciente ficou em observação durante 11 dias, mantendo um quadro clínico estável e recebendo a posteriori, alta hospitalar, apresentando apenas com icterícia discreta. Sabe-se ainda, que 1% dos neonatos ictericos que necessitam de fototerapia são eventualmente diagnosticado com ESH (CHRISTENSEN et al., 2015).

O reconhecimento imediato da ESH nos primeiros dias de vida é imprescindível para assegurar um plano de atendimento médico adequado e melhorar os índices de sobrevida do paciente (WILL et al., 2017). Esse conhecimento é corroborado diante desse relato, uma vez que, após alguns dias, a paciente evoluiu com piora da icterícia, anemia e com um novo achado clínico de esplenomegalia.

Assim, com o devido conhecimento a cerca da ESH e com os valores de bilirrubina elevados, houve suspeita da referida patologia e fora, imediatamente, instituído suporte médico para evitar as consequências da hemólise, incluindo hiperbilirrubinemia, diminuição da eritropoiese, anemia, e a deficiência de ácido fólico, através da transfusão de concentrado de hemácias, administração de folato e mais uma sessão de fototerapia, atingindo-se melhora clínica.

É sabido que a necessidade de uma ou duas transfusões sanguíneas, nos primeiros dias de vida, não é indicativo de uma possível dependência de transfusão. Além disso, a suplementação de folato é recomendada no paciente com ESH grave e moderada, mas não é necessária no ESH leve (BOLTON-MAGGS, et al 2004).

Com relação a esplenectomia como uma das possíveis terapias, a maioria das crianças e adultos com ESH tem um aumento leve a moderado do baço, mas, além de auxiliar no diagnóstico, isso tem pouco significado clínico. O tamanho do baço por si só não é uma indicação para esplenectomia, ainda mais sob risco aumentado de sepse por organismos encapsulados, particularmente *Streptococcus pneumoniae* (ABDULLAH et al., 2009).

Estabelecido o diagnóstico de EH, instituído o tratamento linha de base e alcançada a estabilização do quadro, deve-se prosseguir com a supervisão da evolução clínica através de visita médica anual. Com relação a outros cuidados imprescindíveis, ressalta-se que o crescimento dessa criança deve ser acompanhando de perto por seus responsáveis, instruindo-os sobre qualquer mudança no comportamento e sinais de alerta importantes durante o desenvolvimento infantil, principalmente sobre o risco de anemia súbita devido à infecção por parvovírus (BOLTON-MAGGS et al.,2004).

À vista disso, verifica-se a importância do conhecimento à cerca da abordagem coerente da ESH, e de como a condução adequada do quadro reflete na integralidade terapêutica de excelência dos portadores dessa doença, afetando diretamente no prognóstico e sobrevida do paciente.

4 | CONCLUSÃO

A esferocitose hereditária apresenta variabilidade fenotípica e genética, sendo importante o seguimento dos doentes em centros especializados. Dessa forma, o tratamento é individualizado, quadros graves podem cursar com esplenomegalia que é uma complicação que traz risco a vida. Nesse caso, pode-se optar pela esplenectomia em crianças com mais de 5 anos de idade com reticulocitose, ou aqueles com crises hipoplásica e aplásicas, déficit de crescimento ou cardiomegalia. Em quadros moderados pode-se fazer apenas o uso do ácido fólico para tratar anemia ao invés do uso do ferro, uma vez que administrado equivocadamente em pacientes com esferocitose pode agravar o quadro.

A paciente em questão abriu um quadro de icterícia, anemia persistente e esplenomegalia logo no primeiro mês de vida, então foi optado por uma transfusão de concentrado de hemácia, administração de ácido fólico e fototerapia, evoluindo assim com melhora clínica e estabilização do quadro.

Portanto, evidencia-se que o diagnóstico precoce, como a do caso que foi feito ainda no período neonatal, e correto manejo terapêutico estão diretamente ligados ao melhor prognóstico clínico.

Potencial conflito de interesses: Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

REFERÊNCIAS

ABDULLAH, F.; Y. ZHANG; M. CAMP; M. I. ROSSBERG; M. A. BATHURST; P.M. COLOMBANI; J. F. CASELLA; R. NABAWESI; D. C. CHANG. **Splenectomy in hereditary spherocytosis: Review of 1,657 patients and application of the pediatric quality indicators.** *Pediatric blood & cancer*, v. 52, n. 7, p. 834-837, 2009.

BOLTON-MAGGS, P.; R. STEVENS; N. DODD; G. LAMONT; P. TITTENSOR; M.J. KING; G. H. T. F. O. T. B. C. F. S. I. HAEMATOLOGY. **Guidelines for the diagnosis and management of hereditary spherocytosis**. British journal of haematology, v. 126, n. 4, p. 455-474, 2004.

CHRISTENSEN, Robert D.; YAISH, Hassan M.; GALLAGHER, Patrick G. **A pediatrician's practical guide to diagnosing and treating hereditary spherocytosis in neonates**. Pediatrics, v. 135, n. 6, p. 1107-1114, 2015.

DE CARVALHO, M. **Tratamento da icterícia neonatal**. Jornal Pediatria, v. 77, n. Supl 1, p. S71-S80, 2001.

GRANJO, ELISA et al. **Esferocitose Hereditária—prevalência dos défices proteicos da membrana do eritrócito**. Acta médica portuguesa, v. 16, p. 65-69, 2003.

KING, M. J.; L. GARÇON; J. HOYER; A. IOLASCON; V. PICARD; G. STEWART; P. BIANCHI; S. H. LEE; A. ZANELLA; I. C. F. S. I. HAEMATOLOGY. **ICSH guidelines for the laboratory diagnosis of nonimmune hereditary red cell membrane disorders**. International journal of laboratory hematology, v. 37, n. 3, p. 304-325, 2015.

MACEDO, J. et al. **Esferocitose Hereditária: Pensar no Diagnóstico**. Acta Pediátrica Portuguesa, v. 48, n. 2, p. 148-151, 2015.

MONTEIRO, A. C. B.; D. H. DORIGATTI; A. GRITTI; R. J. B. M. DA SILVA. **ANEMIA ESFEROCITOSE HEREDITÁRIA, UM DISTÚRBO DA MEMBRANA DOS ERITRÓCITOS CAUSADORA DE HEMÓLISE CRÔNICA.**, 2018.

REIS, D. B.; K. A. DE BRITO EID; L. M. PINTO; M. M. A. G. L. NEUMANN. **Esferocitose hereditária no período neonatal: relato de caso e revisão de literatura**. Revista de Ciências Médicas, v. 5, n. 3, 2012.

SOARES, Susana et al. **Esferocitose hereditária. Esplenectomia e colecistectomia. Experiência de um hospital pediátrico**. Nascer e Crescer, v. 18, n. 18 (2), p. 73-77, 2009.

TRUCCO, Jaime I.; BROWN, Audrey K. **Neonatal manifestations of hereditary spherocytosis**. American Journal of Diseases of Children, v. 113, n. 2, p. 263-270, 1967.

WILL, A.; C. A. HENDERSON; A. J. JNAH; D. NEWBERRY. **Hereditary spherocytosis in the neonatal period: a case report**. Neonatal Network, v. 36, n. 5, p. 280-288, 2017.

ZAGO, Marco Antônio; FALCÃO, Roberto Passeto; PASQUINI, Ricardo. **Tratado de hematologia**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 65-67, 2013.

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

Data de aceite: 03/03/2020

Data de Submissão: 03/12/2019.

Rafaela Lima Camargo

Centro Universitário UNIFACIG

Manhuaçu - Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/1883708834189589>

Diulle Braga Oliveira

Centro Universitário UNIFACIG

Manhuaçu - Minas Gerais

<https://orcid.org/0000-0002-0064-8945>

Fernanda Pinheiro Quadros e Silva

Centro Universitário UNIFACIG

Manhuaçu - Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/6145829874620824>

Lanna Isa Estanislau de Alcântara

Centro Universitário UNIFACIG

Manhuaçu - Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/8940703631091243>

Larissa Alvim Mendes

Centro Universitário UNIFACIG

Manhuaçu - Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/9436071354918567>

Mariana Cordeiro Dias

Centro Universitário UNIFACIG

Manhuaçu - Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/3724258871181838>

Matheus Terra de Martin Galito

Centro Universitário UNIFACIG

Manhuaçu - Minas Gerais

<https://orcid.org/0000-0002-4410-7382>

Nathely Bertly Coelho Pereira

Centro Universitário UNIFACIG

Manhuaçu - Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/0616295542399223>

Yolanda Schiavo Schettino de Oliveira Borges

Centro Universitário UNIFACIG

Manhuaçu - Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/7861232658310893>

Gustavo Henrique de Melo da Silva

Centro Universitário UNIFACIG

Manhuaçu - Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/8920640930033344>

Juliana Santiago da Silva

Centro Universitário UNIFACIG

Manhuaçu - Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/2654051673856660>

RESUMO: Com a chegada do envelhecimento, os idosos se tornaram cada vez mais dependentes, necessitando de melhores condições de vida e saúde. No entanto, paralelamente a essa fase evolutiva, surgem os atos de violência praticados contra essa população, seja ela física, sexual, psíquica ou moral. Diante disso, este trabalho tem por finalidade explicitar os principais tipos de violências praticadas contra o idoso, bem como as leis que os asseguram, corroborando na

criação de estratégias, principalmente para os profissionais da saúde, de modo a promover a prevenção e intervenção interdisciplinar nas situações de maus tratos. Para isso, foi feita uma revisão da literatura analisando trabalhos científicos publicados nas plataformas de pesquisa SCIELO e PUBMED, além da aplicação de um questionário composto por quatro perguntas, foi aplicado à 14 profissionais da saúde de algumas Estratégias Saúde da Família, sendo posteriormente tabulados e interpretados. O estudo aborda sobre os sinais e sintomas de maus tratos, como hematomas em locais não comuns e recusa por parte do idoso de comunicar. Encontram-se também expostos os principais direitos, como integração, autonomia e participação do idoso na sociedade. Além disso, esclarece sobre os tipos de violência como psicológica, física, sexual, medicamentosa, emocional e financeira, assim como medidas de prevenção e informações a respeito de quando e onde denunciar. A população idosa, diante ao envelhecimento, torna-se mais dependente, logo é de suma importância informações a respeito dos tipos de violências, visando nos seus direitos, prevenção e qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra o Idoso; Estatuto do Idoso; Direitos da pessoa idosa; Política Nacional do Idoso; Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

STRATEGIES TO AVOID VIOLENCE AGAINST ELDERLY PEOPLE AND HIS RIGHTS

ABSTRACT: With the arrival of aging, the elderly became increasingly dependent, needing better living and health conditions. However, in parallel with this evolutionary phase, acts of violence against the old people, be it physical, sexual, psychic or moral. Therefore, this paper aims to clarify the main types of violence against the elderly, as well as the laws that ensure them, corroborating the creation of strategies, especially for health professionals, in order to promote prevention and interdisciplinary intervention in the elderly. abuse situations. For this, a literature review was performed analyzing scientific papers published in the research platforms SCIELO and PUBMED, besides the application of a questionnaire composed of four questions, it was applied to 14 health professionals of some Family Health Strategies, being later tabulated and interpreted. The study broach the signs and symptoms of maltreatment, such as bruising in unusual places, refusal by the elderly to communicate. The main rights such as integration, autonomy and participation of the elderly in society are also exposed. Moreover clarifies the types of violence such as psychological, physical, sexual, drug, emotional and financial, as well as preventive measures and information about when and where to report. The elderly population, facing aging, becomes increasingly dependent on caregivers, so it is extremely important information of the elderly about the types of violence, aiming at their rights, prevention and quality of life.

KEYWORDS: Violence against the Elderly; Statute of the Elderly; Rights of the elderly; National Policy of the Elderly; National Health Policy for the Elderly.

1 | INTRODUÇÃO

Sabe-se que o mundo está passando por uma transição demográfica, iniciada no final do século XX, com o declínio da mortalidade infantil, levando ao aumento do volume populacional. Este fenômeno também é decorrente do aumento da expectativa de vida e da melhoria nas condições de saúde da população. A faixa etária com sessenta anos ou mais está crescendo cerca de três por cento ao ano. (FREITAS, 2017).

No decorrer dessas mudanças, a estrutura etária da sociedade apresenta um alargamento em seu topo. Com isso, a população idosa necessita de assistência direta ou indiretamente visando na melhor condição de vida através de políticas e a conscientização da sociedade na promoção da saúde e qualidade de vida da terceira idade. Ao longo do tempo, o idoso se torna cada vez mais dependente, vulnerável e indefeso à violência, sendo essa praticada pela própria família ou cuidadores responsáveis, podendo evoluir até ao óbito (LOPES *et al.*, 2018).

E essa longevidade trata-se de uma grande conquista na sociedade brasileira, no entanto esse aumento populacional desencadeia desafios na formulação de políticas na saúde pública, dificultando os planos de ações promocionais e preventivos à saúde. Além disso, gera um novo cenário no que refere às violações aos idosos em consequência dos maus tratos. Segundo Lopes, apesar da violência contra os idosos estar presente desde os primórdios, a abordagem do tema só foi introduzida no Brasil nas duas últimas décadas (LOPES *et al.*, 2018)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (ONU) define violência ao idoso qualquer ato praticado ou a falta deste, podendo ser único ou repetido, proposital ou impensado que acarreta em danos e sofrimento a essa população. Essa violência ser física, sexual, psíquica ou moral, sendo essas praticadas tanto pela família quanto pelas instituições, entre outros. É uma manifestação fundamentada pela sociedade que acredita que o idoso se trata de um peso social, a qual o idoso é associado à perda de habilidades cognitivas e controles físicos e emocionais, tendo então a abolição de sua autonomia, além de várias doenças que os tornam dependentes (SANCHES *et al.*, 2008).

Desse modo, faz-se necessário um amparo à essa população. Em 1994, foi criada a Política Nacional do Idoso, com o objetivo de assegurar os direitos sociais desse grupo. Já em 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso. Após isso, em 2006, foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, voltada à atenção à saúde de cidadãos com sessenta anos de idade ou mais. Ressalta-se que muitos dos direitos assegurados no Estatuto do Idoso também são assegurados pela Constituição Federal (MASSAROLLO, 2010).

Embora a população idosa seja assegurada dos seus direitos nos setores social,

de saúde, físico, financeiro e mental, surge uma dúvida quanto ao conhecimento e consideração dos idosos sobre seus direitos e se estão sendo respeitados (MASSAROLLO, 2010).

Considerando a falta de conhecimento dos idosos pelos seus direitos, esse trabalho se justifica por haver poucas discussões a respeito desses direitos e por apresentar uma linguagem complexa que dificultam o entendimento. O esclarecimento de tal assunto corrobora para o bem estar da população idosa, evidenciando maiores informações sobre seus direitos.

Tem-se como marco teórico as ideias sustentadas por Martins e Massarollo (2010), por exemplo, cujas teses centrais demonstram o esclarecimento sobre os principais direitos que defendem a população idosa. Trabalhou-se com a hipótese de que em meio ao esclarecimento das leis para a terceira idade, mais enriquecedora será sua aprendizagem e conhecimento sobre o que tem direito. Além disso têm-se como marco teórico as ideias sustentadas por Lopes (2018), cujas teses centrais visam esclarecer sobre os principais tipos de violências praticadas contra a população idosa. Trabalhou-se com a hipótese de que em meio ao esclarecimento dos atos de agressividade aos idosos, melhor será a expectativa e qualidade de vida dessa população.

Com isso, os profissionais da saúde se tornam essenciais para prevenção e promoção da saúde durante todo envelhecimento. E para que os direitos dos idosos sejam respeitados torna-se necessário um acompanhamento dos profissionais da saúde, buscando resguardá-los.

Este trabalho tem por finalidade explicitar para os profissionais da saúde os principais tipos de violências praticadas a pessoa idosa, corroborando na criação de estratégias, principalmente para os profissionais da saúde, com a finalidade de prevenção e intervenção interdisciplinar nas situações de maus tratos. Esclarecendo e transmitindo, também, de forma clara e sucinta a respeito dos direitos dos idosos para os profissionais da saúde. Visando enriquecer o conhecimento de médicos e enfermeiros acerca dos direitos, tento o intuito de enquadrar a população idosa na sociedade.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se da execução de um projeto de cunho didático. Baseou-se em um estudo exploratório, a fim de proporcionar maior familiaridade acerca das leis que defendem a pessoa idosa e dos principais tipos de violência praticada contra eles. Desenvolveu-se uma metodologia de natureza básica, em que objetiva proporcionar novos conhecimentos aos profissionais de saúde e aos idosos. Trata-se de uma análise descritiva, visando a coleta de dados por meio da aplicação

de um questionário, com intuito de analisar o conhecimento dos profissionais de saúde quanto a identificação das vítimas e como conduziria um caso no atendimento médico.

Em relação às variáveis analisadas, o trabalho desenvolveu uma pesquisa quantitativa e qualitativa, em que seu principal objetivo consistiu na obtenção e interpretação dos dados, possibilitando uma análise profunda sobre a abordagem.

Para a elaboração e desenvolvimento do estudo, foi feita uma revisão da literatura, analisando estudos científicos publicados nas plataformas de pesquisa SCIELO, totalizando 20 (vinte) artigos; e PUBMED, com 14 (quatorze) artigos selecionados. No decorrer da produção, enfatizou-se a importância do conhecimento dos profissionais de saúde acerca da identificação dos idosos vítimas de agressões, dos direitos dessa população, bem como a diferenciação dos tipos de violência.

A pesquisa foi feita com objetivo de gerar dados, possibilitando observar o conhecimento dos profissionais de saúde quanto aos direitos que amparam idosos e principais tipos violência contra os idosos.

A coleta dos dados ocorreu através da aplicação de um questionário composto por vinte e oito perguntas, sendo duas questões abordando a temática de violência praticada contra idoso e os direitos que amparam essa classe. Foi aplicado pelos alunos do sexto período do curso de Medicina do Centro Universitário - UNIFACIG, nas Estratégias Saúde da Família (ESF) São Vicente, Nossa Senhora Aparecida, Ponte da Aldeia, Santo Antônio, Santa Terezinha, Santana e Bom Jardim, durante os meses de agosto a setembro de dois mil e dezenove. Primeiramente, foi questionado: “Quais dos tipos de violência praticadas aos idosos, você já atendeu no consultório?”. Contendo as alternativas “violência física, violência psicológica, violência sexual, violência medicamentosa, violência emocional, abandono e/ou nenhuma”. Posteriormente, a segunda pergunta sobre a conduta do profissional em relação a notificação: “Quais dos seguintes órgãos você (médico/enfermeiro) poderia notificar um caso de violência praticada ao idoso?”. Sendo as alternativas “Prefeitura Municipal, Ministério Público, Conselho Tutelar, Conselho Municipal do Idoso e/ou Conselho Estadual do Idoso”. Em terceira pergunta, questionou sobre os direitos do idoso: “Dentre os direitos citados abaixo, quais você (médico/enfermeiro) acha que são dos idosos?”. Tendo como alternativas: no atendimento deve aguardar a fila de espera; padrões de habitação compatíveis com as necessidades, tanto alimentar quanto de higiene; visita domiciliar semanalmente; cuidados especiais como treinamento da equipe para atender; direito as vacinas como gripe; direito ao benefício pela prefeitura; isenção de cobrança de taxa especial em planos de saúde”. Por fim, a quarta questões questionava a conduta do profissional: “Você (médico/enfermeiro) recebe em seu consultório um idoso com 65 anos, ou mais, que não possui condições de subsistência, nem familiares para assegurá-lo, como

você conduziria?”. Dentre as alternativas continha: “Recorreria à alguma pessoa da família; Comunicaria ao Ministério Público; Recorreria a Lei Orgânica da Assistência Social – Loas: direito do benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo; ou Daria alta ao paciente sem prestar assistência”.

Concomitantemente ao questionário, o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido – TCLE foi lido aos entrevistados e, devidamente, assinado. Neste trabalho, o foco foi analisar o conhecimento do enfermeiro e do clínico geral acerca dos tipos de violência praticada aos idosos, quais o profissional já atendeu no consultório e como deve conduzir uma vítima de violência.

O universo amostral contou com quatorze profissionais da saúde, sendo sete enfermeiros e sete médicos, um enfermeiro e um médico de cada Estratégia Saúde da Família envolvida na pesquisa.

Os resultados obtidos pela pesquisa foram tabulados no Programa Microsoft Excel 2016, possibilitando a geração de gráficos que foram analisados e discutidos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram desenvolvidos dois estudos, com um questionário feito pelos alunos do sexto período do curso de Medicina do Centro Universitário - UNIFACIG e aplicado a quatorze (14) profissionais da saúde nas Estratégias Saúde da Família (ESF) dos bairros São Vicente, Nossa Senhora Aparecida, Ponte da Aldeia, Santo Antônio, Santa Terezinha, Santana e Bom Jardim da cidade de Manhuaçu, Minas Gerais. Este questionário teve a finalidade de avaliar a relação dos profissionais com seus pacientes idosos. Foram quatro questões aplicadas a sete médicos e sete enfermeiros. No estudo, serão discutidas quatro questões relacionadas com o tema: violência contra os idosos e a importância dos direitos da pessoa idosa.

3.1 A violência contra a pessoa idosa

A violência pode acontecer de diferentes formas, sendo imprescindível reconhecer o espectro como um todo, a fim de prevenir que práticas violentas passem despercebidas pelos profissionais da saúde. Sendo assim, a diferenciação de violência e acidentes é fundamental, pois lesões aparentemente acidentais podem na realidade serem advindas de maus-tratos (SANTOS, 2013).

Apesar da dificuldade para definir os variados tipos de violência contra a pessoa idosa, é crucial que a equipe multidisciplinar e multissetorial que assiste os idosos recebam treinamentos a fim de intervir adequadamente e estarem preparados para realizar entrevistas e avaliações da situação da pessoa idosa (MASCARENHAS, 2012).

Os tipos mais comuns de violência contra o idoso segundo a cartilha produzida pela Secretaria Especial de Direitos Humanos “Violência contra Idosos – o Averso de Respeito à Experiência e à Sabedoria” escrita pela professora Maria Cecília Minayo e oficializadas pelo Ministério da Saúde, são violência física, psicológica, sexual, por abandono, negligência, financeira, autonegligência, medicamentosa e emocional (MINAYO, 2005).

O gráfico 1 abaixo analisa os resultados da questão: Quais dos tipos de violência praticada aos idosos você já atendeu no consultório? Foram analisados violência sexual, violência medicamentosa, violência física, violência emocional, violência psicológica, e abandono. Constatou-se que todos os enfermeiros e médicos já atenderam algum tipo de violência.



Gráfico 1: Relação Médico-Enfermeiro quanto aos tipos de violência atendidos em consultório contra os idosos.

Fonte: Desenvolvido pelos autores deste artigo, 2019.

A violência Física, abuso físico ou maus-tratos físicos, termos que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar dor, incapacidade ou morte (MINAYO, 2005). Como consta no gráfico 1, esse tipo de violência foi atendido por 5 dos profissionais questionados, sendo eles 2 enfermeiros e 3 médicos.

Já a violência Psicológica, abuso psicológico ou maus-tratos psicológicos, refere-se a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar do convívio social (MINAYO, 2005). Esse tipo de violência foi constatado por 10 profissionais, como mostra o gráfico 1.

A violência Sexual ou abuso sexual são expressões que correspondem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças (MINAYO, 2005). Nenhum dos

questionados os profissionais afirmaram que já atenderam esse tipo de violência.

A violência por abandono é um método de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção e assistência (MINAYO, 2005). É o maior índice que se destaca na análise, sendo descrita por 13 profissionais, sendo estes 6 enfermeiros e 7 médicos.

A Violência Medicamentosa consiste na administração por familiares, cuidadores e profissionais dos medicamentos prescritos, de forma indevida, aumentando, diminuindo ou excluindo os medicamentos (MINAYO, 2005). Esse tipo de violência foi atendido por 5 dos profissionais questionados, sendo eles 2 enfermeiros e 3 médicos.

Já a Violência Emocional e Social refere-se à agressão verbal crônica, incluindo palavras depreciativas que possam desrespeitar a identidade, dignidade e autoestima. Caracteriza-se pela falta de respeito à intimidade; falta de respeito aos desejos, negação do acesso a amizades, desatenção a necessidades sociais e de saúde (MINAYO, 2005). Essa foi atendida por um total de 10 profissionais, sendo compostos de 7 médicos e 3 enfermeiros

Diante desses dados, pode-se observar que é frequente a presença de situações que configuram violência aos idosos bem como o contato dos profissionais com tais atos de violência. Deriva-se daí, a importância da conscientização da população idosa e dos profissionais quanto ao reconhecimento dos diversos tipos de violência que podem ser praticados, assim como a busca adequada dos órgãos competentes para averiguação de tais práticas e defesa dos direitos dos idosos (JUNIOR, 2007).

Diferentemente das violências físicas e abusos sexuais, os demais tipos de violência não chegam às estatísticas, todavia são extremamente relevantes para o estudo dos diferentes tipos de violência. Logo, é muito importante que estas sejam abordadas na hora da investigação de uma provável situação de violência contra a pessoa idosa (MINAYO, 2005).

Na segunda questão foi levantado o questionamento: “Quais dos seguintes órgãos você poderia notificar um caso de violência praticada ao idoso?”, tendo como alternativas o Conselho Municipal do Idoso, Ministério Público, Prefeitura Municipal, Conselho Estadual do Idoso e Conselho Tutelar. Os resultados são expostos no Gráfico 2 abaixo.



Gráfico 2: Relação Médico-Enfermeiro quanto aos órgãos de notificação de violência contra os idosos

Fonte: Desenvolvido pelos autores deste artigo, 2019.

Entre os órgãos de notificação para casos de violência aos idosos, segundo o gráfico 2, é possível observar que nenhum médico acredita que o Conselho Estadual do Idoso e/ou o Conselho Tutelar deveria ser notificado em um caso de violência contra o idoso.

Em contrapartida, 8 profissionais expuseram que, casos de violência devem ser notificados ao Conselho Municipal do Idoso, sendo aqueles 3 enfermeiros e 5 médicos. Em seguida, 5 médicos e apenas 2 enfermeiros acreditam que as notificações devem ser feitas ao Ministério Público. Somente um médico e um enfermeiro notificaram a Prefeitura Municipal e apenas um enfermeiro notificaria para o Conselho Estadual do Idoso e o Conselho Tutelar.

Sabendo que, casos de violência devem ser notificados à autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso, a maioria dos profissionais escolheram pelo menos uma das assertivas corretas.

3.2 Sinais de Violência

Há vários tipos de violência contra o idoso e nem sempre é fácil reconhecer os sinais de tais violências, pois alguns destes sinais se confundem com outras enfermidades da terceira idade, como quedas, fraturas, hematomas, dentre outros (FREITAS, 2017).

Os sinais de violência podem ser divididos em físicas, psicológicas, negligência, sexuais e financeiros. Dentre a violência física, atenta a sinais como hematomas em locais não comuns no corpo, queimaduras, quedas, procura frequente ao posto de saúde, armações de óculos quebradas (OLIVEIRA, 2012).

Quando há violência psicológica, o idoso se recusa a responder alguns questionamentos, muda de comportamento quando o cuidador está junto dele, comunica visualmente com o cuidador antes de responder algumas perguntas, se culpa e acha que está atrapalhando a vida dos seus familiares. O idoso prefere ficar isolado quando está sofrendo algum tipo de violência emocional, tem medo do seu cuidador e pode desenvolver depressão (FREITAS, 2017).

O que se pode perceber de sinais quando há negligência é o descuido do cuidador com o idoso, observando roupas rasgadas, má higiene, úlceras de pressão, idoso sonolento devido à medicamentos em excesso, emagrecimento rápido em pouco tempo, evidenciando a desnutrição. Já na violência sexual, pode-se observar no idoso manchas de sangue em roupas íntimas, hematomas nas regiões genitais, além de mudança de comportamento repentinas do idoso (OLIVEIRA, 2012).

Os sinais de violência financeira o idoso pode relatar desaparecimento de dinheiro, joias, além de ser forçado a assinar documentos que não são de seu conhecimento. Pode ter parte do seu rendimento mensal furtado pelo responsável de cuidar do mesmo, manter hábitos de vida abaixo de suas condições financeiras (OLIVEIRA, 2012).

3.3 Prevenção

Tendo em vista o alto índice de violência contra os idosos, faz-se importante a necessidade de prevenir esses acontecimentos. Diante disso é válido que a denúncia é um passo importante para diminuir esse fato, estando tanto o idoso, quanto quem denuncia amparados por leis (AMORIM, 2013)

Em relação ao direito à saúde, a violência é caso de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados, sendo obrigatório comunicar um dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso, Conselho Nacional do Idoso.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico (Incluído pela Lei nº 12.461, de 2011).

3.4 Os direitos da pessoa idosa

Os idosos brasileiros tiveram, pela primeira vez, direitos especificamente direcionados a eles em 1994, quando foi criada a Política Nacional do Idoso, que concentrou-se em estabelecer seus direitos sociais e criar maneiras de promover sua integração, autonomia e participação na sociedade. Em 2003 foi sancionado o Estatuto do Idoso, que o garante todos os direitos fundamentais da pessoa humana, delegando responsabilidades e especificando as punições aos que infringirem

essas leis. Já no ano de 2006 houve a criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, concentrando-se dessa vez na atenção à saúde da pessoa idosa, principalmente no que tange ao SUS (MARTINS E MASSAROLLO, 2010; BRASIL, 1994; BRASIL, 2006; BRASIL, BRASIL, 2003).

O Brasil se enquadra em um contexto demográfico no qual há um aumento exponencial do número de pessoas idosas e maior longevidade, apresentando enorme envelhecimento populacional. Faz-se necessário, portanto, a criação de leis e ações mais específicas para os idosos, tais como a Lei 8842/94 que trata da Política Nacional do Idoso e dos Conselhos de Idosos e a Lei 10471/03 que cria o Estatuto do Idoso (entrando em vigor, no dia 1º de Janeiro de 2004).

O Estatuto do Idoso determina que nenhum idoso poderá ser objeto de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão. A lei considera como violência praticada contra idosos qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico. A discriminação de uma pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte, ou por qualquer outro meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade resulta em pena de reclusão de seis meses a um ano e multa (BRASIL, 2003).

O idoso, acima de 60 anos está amparado pelas seguintes leis vigentes, segundo Estatuto do Idoso (2003), na qual assegura-lhe o direito em relação saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade, sendo obrigação da família e da sociedade, além do Poder Público. Sendo dever de todos prevenir a violação aos direitos do idoso. Além disso é dever do Estado proteger a vida e a saúde dos idosos, através de políticas sociais públicas, proporcionando um envelhecimento saudável com dignidade. Assim como é obrigação assegurar o direito ao respeito (BRASIL, 2003).

As entidades de atendimento ao idoso são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades, tanto alimentar quanto de higiene. Além disso devem oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança. Devem adotar programas de institucionalização de longa permanência como preservação dos vínculos familiares. É dever das entidades comunicar ao Ministério Público a situação de abandono moral ou material por parte dos familiares, para, se possível, conceder as providências cabíveis (BRASIL, 2003).

No Gráfico 3 infracitado são tabulados os dados obtidos pela pergunta: “Quais direitos você acha que são dos idosos?”, demonstra que dentre as opções listadas no questionário, cuidados especiais como treinamento da equipe para atender obteve 92,86% de marcações pelos questionados, sendo 100% entre os médicos e 85,72% entre os enfermeiros. Em seguinte análise, direito a vacinas, como gripe, houve 85,72% de marcações, sendo 85,72% entre os médicos e os enfermeiros. Posteriormente, padrões de habitação compatíveis com a necessidade, tanto

alimentar quanto de higiene, houve 78,57% de marcações, sendo 85,72% entre os enfermeiros e 71,43% entre os médicos. Já quanto a questão direito ao benefício pela prefeitura houve 42,86% de marcações, sendo 42,86% entre os enfermeiros e médicos. Em relação à **isenção** de cobrança de taxa especial em planos de saúde houve 21,43% de marcações, sendo 28,57% dos enfermeiros e 14,28% entre os médicos. Quanto ao direito a visita domiciliar semanalmente, houve somente 14,28% de marcações, tanto em médico quanto enfermeiros. Por fim, quanto no atendimento, deve-se aguardar fila de espera, houve 7,14% de marcações, sendo a única efetuada pelos enfermeiros. É importante salientar que todos os profissionais foram orientados sobre a possibilidade de marcar mais de uma opção ao responder essa pergunta.

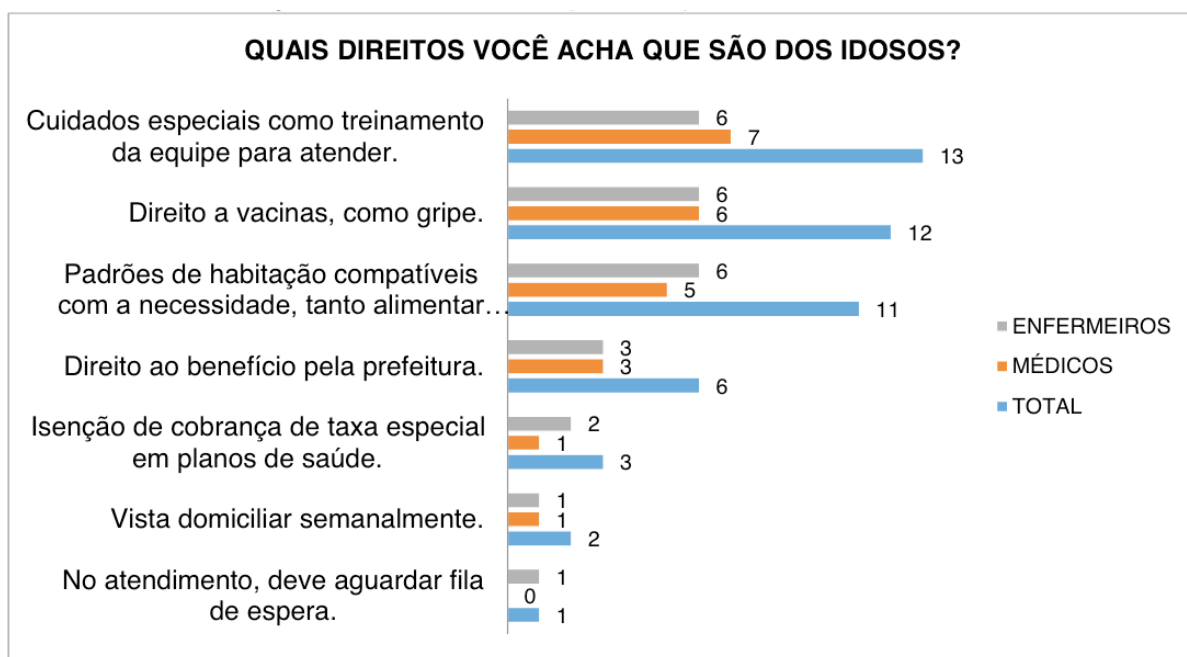


Gráfico 3: Relação Médico-Enfermeiro quanto à quais direitos são dos idosos.

Fonte: Desenvolvido pelos autores desse artigo, 2019.

Entretanto, das opções que realmente conferem direito ao idoso assegurados pelo Estatuto do Idoso são quanto aos padrões de habitação compatíveis com a necessidade, tanto alimentar quanto de higiene; cuidados especiais como treinamento da equipe para atender; direito a vacinas, como gripe; e isenção de cobrança de taxa especial em planos de saúde. Sendo assim evidenciado a necessidade de mais conhecimentos da área para auxiliar os idosos quanto aos seus direitos.

Em relação à Assistência Social, pessoas com 65 anos, ou mais, que não possuam condições para manutenção da vida, nem familiares para assegurar-los, segundo a Lei Orgânica da Assistência Social – Loas, há o direito do benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo. É válido ainda que o idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou, ainda, em instituição pública ou

privada (BRASIL, 2003).

Dos Crimes como “Art. 97. Deixar de prestar assistência ao idoso, quando possível fazê-lo sem risco pessoal.”, entre outros, a pena de detenção varia de acordo com o tipo do crime, podendo variar entre dois meses até doze anos, além de multas (BRASIL, 2003).

Na pergunta subsequente, os profissionais da saúde responderam como conduziriam um paciente idoso, com 65 anos ou mais, que não possui condições de subsistência, nem familiares para deixá-lo mais seguro. Diante disso, no gráfico 4 consta os resultados encontrados pelos alunos em campo com seu universo amostral.

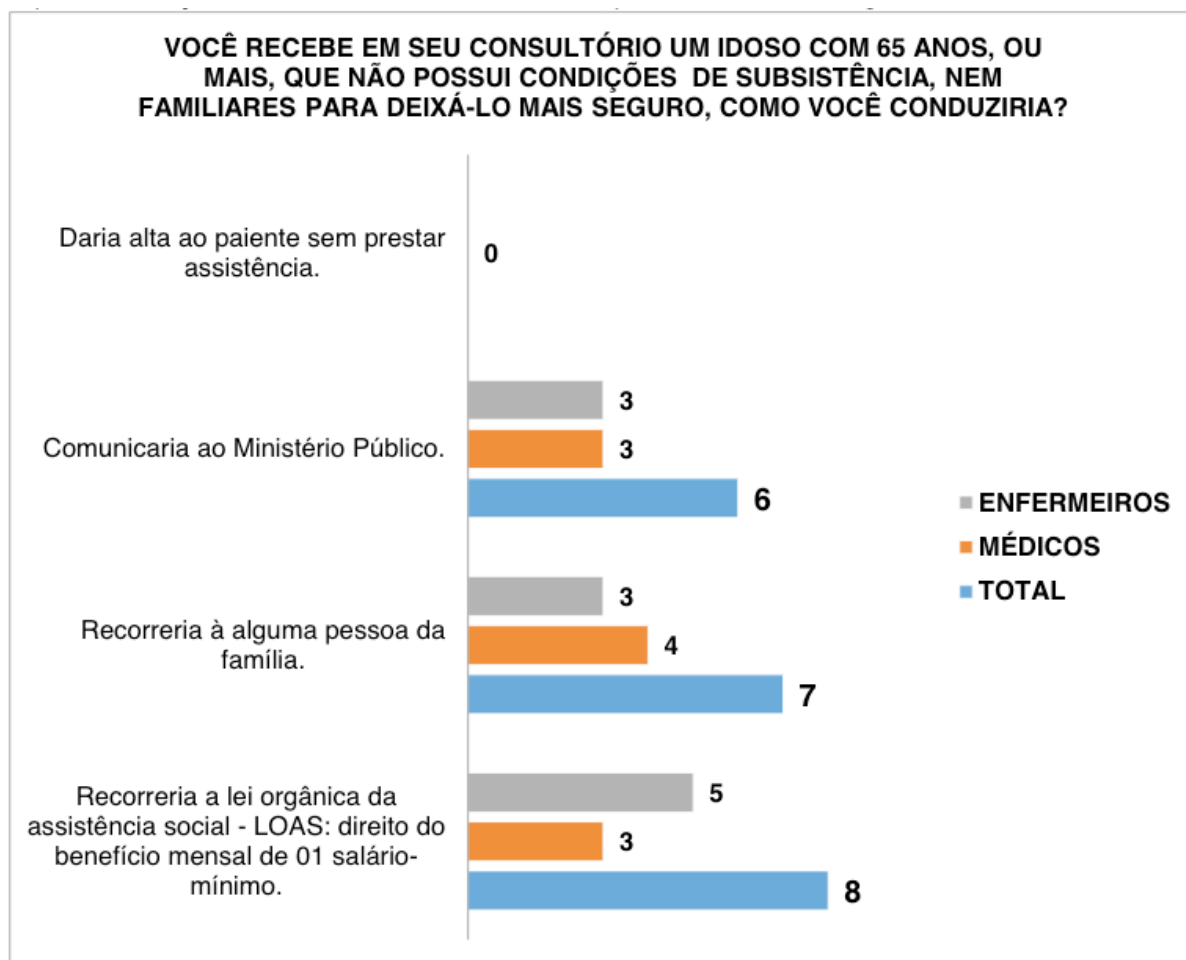


Gráfico 4: Relação Médico-Enfermeiro quanto a um idoso com 65 anos, ou mais, que não possui condições de subsistência, nem familiares para deixá-lo mais seguro, como conduzir.

Fonte: Desenvolvido pelos autores desse artigo, 2019.

Em análise ao gráfico 4, é possível observar que 57,14% marcaram que recorreriam a lei orgânica da assistência social – LOAS: direito do benefício mensal de 01 salário mínimo, sendo desses 71,43% entre os enfermeiros e 24,86% entre os médicos. Quanto ao recorrer a alguma pessoa da família, 50% marcaram essa opção, sendo 24,85% entre os médicos e 57,14% entre os enfermeiros. Quanto a comunicar ao ministério público, 42,86% marcaram essa assertiva em ambas as profissões. Por fim, 0% dos entrevistados marcaram a assertiva de dar alta ao

paciente sem prestar assistência.

Todavia, as únicas assertivas que demonstrariam melhor atitude segundo a legislação vigente seria em recorrer a lei orgânica da assistência social – LOAS: direito do benefício mensal de 01 salário mínimo, recorrer a alguma pessoa da família e a comunicar ao ministério público. Apesar de obter maior adesão às assertivas corretas, tendo em vista a questão anterior, ainda demonstra-se irrefutável a necessidade de mais conhecimento a respeito.

Diante dos direitos expostos e sua complexidade, o estudo quanto o conhecimento de idosos sobre seus direitos e se eles são respeitados, feito por Martins e Massarollo (2010), aponta que 49,2% afirmam conhecer os seus direitos. Sendo os direitos mais apontados pelos idosos foram quanto ao transporte e ao atendimento prioritário. Esses direitos são os mais apresentados pela mídia e explícitos nos estabelecimentos frequentados (MARTINS E MASSAROLLO, 2010).

Além disso, 17,5% dos idosos conhecem alguns dos direitos e 30,2% desconhecem seus direitos. Segundo o estudo, essa porcentagem independe da idade, renda e escolaridade, mas está diretamente relacionada a inserção social do idoso. Apesar disso, a assistente social Maria Eliane Catunda de Siqueira, da PUC-MG, aponta os direitos como algo desconhecido por essa faixa etária, sendo benéfico para a inação do poder público (MARTINS E MASSAROLLO, 2010; NERI, 2007).

Tendo em vista que os meios de comunicação em massa foram apontados como a forma de transmissão aos idosos sobre seus direitos, investir nesse meio seria a melhor abordagem para conscientização. Além disso, a cartilha do idoso também contribuiu com a divulgação no município de São Paulo e o Núcleo de Convivência dos Idosos corrobora com isso, visto que amplia o acesso dos idosos aos recursos sociais (MARTINS E MASSAROLLO, 2010).

Alguns direitos são mais conhecidos, como o direito à passagem gratuita em transportes públicos e à assentos preferenciais, além da prioridade no atendimento, à aposentadoria, à saúde com cuidados específicos como treinamento especial da equipe para atender idosos, ao respeito (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003; BRASIL, 2006; BRASIL, 2000; MARTINS E MASSAROLLO, 2010).

Outros são menos conhecidos, porém não menos importantes. Por exemplo o direito à vacina da gripe, à meia entrada em locais de lazer e para eventos culturais, à proibição de cobrança de taxa especial em planos de saúde, à gratuidade de passagens interestaduais, à proteção contra maus tratos, ao lazer, à educação, à alimentação e à liberdade (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003; BRASIL, 2006; MARTINS E MASSAROLLO, 2010).

É importante perceber que os direitos dos idosos são vastos e que os responsáveis pelo seu cumprimento também o são. Sendo assim, é interessante

salientar que não só os idosos, mas toda população deve conhecer esses direitos para então assegurar que eles sejam cumpridos da melhor forma possível, principalmente por estudos notarem que quem conhece esses direitos geralmente são idosos que não estão em condição de vulnerabilidade. A Figura 1 demonstra de forma simplificada alguns direitos da pessoa idosa (FERREIRA E TEXEIRA, 2014; MARTINS E MASSAROLLO, 2010; GOVERNO FEDERAL, 2018).



Figura 1: Direitos dos Idosos

Fonte: site Legado do Brasil.

Toda sociedade tem o dever de proteger os idosos, fazendo o possível para que seus direitos sejam assegurados, e garantindo que nenhum idoso venha a sofrer por negligência, crueldade, discriminação ou opressão. Diante disso, a figura 1 evidencia de forma sucinta esses direitos. No artigo 3º do Estatuto do Idoso, que afirma ser obrigação da família e da comunidade, além do Poder Público efetivar o direito à alimentação, à saúde, à vida, à educação, à cultura, ao esporte, entre outros. É também falado sobre a prioridade existente dos idosos octogenários sobre os outros idosos (Lei 13.466/17).

Esses direitos, em suma na figura 2, promovem a segurança e respeito ao idosos, sendo esses específicos a esse grupo devido ao envelhecer. Pois a fisiologia promove essas debilidades que dificultam atividades cotidianas e laborais, assegurando assim o bem-estar do idoso.



Figura 2: Resumo dos direitos da pessoa idosa

Fonte: site Cuidar Idoso.

Quando se cita o direito à liberdade é descrito sobre: direito de ir, vir e estar nos lugares públicos e espaços comunitários; direito a ter e expressar sua opinião; direito de possuir sua crença e participar de cultos religiosos que lhe forem agradáveis; direito à praticar esportes e à ter momentos de lazer; direito de participar e conviver com sua família e comunidade; direito de participar da vida política, conforme suas vontades e as leis vigentes; e também o direito de buscar refúgio, ajuda e orientação quando quiser (ESTATUTO DO IDOSO, 2017).

Além disso, é descrito também sobre a prevenção e manutenção da saúde do idoso, essas ações, segundo o Estatuto do Idoso, devem ocorrer através: do cadastro dos idosos no ESF do território em que moram; de ambulatórios de geriatria e gerontologia; de consultas em locais com profissionais especializados na pessoa idosa; de atendimento domiciliar; de métodos para reabilitação da pessoa idosa que já sofre de alguma doença (ESTATUTO DO IDOSO, 2017).

É importante salientar que os idosos tem direito garantido ao exercício da sua atividade profissional, desde que respeitadas as suas condições. Assim, quando houver admissão de alguma pessoa idosa em um emprego, é proibida qualquer tipo de discriminação quanto a idade, não podendo, inclusive, ser fixado limite máximo de idade, salvos os casos em que seja necessário. Em concursos públicos, por exemplo, o primeiro critério de desempate é a idade, tendo preferência quem tem idade mais avançada (ESTATUTO DO IDOSO, 2017).

4 | CONCLUSÃO

A população idosa, diante ao exposto, fica evidente sobre sua longevidade, um

aumento populacional acarretado pelo surgimento de desafios em meio às políticas públicas e ações de promoção e prevenção à saúde, além de problemas de maus tratos, uma realidade ainda presente nos últimos anos. Comprovante, dessa forma, a importância de explicar e esclarecer aos profissionais da saúde os principais tipos de violências praticadas a pessoa idosa, proporcionando maior conhecimento quanto ao assunto.

Apesar de a sociedade ter conhecimento apenas das violências físicas e sexuais, possuem diversos outros tipos cruciais, como medicamentosa, emocional, financeira, de abandono e negligência. Confirmando a relevância da discussão a respeito da temática. Logo, impedir ações de agressividade é respeitar os valores éticos e morais da pessoa idosa que busca uma qualidade de saúde melhor. Dessa forma, cabe a equipe multidisciplinar e multissetorial que prestam atendimentos aos idosos recebam treinamentos com a finalidade de intervir nos atos de violência através da criação estratégias que visam a promoção, proteção e recuperação.

Cabe ressaltar que abordar sobre violência e infração aos direitos dos idosos, é tratar de uma questão de saúde pública grave. Sendo imprescindível o conhecimento sobre os atos de violência praticadas contra os idosos, como física ou mentais. Essas muitas vezes são praticadas pela própria família ou pelo cuidador, podendo resultar em hospitalizações, incapacidades e até mesmo morbidades.

Diante a pesquisa realizada aos profissionais de saúde por meio de um questionário, fica evidente que apesar dos médicos e enfermeiros conviverem com os idosos no seu ambiente de trabalho, ainda é necessário um melhor domínio a respeito de como conduzir um caso de vítima de violência. Tornando fundamental também, maiores conhecimentos da área para auxiliar os idosos quanto aos seus direitos.

É sabido que o conhecimento quanto aos direitos é de suma importância para o convívio na sociedade. No entanto, nem sempre esse conhecimento é uniforme entre todos. A população idosa, principal vítima, sofre com essa complexidade quanto a linguagem presente nos estatutos e no entendimento.

Muitos direitos são passados por despercebíveis como degraus altos nos ônibus e passagem gratuita. Diante disso, são impostas barreiras que impedem a inserção dos idosos no meio social, gerando, muitas vezes, momentos estressantes e desconfortáveis, em que os próprios idosos preferem evitar mesmo tendo direito.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Lucas; NAPOLITANO, Giuliana; No auge. E de saída. **Exame**, São Paulo, v.14, n.03 p. 35-43, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política

Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2006; 20 Out. Seção 1, p. 142.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 1994; 05 Jan. p. 77.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2003; 03 Out. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.048, de 08 de novembro de 2000**. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2000; 09 Nov. p. 1.

CUIDAR IDOSO. Direitos dos idosos têm avanços, mas ainda há muitos desafios. [S. l.]: **Cuidar Idoso**, 2016. Disponível em: <<http://www.cuidaridoso.com.br/blog/100/direitos-dos-idosos-tem-avancos-2C-mas-ainda-ha-muitos-desafios>>. Acesso em: 9 out. 2019

FERREIRA, Ana Paula; TEIXEIRA, Solange Maria. Direitos da pessoa idosa: desafios à sua efetivação na sociedade brasileira. **Revista Argumentum**, Vitória-ES, v. 6, n. 1, p. 160-173, jan/jun 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/download/7486/5758>>. Acesso em: 5 set. 2019.

FEDERAL (Brasil). Ministério da Saúde. **ESTATUTO DO IDOSO**. 2. ed. Brasília-DF: Editora MS, 2007. 70 p. ISBN 85-334-1059-X. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/estatuto_idoso2edicao.pdf>. Acesso em: 5 set. 2019.

FREITAS, Elizabete Viana; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. Ed. Rio de Janeiro, 2017.

GOVERNO FEDERAL. **Confira alguns direitos de idosos no Brasil**. [S. l.], 1 out. 2018. Disponível em: <<http://legado.brasil.gov.br/noticias/cidadania-e-inclusao/2018/10/5binfo-5ddireitos-dos-idosos-01.png/view>>. Acesso em: 9 out. 2019.

JUNIOR, Nelson Figueira. **Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. São Paulo: SMS, 2007. Disponível em: <http://midia.pgr.mpf.gov.br/pfdc/15dejunho/caderno_violencia_idoso_atualizado_19jun.pdf>. Acesso em: 01 de setembro de 2019.

LOPES, Emmanuel Dias de Sousa; FERREIRA, Áurea Gonçalves; PIRES, Carolina Gonçalves; MORAES, Márcia Cristina Souza de; D'ELBOUX, Maria José. Elder abuse in Brazil: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 05, p. 628-638, 2018.

LOPES, Aldcelly Montenegro Pereira. **OS DIREITOS DA POPULAÇÃO IDOSA E A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA E SISTEMA DE PROTEÇÃO**: a realidade do município de Natal/RN. Natal, 2013. Disponível em: <https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/4348/1/AldcellyMPL_Monografia.pdf>. Acesso em 01 set. 2019.

MARTINS, Maristela Santini; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. **Conhecimento de idosos sobre seus direitos**. Acta paulista de Enfermagem, v. 23, n. 4, p. 479-485, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000400006>. Acesso em: 8 set. 2019.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; ANDRADELL, Silvânia Suely Caribé de Araújo; NEVES, Alice Cristina Medeiros das; PEDROSA, Ana Amélia Galas; SILVA, Marta Maria Alves da; MALTA, Deborah de Carvalho. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde-Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 04, p. 2331-2341, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria. In: **Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria**. 2005.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO; E DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO (São Paulo). Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso - GAEPI. **Cartilha do Idoso**. São Paulo: [s. n.], Não informado. 83 p. Disponível em: <<https://www.anadep.org.br/wtksite/cartilhaidoso.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2019.

NASCIMENTO, Grasielle Augusta Ferreira.; ALKIMIN, Maria Aparecida; SOUZA, Ana Maria Viola de; SILVA, Alline Luiza de Abreu; LAGE, Fernanda de Carvalho. **CARTILHA DOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS IDOSAS**: Atualizada com as Leis 13.466/17 e 13.535/17. Lorena - SP: UNISAL, 2018. 12 p. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2018/marco/copy_of_CartilhaUNISAL.pdf>. Acesso em: 8 set. 2019.

NERI, Anita Liberalesso. **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de; GOMES, Ana Cláudia Gonçalves; AMARAL, Cláudia Pereira Machado; SANTOS, Laysa Buriti dos. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 555-566, 2012.

SANCHES, Ana Paula; LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Violência contra idosos: uma questão nova?. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n.1. p. 90-100, 2008.

SANTOS, Ana João; NICOLAU, Rita.; FERNANDES, Ana Alexandre; GIL, A. Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. **Sociologia, problemas e práticas**, v.12, n. 72, p. 53-77, 2013.

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

Data de aceite: 03/03/2020

Data de submissão: 04/12/2019

Hosana da Luz Bezerra Leite dos Santos

Universidade Ceuma, Discente, curso Medicina,
São Luís-Ma

<http://lattes.cnpq.br/9607571693043587>

Laís Ferreira Silva

Universidade Ceuma, Discente, curso Medicina,
São Luís-Ma

<http://lattes.cnpq.br/2122085384074798>

Júlia de Souza Novais Mendes

Universidade Ceuma, Discente curso, Medicina,
São Luís-Ma

<http://lattes.cnpq.br/3726852312630756>

Juliana Silva Carvalho

Universidade Ceuma, Discente, curso Medicina,
São Luís-Ma

<http://lattes.cnpq.br/0263909076137450>

Gilmara Santos Melo Duarte

Universidade Ceuma, Discente, curso Medicina,
São Luís-Ma

<http://lattes.cnpq.br/2503677037936068>

Iury Douglas Calumby Braga

Universidade Ceuma, Discente, curso Medicina,
São Luís-Ma

<http://lattes.cnpq.br/9369196981192070>

Jardenia Lobo Rodrigues

Universidade Ceuma, Discente, curso Medicina,
São Luís-Ma

<http://lattes.cnpq.br/2369811451136163>

Joessica Katiusa da Silva Muniz

Universidade Ceuma, Discente, curso Medicina,
São Luís-Ma

<http://lattes.cnpq.br/9243836540049454>

Mirella Costa Ataídes

Universidade Ceuma, Discente, curso Medicina,
São Luís-Ma

<http://lattes.cnpq.br/9367833677996278>

Gláycinara Lima Sousa

Universidade Ceuma, Discente, curso Medicina,
São Luís-Ma

<http://lattes.cnpq.br/3301110892806349>

Maria Bianca da Silva Lopes

Universidade Ceuma, Discente, curso Medicina,
São Luís-Ma

<http://lattes.cnpq.br/1968949758293024>

Raquel Moraes da Rocha Nogueira

Médica formada na Universidade Federal do
Maranhão. Reumatologista. Mestranda em
Gestão e Saúde Pública na Universidade Ceuma

<http://lattes.cnpq.br/3376560648108151>

RESUMO: Hipertensão pulmonar (HP) associada ao tromboembolismo pulmonar crônico é a única forma potencialmente curável de hipertensão pulmonar, desde que o tratamento cirúrgico seja possível. Existem, entretanto, limitações para o diagnóstico não invasivo definitivo. Apresentamos o caso de uma paciente de 26 anos, com diagnóstico

tardio de hipertensão pulmonar em decorrência do tromboembolismo pulmonar. O reconhecimento dessas condições, as quais apresentam alta mortalidade intra-operatória e baixa resolutividade cirúrgica, é muito difícil na prática clínica. Discutiremos sobre a importância de uma conduta clínica adequada para dar sobrevida e tratar os pacientes com essa patologia.

PALAVRAS – CHAVE: Hipertensão pulmonar, Tomboembolismo pulmonar.

PULMONARY HYPERTENSION SECONDARY TO LATE DIAGNOSIS CHRONIC PULMONARY EMBOLISM: CASE REPORT

ABSTRACT: Pulmonary hypertension (PH) associated with chronic pulmonary thromboembolism is the only potentially curable form of pulmonary hypertension, provided surgical treatment is possible. However, there are limitations to the definitive noninvasive diagnosis. We present the case of a 26-year-old woman with a late diagnosis of pulmonary hypertension due to pulmonary thromboembolism. Recognition of these conditions, which have high intraoperative mortality and low surgical resolution, is very difficult in clinical practice. We will discuss the importance of proper clinical management to improve the survival of patients with this condition.

KEYWORDS: Pulmonary hypertension; Pulmonary thromboembolism.

1 | INTRODUÇÃO

A hipertensão pulmonar engloba um grupo de patologias progressivas cujo principal aspecto em comum é o aumento na resistência vascular pulmonar. Se a patologia não for tratada leva à insuficiência da câmara ventricular direita, causando morbidade e, por fim, morte prematura. Esse distúrbio tem como fisiopatologia principal a vasoconstrição nas artérias pulmonares, causando um hiperfluxo acima dos parâmetros normais de 25mmHg em pressão arterial pulmonar em repouso (PAPm) e 30mmHg no esforço. Porém, em idosos essa pressão pode ser mais elevada, principalmente durante o esforço, mesmo na ausência de qualquer patologia (SILVA, 2017).

Dentre todos os tipos de hipertensão pulmonar, o que despertou maior interesse nas últimas décadas, foi a hipertensão arterial pulmonar (HAP). Vários motivos justificam tal interesse, desde a alta mortalidade associada até a associação com medicamentos (como os derivados de fenfluramina) que determinaram surtos epidêmicos de hipertensão pulmonar (BARBAS, 2009).

É considerada uma doença rara, cuja incidência na Europa é de 1 a 2 casos e prevalência é de 15 casos por milhão de habitantes. Acomete mais mulheres do que homens (na razão de 1,7:1), na idade média de aproximadamente 37 anos de idade (NAVAL, 2010). Ainda não existem dados nacionais sobre a prevalência da HAP.

Entretanto, sabe-se que está em andamento o Registro Nacional de Hipertensão Pulmonar, elaborado pelo Comitê Brasileiro de Hipertensão Pulmonar (Ministério da Saúde, 2014).

Pacientes que apresentam dispneia aos esforços, dor precordial, tontura e/ou síncope e sinais de insuficiência cardíaca direita sem causa evidente devem ser avaliados para HAP. Por apresentar sintomas inespecíficos, a doença não é reconhecida até que esteja relativamente em grau avançado. A radiografia de tórax e o Eletrocardiograma (ECG) possuem baixa acurácia, porém, são os mais acessíveis para realizar triagem no paciente com suspeição de HAP. Durante a triagem se for observado sinais compatíveis com o aumento dos níveis pressóricos na circulação pulmonar, deve-se realizar o cateterismo cardíaco direito (CCD) para confirmação diagnóstica definitiva (HOETTE; JARDIM; SOUZA, 2010).

A hipertensão pulmonar é classificada em 5 grupos: hipertensão arterial pulmonar (HAP), hipertensão pulmonar causada por doença no coração esquerdo, hipertensão pulmonar causada por doença pulmonar e/ou hipóxia, tromboembolismo pulmonar crônico hipertensivo e hipertensão pulmonar com mecanismos multifatoriais não esclarecidos (Ministério da Saúde, 2014). O quarto grupo consiste na hipertensão pulmonar devido a doença trombótica e/ou embólica crônica (mais conhecida como tromboembolismo pulmonar crônico hipertensivo ou TEPCH) (FILHO, 2009).

A hipertensão pulmonar causada por embolia ou trombose crônica é dividida em 3 subgrupos: a) trombose ou embolia das artérias pulmonares proximais; b) obstruções das artérias pulmonares distais; c) embolia pulmonar não trombótica (tumor, parasitas, material estranho) (FILHO, 2009).

O TEPCH pode ser definido como um quadro de hipertensão pulmonar observado após um período mínimo de 3 meses, depois de pelo menos um episódio de embolia pulmonar, desde que excluídas outras causas de hipertensão pulmonar. O diagnóstico de TEPCH é baseado em aspectos clínicos, funcionais e exames de imagem, e frequentemente é confundido com outras formas de hipertensão pulmonar. O tratamento preferencial é cirúrgico, consiste na retirada dos trombos e, em casos selecionados, em transplante pulmonar (FILHO, 2009).

Devido à raridade da doença e a não existência de dados prevalentes no Brasil, torna-se relevante a descrição deste relato. O caso clínico aqui apresentado refere-se a uma paciente jovem, 26 anos, previamente hígida, diagnosticada tardiamente com HAP secundária a TEP crônico e sem fatores de risco associados. Segue em tratamento para melhoria e evolução favorável.

2 | DESCRIÇÃO DO RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 26 anos, branca, ensino médio completo, natural de Tucuruí- PA e residente em São Luís - MA. Procurou atendimento médico de urgência na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Araçagi, em São Luís-MA, com queixas de “falta de ar” há 1 ano. Paciente com história de dispnéia progressiva durante 1 ano, evoluindo com piora significativa após seis meses, associado a edema de membros inferiores, simétricos e ascendente, com presença de petéquias e episódios de hemoptise recorrentes. Negou febre durante este período. Foi regulada para Hospital de alta complexidade, com diagnóstico inicial de broncopneumonia, fazendo uso de antibióticos, porém, sem melhora do quadro. Relatou antecedente pessoal patológico de tuberculose pulmonar tratada e curada, aos 15 anos de idade, e bronquiectasias, diagnosticada há 5 anos. Negou história social de etilismo e tabagismo.

Ao exame clínico admissional, paciente encontrava-se lúcida e orientada no tempo e no espaço, colaborativa e regular estado geral, com turgência de artéria carótida e batimento de fúrcula. Quanto aos exames dos diversos aparelhos nada digno de nota. Aos exames complementares, o FAN e marcadores de doenças autoimunes não reagentes. Aos exames de imagem, a Ultrassonografia do abdome total: fígado de textura heterogênea difusamente; pâncreas de textura heterogênea difusamente; vesícula biliar de paredes espessadas; presença de pequena quantidade de líquido livre peri hepático e periesplênico; evidencia-se derrame pleural bilateral; presença de líquido livre em cavidade pélvica, posteriormente ao útero; Angio-TC de Artérias Pulmonares (Figuras 1 e 2): Opacidades com atenuação em “vidro fosco” de aspecto em retalho ambos os pulmões; Opacidade com características retráteis nos lobos inferiores com bronquiectasias de permeio; Espessamento liso de septos interlobulares em ambos os pulmões; Falha de enchimento em ramos arteriais pulmonares para os lobos inferiores, mais proeminentes à esquerda, onde o ramo arterial pulmonar para o lobo inferior encontra-se obliterado e há material hipodenso na periferia da coluna de contraste. Estas alterações inferem tromboembolismo pulmonar, provavelmente crônico. Aumento do calibre do tronco das artérias pulmonares, que mede 3,1 cm de diâmetro. O ramo direito apresenta-se com calibre normal. Porém, o ramo esquerdo apresenta-se com calibre algo reduzido à custa de material hipodenso previamente descrito. Aumento do volume cardíaco. Aorta torácica com trajeto e calibre normais.

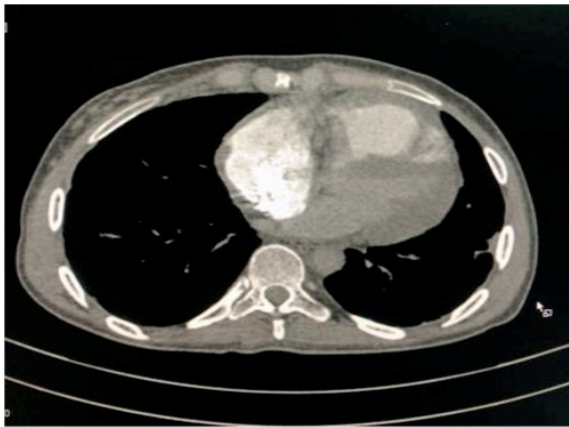


Figura 1 – Angiotomografia de artérias pulmonares.



Figura 2 – Angiotomografia de artérias pulmonares.

3 | DISCUSSÃO

A HP crônica é uma patologia que geralmente se apresenta de forma insidiosa e que possui dificuldade para estabelecer seu diagnóstico e etiologia. Uma das formas de HP crônico que têm particular importância são as associadas ao tromboembolismo crônico, por ser a única forma de HP potencialmente curável, desde que o tratamento cirúrgico por tromboendarterectomia pulmonar seja possível (DIAS et al, 2008).

Na avaliação diagnóstica deve-se priorizar os aspectos clínicos, funcionais e os exames de imagem (cintilografia ventilação/perfusão, arteriografia pulmonar e angiotomografia de tórax) a fim de não confundir a TEPCH com outras formas de hipertensão pulmonar (DIAS et al, 2008).

No TEPCH a dispnéia progressiva, acompanhada ou não de tosse seca, é o principal sintoma. Nos casos mais terminais, associado a este quadro tem-se, síncope e pressão retroesternal, nos quais se observa valores muito elevados da pressão na artéria pulmonar. Apesar de uma clínica bem inespecífica, em indivíduos com fatores predisponente característicos e história de tromboembolismo pulmonar (TEP) prévio, ao associar os exames radiológicos torácicos à clínica há grande chance de elucidação diagnóstica para TEPCH (MARTINS, 2009).

É descrito na literatura que o diagnóstico de TEPCH deve ser considerado em todos os pacientes que apresente dispneia aos esforços físicos sem causa definida, mesmo naqueles com função pulmonar normal ou discretamente alterada em repouso. Além disso, deve-se excluir cardiopatias ou discrasias sanguíneas através de exames de imagem e laboratoriais para o esclarecimento desta patologia (MARTINS, 2009).

No relato de caso apresentado a paciente foi admitida no hospital com diagnóstico de Broncopneumonia e, após avaliação clínica a suspeição foi de HP idiopática por não apresentar fatores de riscos associados ao quadro de dispneia crônica. Dessa

forma, o diagnóstico final e conclusivo para TEPCH foi feito tardiamente através da angiotomografia de artérias pulmonares (MARTINS, 2009).

Dessa forma, observa-se que a incidência de TEPCH é subestimada em decorrência da falta de diagnóstico em muitos casos. O quadro sintomático variável ou a ausência de sintomas prévios de tromboembolismo pulmonar agudo em 63% dos pacientes reforçam a dificuldade no diagnóstico precoce. Contudo, deve-se sempre pensar em TEPCH antes de iniciar tratamento para HP idiopática (JATENE et al, 1991).

O relato de caso apresentado reforça a necessidade de associar uma boa avaliação clínica aos métodos de imagem existentes, a fim de evitar que o paciente seja submetido a um tratamento não condizente com sua patologia e evitar que a indicação cirúrgica seja tardia, uma vez que a TEPCH pode ser curada através da tromboendarterectomia.

4 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, denota-se que a TEPCH é um tipo de HAS comum, porém pouco descrita na literatura médica. Os principais guidelines consideram TEPCH em todos os pacientes que apresentem dispnéia aos esforços físicos sem causa definida.

Relatou-se aqui o caso de uma jovem paciente, previamente hígida, que possuía como queixa dispnéia progressiva há 1 ano, com diagnóstico inicial de broncopneumonia. Aos exames de imagem, constatou-se alterações que inferem tromboembolia pulmonar. Acredita-se que a descrição e publicação desse quadro, oferece à literatura médica recursos para descrição de um perfil de incidência e prevalência desta doença na população mundial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas** Portaria SAS/MS no 35, de 16 de janeiro de 2014, republicada em 06 de junho de 2014 e 23 de setembro de 2014. Hipertensão arterial pulmonar.

DIAS, B. A. et al. **Hipertensão pulmonar associada ao tromboembolismo pulmonar crônico: limitações diagnósticas.** *Jornal de pneumonia.* V. 34, n. 7, 2008.

FILHO, M.T. **Hipertensão pulmonar na doença tromboembólica crônica.** In: *clínica médica, volume 2: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e emergências e terapia intensiva.* Baueri, 2009.

HOETTE, S; JARDIM, C; SOUZA, R. **Diagnóstico e tratamento da hipertensão pulmonar: uma atualização.** *Jornal Brasileiro de Pneumologia,* v. 36, n. 6, p. 795-811, 2010.

JATENE, Fabio Biscegli; BERNARDO, Wanderley Marques; MONTEIRO,

Rosangela. Tromboembolismo pulmonar. **Radiologia Básica em Cirurgia do Tórax, 1991.**

MACHADO, M; BAÑOS-ALVAREZ, I; ALVAREZ-BARRIOS. **Prevalence of pulmonar arterial hypertension in the colombian caribbean.** Cartagena, 2019.

MARTINS, M. A. et al. (Ed.). **Clínica Médica, volume 1: Atuação da Clínica Médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, Medicina laboratorial na prática médica.** Barueri: Manole, 2009.

MARTINS, M. A. et al. (Ed.). **Clínica Médica, volume 2: Doenças Cardiovasculares, Doenças Respiratórias, Emergências e Terapia Intensiva.** Barueri: Manole, 2009.

NAVAL, N. **Epidemiología de la hipertensión pulmonar.** Insuficiencia cardíaca, v. 5, n. 4, p. 192-196, 2010.

OETTE, Susana; JARDIM, Carlos; SOUZA, R. de. **Diagnóstico e tratamento da hipertensão pulmonar: uma atualização.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 36, n. 6, p. 795-811, 2010.

PLÁCIDO, R. et al. **Estratificação prognóstica na hipertensão pulmonar: valor acrescido na abordagem multimarcadores.** Revista portuguesa de cardiologia, Lisboa, 1 de agosto 2017.

SILVA, S. R. R; GOMES L. S. V; PORTO, T. R. **O estado da arte para hipertensão arterial pulmonar: Ênfase em modelos experimentais.** Revista Campos do saber, n. 1, v. 3, 2017.

REIS, A. et al. **Deficiência e seus correlatos clínicos na hipertensão pulmonar medidos pelo World health organization disability assessment schedule 2.0: um estudo prospectivo e observacional.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, Porto Alegre 2019.

IMPACTO DA FALTA DO TRABALHADOR À PRODUTIVIDADE DE UMA EMPRESA

Data de aceite: 03/03/2020

Data de submissão: 25/11/2019

Luana Silva Ribeiro

Instituto Master de Ensino Presidente Antonio Carlos (IMEPAC); Araguari-MG – <http://lattes.cnpq.br/7731229798076581>

Letícia Mendes Oliveira

Instituto Master de Ensino Presidente Antonio Carlos (IMEPAC); Araguari-MG - <http://lattes.cnpq.br/0979689018189948>

Arthur Scalón Inácio

Instituto Master de Ensino Presidente Antonio Carlos (IMEPAC); Araguari-MG - <http://lattes.cnpq.br/6493553506997858>

Milena Doriguetto Carvalho

Instituto Master de Ensino Presidente Antonio Carlos (IMEPAC); Araguari-MG - <http://lattes.cnpq.br/1478865988820491>

Paula Corrêa Bóél Soares

Instituto Master de Ensino Presidente Antonio Carlos (IMEPAC); Araguari-MG - <http://lattes.cnpq.br/2480356431218924>

RESUMO: O objetivo do estudo foi realizar uma investigação a respeito da relação entre produtividade empresarial e o uso de atestados médicos avaliando a possibilidade do uso indiscriminado desses. Foi utilizado levantamento de informações do banco de dados do setor de recursos humanos da

empresa localizada no município de Araguari MG no período de março a agosto de 2016. Descreveu-se os gastos com os funcionários faltosos por meio de cálculo mensal, observando a íntima relação entre o uso de atestados médicos e absenteísmo no trabalho impactando no rendimento da empresa.

PALAVRAS-CHAVE: Atestado de saúde; absenteísmo; produtividade.

IMPACT OF WORKER SHORTAGES ON COMPANY PRODUCTIVITY

ABSTRACT: The aim of the study was to conduct an investigation into the relationship between business productivity and the use of medical certificates assessing the possibility of their indiscriminate use. It was used information gathering from the human resources sector database of the company located in the municipality of Araguari MG from March to August 2016. The expenses with absent employees were described through monthly calculation, observing the close relationship between the use of medical certificates and absenteeism at work impacting the company's income.

KEYWORDS: Health certificate; absenteeism; productivity.

1 | INTRODUÇÃO

O atestado é um documento que reflete o estado do paciente e, se for o caso, cuidados que devem ser tomados aos olhos do médico. Para emitir um atestado, algumas observações devem ser feitas, entre elas, se há necessidade de afastamento do trabalho e por quanto tempo (ARAÚJO, 2014). Eles servem para justificar e/ou abonar as faltas do empregado ao serviço. A justificativa é para que o empregado não tenha a falta contabilizada para advertências ou sua demissão por justa causa. O abono é para que o empregado não tenha o valor descontado de seu salário (RH, 2016).

Para Mônica Pinheiro, o grande desafio das empresas é controlar o absenteísmo, em função dos impactos financeiros que ele produz na própria Companhia e fora dela (na sociedade), em virtude de muitas causas produzirem benefícios previdenciários. O impacto desse absenteísmo está na perda de produtividade do trabalhador ausente, nas horas extraordinárias para os outros empregados, diminuição da produtividade total dos empregados e nos custos incorridos para garantir ajuda temporária, possível perda de negócios ou clientes insatisfeitos.

Partindo desse pressuposto, o presente trabalho visa analisar o impacto do uso indiscriminado de atestados médicos sob a produtividade das empresas, avaliar as patologias mais recorrentes e se de fato cabe o afastamento.

2 | OBSERVAÇÃO DA REALIDADE E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A partir da análise dos dados coletados, verificamos a prevalência dos seguintes motivos de afastamento: 23 funcionários (19%) CID.A90 (DENGUE CLÁSSICA), 22 funcionários (18%) por outros motivos (COMPARECIMENTO, FALECIMENTO DE ENTE, VESTIBULAR E ETC) e 6 funcionários (5%) CID.A09 (DIARRÉIA, GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMÍVEL). Tais motivos geram perda da produtividade da empresa e no caso da patologia mais frequente, neste caso a DENGUE poderia ser evitada com ações preventivas do poder público e ações de conscientização das equipes de atenção básica visando o combate da proliferação do vetor.

3 | PONTOS CHAVE

Fatores imediatos: elementos que estão diretamente associados ao problema

1. Dengue clássica.
2. Comparecimento, falecimento de ente querido, vestibular e etc.
3. Diarreia, gastroenterite de origem infecciosa presumível.

Fatores condicionantes: elementos macro que podem estar influenciando nos problemas

1. Falta de combate ao vetor da dengue.
2. Falta de conscientização a respeito do acúmulo de água.
3. Falta de saneamento básico.
4. Falta de conscientização de higiene alimentar.

4 | OBJETIVOS

O presente trabalho visa investigar se há relação entre produtividade empresarial e o uso de atestados médicos. Junto disso identificar as doenças mais notificadas pelos atestados e avaliaremos se existe o uso indiscriminado de atestados médicos.

5 | METODOLOGIA

A pesquisa em questão foi realizada no supermercado Badião unidade 2 do município de Araguari MG no período de março a agosto de 2016. A investigação ocorreu com abordagem de variáveis quantitativas, de forma retrospectiva e analítica, mediante ao levantamento de informações do banco de dados do setor de recursos humanos da empresa em questão.

O instrumento utilizado foram as planilhas elaboradas pelo setor de recursos humanos e que através delas extraímos o número de dias afastados por mês independente do motivo. Fizeram parte do estudo todos os funcionários da empresa independente da área de atuação e a coleta ocorreu do mês de março a agosto de 2016.

Para o cálculo do valor gasto pela empresa obtivemos o valor de salário médio dos funcionários que é de 1000,00 (um mil reais) e através desse valor foi dividido pelo número de horas mensais (220 horas) e assim obtivemos o valor de 4,54 (quatro reais e cinquenta e quatro centavos) por hora trabalhada.

Cada dia perdido representa 8 horas não trabalhadas que não podem ser descontadas e mais 8 horas gastas a outro profissional que necessita ser remanejado a fazer horas extras para cobrir o funcionário que está afastado. Portanto, os dias perdidos serão multiplicados por 16 horas para que possamos obter a quantidade de horas e assim multiplicar pelo valor/hora médio pago aos funcionários, obtendo assim o valor gasto mensalmente pela empresa com afastamentos oriundos de atestados médicos.

6 | RESULTADOS

Segundo os dados coletados, foi observado que cada funcionário ganha R\$ 4,54 por hora trabalhada e como o turno do trabalhador desta empresa gira em torno de 6 a 8 horas por dia de serviço, e sendo assim a empresa assume gastos com os funcionários faltosos, uma vez que a empresa não apenas tem que garantir o salário do funcionário ausente, como também terá que colocar um substituto no lugar do profissional faltoso. Deste modo, os seguintes valores foram observados, por mês, de gastos com os funcionários que se ausentaram do trabalho:

MARÇO= 37. 16. 4,54= 2.687,00

ABRIL= 112. 16. 4,54 = 8.135,68

MAIO= 59. 16. 4,54 = 4.285,76

JUNHO= 81. 16. 4,54 = 5.883,84

JULHO= 89. 16. 4,54 = 6.464,96

AGOSTO = 61. 16. 4,54 = 4.431,04

7 | APLICAÇÃO À REALIDADE

Dessa forma, seguindo o arco de Maguerez observou-se que há íntima relação entre o uso de atestados e consequente falta do funcionário ao trabalho, com o rendimento da empresa. Para fechar o arco, foi realizada uma ação social de saúde, na qual foram divulgadas as doenças que mais tem atingido o trabalhador no local em questão, bem como foi disponibilizado aos empregados do supermercado Badião as melhores formas de prevenirem-se das patologias em questão.

REFERENCIAS

ARAÚJO, G.M. de. **Normas regulamentadoras, comentadas e ilustradas**: legislação de segurança e saúde no trabalho. 11.ed. Rio de Janeiro: Gerenciamento Verde Editora e Livraria Virtual, 2014. 405 p.

PINHEIRO, Mônica. **Análise do impacto do absteísmo nas empresas**. Disponível em: <http://www.sistemaambiente.net/Monica_Pinheiro/Analise_do_impacto_do_AbsenteisAb_nas_impresas.htm>. Acesso em: 11 set. 2016.

RH, Ponto. **Tudo sobre atestado médico no trabalho**. Disponível em: <<https://www.pontorh.com.br/tudo-sobre-atestado-medico-trabalho/>>. Acesso em: 11 set. 2016.

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

Data de aceite: 03/03/2020

Data de submissão: 03/01/2019

Marina Ressorre Batista

Universidade do Vale do Rio dos Sinos,
Departamento de Mestrado em Nutrição e
Alimentos.

São Leopoldo – Porto Alegre.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1518401333261051>

Priscila Schmidt Lora

Universidade do Vale do Rio dos Sinos,
Departamento de Mestrado em Nutrição e
Alimentos.

São Leopoldo – Porto Alegre.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2050856614268775>

Rochele Cassanta Rossi

Universidade do Vale do Rio dos Sinos,
Departamento de Mestrado em Nutrição e
Alimentos.

São Leopoldo – Porto Alegre.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0627260486404735>

RESUMO: Em 1972, na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários à Saúde, a OMS reconheceu o uso de plantas medicinais e fitoterápicos como opção terapêutica e recomendou a difusão e inserção

da fitoterapia nos programas de Atenção Primária a Saúde (APS). O Sistema Único de Saúde (SUS) indica a fitoterapia como terapêutica integrativa e complementar à saúde e propõe políticas e normatizações específicas desta prática. Trata-se de uma pesquisa de campo, realizada entre o ano 2017 e 2018, na atenção básica do município de Mineiros-GO, com o objetivo de apontar as plantas medicinais e fitoterápicos mais utilizadas pelos usuários da ESF, assim como os mais prescritos pelos profissionais e ainda ressaltar o interesse dos gestores com relação a facilitar e ampliar o acesso a essas terapias. Pode-se avaliar as principais dificuldades encontradas pelos prescritores com relação indicação destes medicamentos, relacionando-as com ano e modelo de formação, interesse pessoal na temática e disponibilidade para participar de oficinas promovidas a partir dos dados elencados. Com relação aos usuários, pode-se conhecer perfil de faixa etária, escolaridade e frequência de uso, além do interesse que essas terapias estejam disponíveis na rede básica para consumo. Entre os gestores, observou-se a preocupação com o custeio de programas que valorizem as plantas medicinais e fitoterápicos, mesmo com o advento das PIC`S, pontuando escassez de do financiamento. Foi elaborado no final do estudo material didático com a finalidade de atingir dois públicos, usuários e

prescritores, esclarecendo dúvidas e apontando medicamentos mais utilizados em nossa região.

PALAVRAS-CHAVE: Plantas medicinais; fitoterapia; atenção básica;

PERSPECTIVE OF ACCESS TO MEDICINAL PLANTS AND PHYTOTHERAPY IN PRIMARY HEALTH CARE IN MUNICIPALITY OF MINEIROS-GO

ABSTRACT: In 1972, at the International Conference on Primary Health Care, WHO recognized the use of herbal and medicinal plants as a therapeutic option and recommended the diffusion and insertion of phytotherapy into Primary Health Care (PHC) programs. The Unified Health System (UHS) indicates phytotherapy as an integrative and complementary therapy to health and proposes specific policies and regulations of this practice. It is a field research, carried out between 2017 and 2018, in the primary care of the municipality of Mineiros-GO, aiming to point out the medicinal and phytotherapeutic plants most frequently used by PHC users, as well as those most prescribed by the professionals and also highlight the interest of managers in facilitating and expanding access to these therapies. It is possible to evaluate the main difficulties encountered by the prescribers regarding the indication of these drugs, relating them to the year and model of training, personal interest in the subject and availability to participate in workshops promoted from the data listed. With regard to the users, it is possible to know the profile of age, schooling and frequency of use, besides the interest that these therapies are available in the basic network for consumption. Among the managers, there was concern about the cost of programs that value medicinal plants and herbal medicines, even with the advent of PIC`S, indicating a shortage of financing. Didactic material was elaborated at the end of the study with the purpose of reaching two publics, users and prescribers, clarifying doubts and pointing out more used medicines in our region.

KEY-WORDS: Medicinal plants, phytotherapy and basic care;

1 | INTRODUÇÃO

Os fitoterápicos são medicamentos preparados exclusivamente de plantas, ou parte delas, que possuem propriedade reconhecida de cura, prevenção, diagnóstico ou tratamento sintomático de doenças, validadas por estudos etnofarmacológicos, documentação técnico-científica ou ensaios clínicos (BRASIL, 2004).

Historicamente as plantas medicinais impactam na prevenção e no tratamento às doenças, bem como, na descoberta de novos fármacos (BRASIL, 2006). A evidência coloquial apresenta um longo histórico de utilização destas, mas somente nas últimas décadas o interesse pelos fitoterápicos tem aumentado entre os pesquisadores, usuários e serviços de saúde (ROSA, 2011).

O conhecimento sobre a utilização de plantas medicinais existe em todo mundo,

no entanto, em países em desenvolvimento, sua prática é mais efetiva. O fator socioeconômico está diretamente relacionado a tal afirmação, levando à restrição de medicamentos industrializados a população de baixa renda, o que leva a utilização de fitoterápicos com maior frequência (ARAUJO, 2014).

No Brasil, o governo brasileiro aprovou, em 2006, duas políticas públicas que inserem no Sistema Único de Saúde (SUS) a utilização de práticas alternativas e complementares no restabelecimento da saúde: a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) por meio da Portaria N° 971 de 3 de maio de 2006 e a Política Nacional de Plantas Medicinal e Fitoterápico (PNPMF) em 22 de junho de 2006 por meio do Decreto n°. 5.813. O SUS disponibiliza os fitoterápicos como recurso terapêutico integrativo e complementar a saúde e dispõe de políticas públicas e normatizações específicas que buscam institucionalizar esta prática (BRASIL, 2006; FONTONELE, 2013).

A cidade de Mineiros está situada no sudoeste do estado de Goiás, cortada pela rodovia BR364 e GO 341 distante da capital Goiânia 420 km. Em seu território encontra-se o Berço da nascente do rio Araguaia, portal do Parque Nacional das Amas, reserva natural do cerrado brasileiro. A população de mineiros hoje está estimada em 62.750 (IBGE, 2018) pessoas. Atualmente existem 9 Unidade Básica de Saúde (UBS) distribuídas nos bairros do município, sendo a cobertura estimada para 2018 de 100% da população (BRASIL, 2017).

Por volta de 1890 o negro alforriado Chico Moleque e sua família instalaram-se aos arredores da fazenda Flores do Rio Verde e deram origem a uma comunidade quilombola, que mais tarde receberia o nome de Comunidade Quilombola do Cedro, em referência a uma espécie abundante na região (OLIVEIRA, 2015; SILVA, 2012; THIAGO, 2011).

A comunidade ocupa-se de métodos e formas tradicionais de organização cultural e social, por intermédio das quais foram preservados conhecimentos etnobotânicos, medicina tradicional e danças típicas africanas. Os conhecimentos sobre medicina tradicional que são fortemente difundidos, foram adquiridos por vivências do dia a dia, e são transmitidos entre gerações (SILVA, 2012).

Em 1998 foi criado um Centro Comunitário de Plantas Medicinais, apresentando-se como estratégia para preservar o conhecimento etnobotânico da região e destinado a preparação controlada de remédios populares produzidos a partir das plantas medicinais, com a finalidade de atender a comunidade e a população próxima ao centro comunitário (SILVA, 2012; THIAGO 2011).

A população e os profissionais de saúde de Mineiros, tem uma formação cultural e social que se entremeia com a cultura do uso das plantas medicinais e fitoterapia. Observando tal situação esse estudo teve como questão norteadora, quais estratégias podem ampliar o acesso as Plantas Medicinais e Fitoterápicos na

Atenção Primária à Saúde no Município de Mineiros-GO.

O objetivo desse estudo foi pesquisar quais aspectos podem auxiliar na ampliação do uso de plantas medicinais e fitoterápicos no município de Mineiros.

2 | METODOS

Trata-se de um estudo de levantamento (SURVEY) que será base para uma intervenção futura. O campo de estudo foi cidade de Mineiros está situada no sudoeste do estado de Goiás. A cobertura de ATB Municipal subiu de 31,90% em 2013 para 100% em 2018, estando hoje a disposição dos munícipes 20 equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF), compostas de 6 a 7 pessoas cada. O município conta ainda com duas equipes de Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASF) e duas Academias da Saúde. Todas as equipes são compostas minimamente por 1 enfermeira, 1 médico, 1 técnica em enfermagem além de 2 profissionais de recepção e serviços gerais. Destas 20 equipes, 5 unidades contam com um profissional odontólogo e um auxiliar em saúde bucal (BRASIL, 2017). O estudo foi realizado no ano de 2017 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS com parecer número 2.634.130.

Esse projeto foi desenvolvido com base no método de pesquisa intervenção adaptado do método proposto por SANTOS e TESSER (2012), compreendido, nas seguintes fases:

Fase 1 (estabelecimento de responsáveis) - os responsáveis para o desenvolvimento do plano foram definidos por uma reunião com os profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde, interessados na temática e os gestores do município.

Fase 2 (análise situacional) - a análise situacional foi realizada por um estudo descritivo quantitativo através de questionários de perguntas fechadas e abertas que investigaram o consumo de plantas medicinais e fitoterápicos pelos usuários Atenção Primária à Saúde (Instrumento 1 – APENDICE A). Nessa análise situacional foi identificado ainda os profissionais que indicam Plantas Medicinais e Fitoterápicos, as plantas e fitoterápicos comumente utilizados pela comunidade e prescritos pelos profissionais e as barreiras e facilitadores para o uso destas terapias conforme os três grupos de participantes (usuários e profissionais).

A amostra utilizada para desenvolver o estudo, foram todos aqueles que se enquadraram no critério de inclusão exclusão, sendo adultos com idade superior a 18 anos, função cognitiva sem alteração e usuários da ATB de Mineiros. Foi avaliado neste projeto três grupos de participantes, que são descritos no Quadro 1 com seus respectivos critérios de inclusão e exclusão.

Os usuários submetidos ao questionário foram aqueles que buscaram o serviço para qualquer especialidade, visando de forma abrangente avaliar a aceitabilidade da terapia tradicional através do uso de plantas medicinais e fitoterápicos. Na análise dos dados foi estratificado os possíveis fatores de confusão (especialidade médica, condição de base, agravo, escolaridade, renda familiar, etc.) e sendo aplicado no período de 45 dias a todos usuários que buscaram atendimento nas ESF pelo turno da manhã.

| Grupo de participantes | Critérios de inclusão | Critérios de exclusão |
|---|--|--|
| (1) Usuários do SUS na Atenção Primária | Adultos (idade superior a 18 anos) Função cognitiva sem alteração. | Não ser atendido pela Atenção Básica no Município de Mineiros-GO |
| (2) Profissionais que atuam na Atenção Primária | Profissionais que segundo a legislação podem prescrever plantas medicinais ou fitoterápicos | Estarem afastados do serviço por qualquer critério |
| (3) Gestores do município | Possuírem cargo de chefia e coordenação (chefia e superintendência relacionados a atenção básica). | Estarem afastados do serviço por qualquer critério |

Quadro 1: Critérios e inclusão e exclusão dos participantes.

Fonte: Elaborado pela autora.

Os dados das perguntas fechadas foram avaliados por estatística descritiva, variáveis quantitativas e apresentados por média e desvio padrão ou mediana e amplitude (conforme a distribuição dos dados) além de variáveis categóricas apresentadas por frequência absoluta e relativa. As respostas das perguntas abertas foram agrupadas por categorias a apresentadas por frequência.

3 | RESULTADOS

Os gestores pontuaram como principais dificuldades quanto ao uso de fitoterápico a falta de adesão dos prescritores e de recursos financeiros. Quanto aos profissionais de saúde os médicos e enfermeiros são os que mais indicam o uso

fitoterápicos. Deste nenhum possuíram conteúdo específico sobre o assunto durante a graduação.

Na análise dos dados em torno da população o consumo de plantas medicinais e fitoterápicos ocorre em indivíduos acima 31 anos, sendo os fitoterápicos mais citados o Hedera, Ginkobiloba e Passiflora. Entre a população analfabeta ou com nível médio incompleto não houve referência ao uso de fitoterápicos. Quanto a renda familiar entre pessoas com salário de R\$4.427,36 ou mais, o consumo de plantas medicinais é acima de 95,23%.

4 | DISCUSSÕES

4.1 Gestores da atenção primária à saúde de Mineiros

A gestão da Atenção Primária a Saúde do município de Mineiros é composta pela secretária municipal de saúde (administradora), pelas superintendências de administração (odontóloga), de compras e abastecimento (farmacêutica), de regulação controle e avaliação (assistente social) e de coordenação de Atenção Básica (enfermeira). Os gestores municipais foram abordados com dois questionamentos a seguir: os aspectos facilitadores para a implantação e as barreiras na ampliação do acesso a plantas medicinais e fitoterápicas.

Como fatores que facilitariam a implantação citam como adventos principais a formação etnocultural, aceitação popular, além da abundância com que as plantas são encontradas na região. Outro aspecto citado, foi “*a presença no município de laboratório de beneficiamento de plantas medicinais*” fazendo referência ao laboratório de plantas medicinais da comunidade quilombola do Cedro, que por diversas vezes e lembrado também pela população como local de obtenção de plantas. O surgimento e ascensão das Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PIC's) e incentivo para redução da utilização de medicamentos industrializados foi referido por dois entrevistados.

Quanto às dificuldades encontradas, a falta de adesão por parte dos prescritores e escassez de recursos financeiros destinados para este fim, foram os mais referidos. Mencionaram ainda a carência de capacitações e inclusão de conteúdos referentes a fitoterapia e plantas medicinais na grade curricular dos cursos da saúde.

4.2 População assistida pela atenção básica

De acordo com os dados da Tabela 1, foi possível identificar as plantas medicinais mais utilizadas pelos indivíduos de acordo com a faixa etária, ficando evidente o maior consumo destas plantas pela população acima 31 anos. As plantas medicinais mais citadas pelos usuários foram boldo, erva cidreira, hortelã, gengibre, respectivamente. Estas foram aclimatadas a nossa região e cultivadas em quintais

e hortas.

| IDADE (anos) | NUMERO DE PESSOAS QUE USAM PLANTAS MEDICINAIS | ESPÉCIES CITADAS | NUMERO DE CITACOES | TOTAL DE PESSOAS ENTREVISTAS |
|---|---|--|--------------------|------------------------------|
| 18-30 | 7 (53,84%) | Alfavaca (<i>Ocimumbasilicum</i>) | 1 | 13 |
| | | Boldo (<i>Peumusboldus</i>) | 3 | |
| | | Caferana(<i>Tachiaguyanensis</i>) | 1 | |
| | | Camomila (<i>Matricariachamomilla</i>) | 1 | |
| | | Erva cidreira (<i>Melissa officinalis</i>) | 3 | |
| | | Gengibre (<i>Zingiberofficinale</i>) | 2 | |
| | | Hortelã (<i>Mentha</i>) | 3 | |
| | | Losna (<i>Artemisiaabsinthium</i>) | 1 | |
| | | Sucupira (<i>Pterodonemarginatus</i>) | 1 | |
| 31-40 | 13 (100%) | Açafrão (<i>Curcuma longa</i>) | 3 | 13 |
| | | Alecrim (<i>Rosmarinusofficinalis</i>) | 2 | |
| | | Alho (<i>Alliumsativum</i>) | 2 | |
| | | Arnica (<i>Arnica montana</i>) | 1 | |
| | | Babosa (<i>Aloe vera</i>) | 1 | |
| | | Barbatimão (<i>Stryphnodendron</i>) | 5 | |
| | | Boldo (<i>Peumusboldus</i>) | 4 | |
| | | Canela (<i>Cinnamomumverum</i>) | 1 | |
| | | Cavalinha (<i>Equisetum</i>) | 2 | |
| | | Cravo (<i>Syzygiumaromaticum</i>) | 1 | |
| | | Douradinha (<i>Waltheria douradinha</i>) | 2 | |
| | | Erva cidreira (<i>Melissa officinalis</i>) | 5 | |
| | | Espineira santa (<i>Maytenusilicifolia</i>) | 2 | |
| | | Gengibre (<i>Zingiberofficinale</i>) | 4 | |
| | | Hortelã (<i>Mentha</i>) | 4 | |
| | | Hortelã gordo (<i>Plectranthus amboinicus</i>) | 2 | |
| | | Jatobá (<i>Hymenaea courbaril</i>) | 1 | |
| | | Limão (<i>Citrus limon</i>) | 1 | |
| | | Manjericão (<i>Ocimum basilicum</i>) | 1 | |
| | | Pau ferro (<i>Libidibia férrea</i>) | 1 | |
| Poejo (<i>Mentha pulegium</i>) | 1 | | | |
| Quina (<i>Cinchona officinalis</i>) | 1 | | | |
| Sabugueiro (<i>Sambucus nigra</i>) | 1 | | | |
| Sangra d'água (<i>Croton urucurana</i>) | 1 | | | |
| Sucupira (<i>Pterodonemarginatus</i>) | 2 | | | |

| | | | | |
|-------|------------|--|---|---|
| | | Açafrão (<i>Curcuma longa</i>) | 1 | |
| | | Alecrim (<i>Rosmarinus officinalis</i>) | 3 | |
| | | Babosa (<i>Aloe vera</i>) | 1 | |
| | | Boldo (<i>Peumus boldus</i>) | 4 | |
| | | Camomila (<i>Matricaria chamomilla</i>) | 3 | |
| | | Canela (<i>Cinnamomum verum</i>) | 1 | |
| 41-50 | 5 (83,33%) | Coentro (<i>Coriandrum sativum</i>) | 1 | 6 |
| | | Erva cidreira (<i>Melissa officinalis</i>) | 2 | |
| | | Gengibre (<i>Zingiber officinale</i>) | 2 | |
| | | Goiabeira (<i>Psidium guajava</i>) | 1 | |
| | | Hibisco (<i>Hibiscus</i>) | 1 | |
| | | Hortelã (<i>Mentha</i>) | 1 | |
| | | Unha de gato (<i>Uncaria tomentosa</i>) | 1 | |
| | | Abacaxi (<i>Ananas comosus</i>) | 1 | |
| | | Açafrão (<i>Curcuma longa</i>) | 4 | |
| | | Alecrim (<i>Rosmarinus officinalis</i>) | 1 | |
| | | Alfazeme (<i>Lavandula angustifolia</i>) | 1 | |
| | | Alho (<i>Allium sativum</i>) | 1 | |
| | | Arnica (<i>Arnica montana</i>) | 1 | |
| | | Babosa (<i>Aloe vera</i>) | 1 | |
| | | Boldo (<i>Peumus boldus</i>) | 1 | |
| 51-60 | 6 (66,66%) | Camomila (<i>Matricaria chamomilla</i>) | 1 | 9 |
| | | Douradinha (<i>Waltheria douradinha</i>) | 1 | |
| | | Erva cidreira (<i>Melissa officinalis</i>) | 2 | |
| | | Farinha de soja (<i>Glycine max</i>) | 1 | |
| | | Gengibre (<i>Zingiber officinale</i>) | 2 | |
| | | Hortelã (<i>Mentha</i>) | 2 | |
| | | Lima de bico (<i>Citrus aurantifolia</i>) | 1 | |
| | | Manjeriço (<i>Ocimum basilicum</i>) | 1 | |
| | | Sucupira (<i>Stryphnodendron</i>) | 1 | |
| 61-70 | 2 (100%) | Barbatimão (<i>Stryphnodendron</i>) | 1 | 2 |
| | | Quina (<i>Cinchona officinalis</i>) | 1 | |
| | | Alfavaca (<i>Ocimum basilicum</i>) | 1 | |
| | | Anador (<i>Justicia pectoralis</i>) | 1 | |
| + 70 | 3 (100%) | Arnica (<i>Arnica montana</i>) | 1 | 3 |
| | | Babosa (<i>Aloe vera</i>) | 1 | |
| | | Barbatimão (<i>Stryphnodendron</i>) | 1 | |
| | | Boldo (<i>Peumus boldus</i>) | 3 | |
| | | Camomila (<i>Matricaria chamomilla</i>) | 1 | |
| | | Carapia (<i>Dorstenia cayapia</i>) | 1 | |

| | |
|--|---|
| Coentro (<i>Coriandrum sativum</i>) | 1 |
| Erva cidreira (<i>Melissa officinalis</i>) | 2 |
| Hortelã (<i>Mentha</i>) | 1 |

Tabela 1: Plantas medicinais mais utilizadas de acordo com as faixas-etárias

Fonte: elaborada pelo autor

Os números descritos na Tabela 1 e Tabela 2 se assemelham, podendo identificar que a população entrevistada que compreende entre a faixa etária de 31 a 40 anos foram os que mais referiram fazer uso tanto de plantas medicinais quanto de fitoterápicos.

Os fitoterápicos mais citados pelos entrevistados, foram o Hedera, Ginkobiloba e Passiflora. Destes, somente a Ginkobiloba faz parte da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) do município de Mineiros.

| IDADE (anos) | NUMERO DE PESSOAS QUE USAM FITOTERAPICO | ESPÉCIES CITADAS | NÚMERO DE CITACOES | TOTAL DE PESSOAS ENTREVISTAS |
|--------------|---|--|--------------------|------------------------------|
| 18-30 | 2 (15,38%) | Ginkobiloba (<i>Ginkobiloba</i>) | 2 | 13 |
| | | Passiflora (<i>Passiflora incarnata</i>) | 1 | |
| | | Fisioton (<i>Rhodiola rósea</i>) | 1 | |
| | | Guaco (<i>Mikaniaglomerata Spreng</i>) | 1 | |
| 31-40 | 6 (46,15%) | Hedera (<i>Hederahelix</i>) | 4 | 13 |
| | | Melagriao (<i>Nasturtiumofficinale</i>) | 1 | |
| | | Passiflora (<i>Passiflora incarnata</i>) | 1 | |
| | | Tamarine (<i>Tamarindus indica</i>) | 1 | |
| | | Óleo de copaíba (<i>Copaifera langsdorfii</i>) | 1 | |
| 41-50 | 2 (33,33%) | Nenhuma citação | | 6 |
| 51-60 | 3 (33,33%) | Ginkobiloba (<i>Ginkobiloba</i>) | 1 | 9 |
| | | Hedera (<i>Hederahelix</i>) | 1 | |
| | | Isouit (isoflavonas de soja) | 1 | |
| | | Valeriana (<i>Valeriana officinalis</i>) | 1 | |
| 61-70 | 0 | Nenhuma citação | | 2 |
| + 70 | 0 | Nenhuma citação | | 3 |

Tabela 2: Fitoterápicos Mais Utilizadas De Acordo Com As Faixas-Etárias

Fonte: Elaborada Pelo Autor

Na Tabela 3 é apresentada a relação entre a escolaridade o consumo de plantas medicinais e fitoterápicos. Ao contrário do estudo de Fernandes (2004) e Brasileiro (2008) observou se que entre pessoas mais instruídas, o consumo foi significativamente maior, tanto para os fitoterápicos como para as plantas medicinais. Constatou-se que a população analfabeta ou com nível médio incompleto, não referiu fazer uso de fitoterápicos.

| ESCOLARIDADE | NUMERO DE ENTREVISTADOS QUE UTILIZAM PLANTAS MEDICINAIS | NUMERO DE ENTREVISTADOS QUE UTILIZAM FITOTERAPICOS | TOTAL DE ENTREVISTADOS |
|--|--|---|-------------------------------|
| Analfabeto/ Fundamental I incompleto | 3 (75%) | - | 4 |
| Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto | 2 (66,66%) | - | 3 |
| Fundamental II completo/ Médio incompleto | 2 (100%) | - | 2 |
| Médio completo/ Superior incompleto | 11 (73,33%) | 5 (33,33%) | 15 |
| Superior completo | 19 (86,36%) | 8 (36,36%) | 22 |

Tabela 3: Utilização De Plantas Medicinais E Fitoterápicos De Acordo Com A Escolaridades

Fonte: Elaborada Pelo Autor

Na Tabela 4 foi analisado o consumo de fitoterápicos e plantas medicinais em relação a renda familiar e observado que entre os usuários cuja renda familiar é de R\$4.427,36 ou mais, o consumo de plantas medicinais é superior a 95,23%, ultrapassado aqueles entrevistados de menor renda. Atribui esse fato ao maior acesso a informação, cultura e ao advento da medicina biologicista como cita Ceolin (2009). Quanto ao consumo de fitoterápicos, somente 15 dos 45 entrevistados, o que representa 33,33% relataram utilizar.

| RENDA FAMILIAR (R\$) | NUMERO DE ENTREVISTADOS QUE UTILIZAM PLANTAS MEDICINAIS | NUMERO DE ENTREVISTADOS QUE UTILIZAM FITOTERAPICOS | TOTAL DE ENTREVISTADOS |
|----------------------|---|--|------------------------|
| 639,78 | 2 (66,66%) | 1 (33,33%) | 3 |
| 1 446,24 | 4 (44,44%) | 1 (11,11%) | 9 |
| 2 409,01 | 10 (76,92%) | 7 (53,84%) | 13 |
| 4 427,36 | 7 (100%) | 2 (28,57%) | 7 |
| 8 695,88 | 10 (90,90%) | 4 (36,36%) | 11 |
| 20 272,56 | 3 (100%) | - | 3 |

Tabela 4: Perfil De Entrevistado Que Utilizam Fitoterápicos E Medicinais De Acordo Com A Renda Familiar

Fonte: Elaborada Pelo Autor

4.3 Profissionais que prestam assistência a atenção básica

Em relação aos fitoterápicos e plantas medicinais utilizados pelos profissionais da ATB e a frequência em que os profissionais de saúde indicam fitoterápicos e plantas medicinais, foram entrevistados 21 profissionais das mais distintas áreas de atuação, ano de formação (Gráfico 1), perfis profissionais e níveis de graduação.

Quanto ao ano de formação desses profissionais, 38,9% dos entrevistados relataram ter concluído a graduação entre 2009-2014, sendo que estes, na sua totalidade, relataram não ter tido contato com disciplinas relacionadas à fitoterapia e plantas medicinais durante a graduação, sendo dados citando este dado como fator dificultante e limitador na hora da prescrição. Dados semelhantes foram encontrados no trabalho que pesquisou a intenção de uso da fitoterapia na Atenção Básica de Canoas-RS, trabalho realizado com 27 médicos (ROSA, 2011), e assim como Borcard (2015), os entrevistados relataram não ter cursado nenhuma disciplina que abordasse a fitoterapia em seu conteúdo programático.

ANO DE FORMAÇÃO

■ 2015-2017 ■ 2009-2014 ■ 2003-2008 ■ 1997-2002 ■ outro-2018

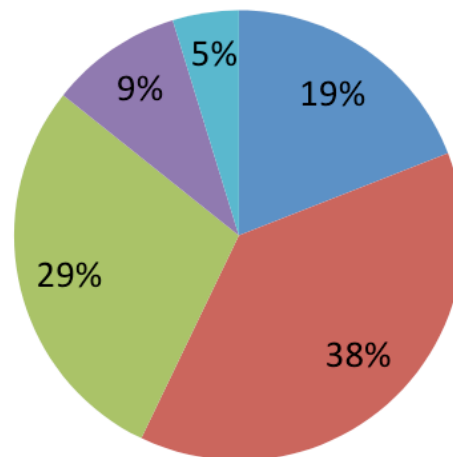


Gráfico1: Profissionais da atenção básica entrevistados – ano de formação

Fonte: elaborado pelo autor

Após compilação de dados pode-se perceber que quanto ao uso de fitoterápicos, os médicos são os que mais indicam a terapia e que esboçam maior interesse sobre o elenco disponível na rede básica e farmácias comerciais.

Observamos também que semelhante ao estudo de Varela (2014), realizado na ATB de Caicó-RN, os médicos que mais indicam fitoterápicos e plantas medicinais, são aqueles que tem o ano de formação mais recente, número em parte justificado pela grade curricular fundamentada no modelo biomédico, dessa forma, praticas consideradas não convencionais eram marginalizadas pela academia. Hoje sabe-se que existe uma tendência de incentivo a inserção das PIC'S nos cursos de medicina.

Os números descritos e analisados na Tabela 5, mostram que entre profissionais prescritores, os medicamentos mais indicados são a Ginkobiloba, Hedera, Passiflora e Tamarine. De forma geral os fototerápicos e plantas medicinais citados pelos profissionais e usuários se assemelham.

Outro dado que vale ser ressaltado, é a notória preferência pelos termos “aconselhar, indicar, sugerir” em substituição ao termo prescrever, sempre que fizemos alusão a fitoterapia, plantas medicinais ou discutiu-se PIC's. Entre os participantes do estudo, pode-se verificar que a intenção de uso de fitoterápicos e plantas medicinais é maior entre aqueles que detém maior conhecimento da temática. O que reforça a necessidade de investimento em educação permanente.

Durante a aplicação dos questionários, pode-se perceber uma situação semelhante à descrita no estudo de 2015 em Juiz de Fora realizado por Bocard (2015), onde a maioria dos entrevistados não conseguiam distinguir com precisão o

conceito de plantas medicinais e fitoterápicos.

| PROFISSIONAIS | FITOTERAPICOS | NUMERO TOTAL DE ENTREVISTADOS |
|----------------------|---|-------------------------------|
| Médico | Alho (<i>Allium sativum</i>) | 6 |
| | Castanha da Índia (<i>Aesculus hippocastanum</i>) | |
| | Creme de Arnica (<i>Arnica montana</i>) | |
| | Dente de Leão (<i>Taraxacum officinale</i>) | |
| | Ginkobiloba (<i>Ginkgo biloba</i>) | |
| | Guaco (<i>Mikania glomerata Spreng.</i>) | |
| | Hedera (<i>Hedera helix</i>) | |
| | Passiflora (<i>Passiflora incarnata</i>) | |
| | Tamarine (<i>Tamarindus indica</i>) | |
| | Valeriana (<i>Valeriana officinalis</i>) | |
| Enfermeiro | Ginkobiloba (<i>Ginkgo biloba</i>) | 8 |
| | Hedera (<i>Hedera helix</i>) | |
| | Passiflora (<i>Passiflora incarnata</i>) | |
| | Sintocalmy | |
| | Tamarine (<i>Tamarindus indica</i>) | |
| Nutricionista | Camomila (<i>Matricaria chamomilla</i>) | 1 |
| | Canela (<i>Cinnamomum verum</i>) | |
| | Chá verde (<i>Camellia sinensis</i>) | |
| | Erva cidreira (<i>Melissa officinalis</i>) | |
| | Gengibre (<i>Zingiber officinale</i>) | |
| Dentista | Hibisco (<i>Hibiscus</i>) | 2 |
| | Hortelã (<i>Mentha</i>) | |
| | Chá de folha de batata (<i>Solanum tuberosum</i>) | |
| Farmacêutico | Não fazem uso | 4 |

Tabela 5: Fitoterápicos E Plantas Medicinais Prescritos Pelos Profissionais Entrevistados

Fonte: Elaborada Pelo Autor

A Tabela 6 mostra que os médicos são os que mais recomendam a terapia com fitoterápicos, seguido dos enfermeiros, nutricionista e odontólogos. Percebe-se também que entre os prescritores há uma preferência maior pelos fitoterápicos, quando avaliados os usuários. Os trabalhadores entrevistados, em sua totalidade, afirmaram ter interesse em participar de capacitação acerca do uso de plantas medicinais e fitoterápicos, caso este for disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde e coordenação de Atenção Básica.

Em estudo realizado na atenção básica de Juiz de Fora - MG, 142 profissionais

foram entrevistados, não houve nenhum registro da correta definição de fitoterapia ou conhecimento das políticas vigentes. Resultado semelhante encontrado entre os profissionais da ATB de Mineiros, que por diversas vezes recorreram a mídias digitais para facilitarem/esclarecerem dúvidas acerca dos termos apresentados nos questionários.

| PROFISSIONAIS | FREQUÊNCIA DE INDICAÇÃO | | | NUMERO TOTAL DE ENTREVISTADOS |
|----------------------|-------------------------|-------|--------|-------------------------------|
| | Nunca | Pouco | Sempre | |
| Médico | 1 | 4 | 1 | 6 |
| Enfermeiro | 6 | 2 | - | 8 |
| Nutricionista | - | 1 | - | 1 |
| Dentista | 1 | 1 | - | 2 |
| Farmacêutico | 4 | - | - | 4 |

Tabela 6: Frequência Em Que Os Profissionais Da Saúde Indicam Fitoterápicos E Plantas Medicinais

Fonte: elaborada pelo autor

5 | CONCLUSÃO

Durante o estudo e a coleta dos dados pode-se perceber a importância da inserção de disciplinas voltadas a fitoterapia e uso de plantas medicinais nos cursos de saúde, pois os profissionais referem interesse em prescrever a terapêutica, porém ficam limitados devido à falta de conhecimento.

Concomitante à inserção da temática na grade curricular dos profissionais, encontramos reduzido número de periódicos e revistas que abordam este tema, visto que tais foram as principais fontes de obtenção de conhecimento sobre fitoterapia e plantas medicinais citada pelos profissionais inseridos, atualmente, no mercado de trabalho.

Nota-se também que existe uma evidente deficiência no direcionamento de recursos financeiros para subsidiar programas voltados a terapias alternativas. Estes investimentos estimulariam a gestão na implantação dos serviços e na capacitação das equipes.

Notou-se também uma deficiência entre os profissionais de saúde, que recorreram a mídias digitais para melhor entendimento dos questionamentos a eles apresentados. Além disso, o número reduzido de pesquisas acerca de eficácia, dose, interação medicamentosa, entre outros, também deixam os profissionais inseguros quanto a indicação das plantas medicinais, sendo mínima prescrição dessas.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, C. R. F. Perfil e prevalência de uso de plantas medicinais em uma unidade básica de saúde da família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v.35, n.2, p.233- 238, 2014.
- BORCARD, G. G. et al. Estudo etnofarmacológico em entorno de floresta urbana como subsídio para a implantação da Fitoterapia no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira Plantas Mediciniais**. Campinas, v.17, n.4, p.928-936, 2015. ISSN 1516-0572.
- BRASIL. **A fitoterapia do SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. **Política nacional de plantas medicinal e fitoterápico de Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. **Resolução RDC nº 48, de 16 de marco de 2004**. Brasília: Anvisa, 2004.
- BRASIL. SargSUS: **Relatório anual de gestão**. Disponibilizado pelo Secretaria Municipal de Saúde. 2017. Acesso em <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>>
- BRASILEIRO, B. G. et al. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no “Programa de Saúde da Família”, Governadores Valadares, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Farmacêutica**, v.44, n.4, 2008.
- CEOLIN, T. et al. **A inserção das terapias complementares no Sistema Único de Saúde visando o cuidado integral na assistência**. Enfermería Global, n.16, jun. 2009.
- FERNANDES, T. M. **Plantas Mediciniais**: memória da ciência no Brasil. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2004.
- FONTONELE, R. P. et al. Fitoterapia na atenção básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.8, 2013.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Conheça as cidades e estados do Brasil. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/mineiros/panorama>. Acesso em agosto de 2018.
- OLIVEIRA, F. B; D’ABADIA, M. I. V. A perspectiva historiográfica sobre os quilombolas de Goiás (Séculos XVIII ao XXI). **Revista Mosaico**, v.8, n.1, p.11-18, 2015. Disponível em: <<http://tede2.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/view/4408/2533>>
- ROSA, C; CÂMARA, S. G; BÉRIA, J. U. Representação e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100033>
- SILVA, J. S. **Levantamento etnohistórico da comunidade quilombola do Cedro – GO**. Uberlândia: UFU, 2012.
- THIAGO, F. **A Comunidade Quilombola do Cedro, Mineiros, Goiás**: etnobotânica e educação ambiental. Cáceres: UFMT, 2011.
- VARELA, D. S. S; AZEVEDO, D. M. **Saberes e pratica fitoterápicas de médicos na estratégia saúde da família**. Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.273-290, 2014. ISSN 1981-7746. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

PERCEPÇÃO DOS ALUNOS DE MEDICINA DA UECE SOBRE A IMPORTÂNCIA DA CADEIRA DE FISIOLOGIA PARA O PROVEITO DO CICLO CLÍNICO

Data de aceite: 03/03/2020

Data de Submissão: 04/12/2019

Lucas Pontes Coutinho

Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/803063642077953>

Crystianne Calado Lima

Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/7358570676423371>

Filipe Correia Carmo

Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2316012704147037>

Rafael Ximenes Oliveira

Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8114171048449491>

RESUMO: O presente estudo visa avaliar as percepções dos alunos do curso de medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE) acerca da relevância da fisiologia, a partir da disciplina de Ciências Fisiológicas I e II, como alicerce para o ciclo clínico, sendo possível, a partir dessa avaliação, constatar falhas no processo de aprendizado e implementar melhorias no ensino. Após uma revisão na literatura, é

constatado que vários autores convergem para a ideia de que o entendimento da fisiologia humana é essencial para melhor compreensão de assuntos relativos ao cotidiano médico, e estudo, nesse contexto, pretende avaliar se a opinião dos estudantes da medicina da UECE é consonante a essa ideia e entender se a disciplina de Ciências Fisiológicas é eficaz ao cumprir sua função. A partir de uma pesquisa feita através de um questionário eletrônico com a participação de 31 estudantes do ciclo clínico, é observado que a maioria dos estudantes consideram a fisiologia importante como base teórica ao ciclo clínico, porém eles, em grande parte, relatam uma apenas razoável fixação do conteúdo estudado e uma grande necessidade de maior integração dos assuntos abordados na disciplina de Ciências Fisiológicas com o conteúdo do ciclo clínico, o que motiva uma reforma curricular a ser realizada futuramente no estudo das Ciências Fisiológicas na UECE.

PALAVRAS-CHAVE: Fisiologia. Clínica. Medicina.

UECE MEDICAL STUDENTS PERCEPTION
ABOUT THE IMPORTANCE OF PHYSIOLOGY
SUBJECT TO THE CLINICAL CYCLE PROFIT

ABSTRACT: This study aims to evaluate the perceptions of State University of Ceará medical (UECE) students about the relevance

of physiology, based on Physiological Sciences I and II disciplines, as a foundation for the clinical cycle. From this evaluation, it is possible to note learning process failures and to implement teaching improvements. After a literature review, it is found that several authors converge on the idea that human physiology understanding is essential to a better understanding of subjects related to the medical routine. This study, in this context, intends to evaluate if the opinion of UECE medical students is in line with this idea and understand if Physiological Sciences discipline is effective in fulfilling its function. From a survey conducted through an electronic questionnaire with the participation of 31 students of the clinical cycle, it is observed that most students consider the physiology important as a theoretical basis for the clinical cycle, however this students, in large part, report just a reasonable fixation of the studied matter and a huge need for greater integration of the subjects addressed in Physiological Sciences discipline with the clinical cycle content. It context motivates a curricular reform to be carried out in Physiological Sciences study at UECE

PALAVRAS-CHAVE: Physiology; Clinic; Medicine.

1 | INTRODUÇÃO

A estrutura curricular do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE) divide-se em três períodos distintos, compostos por quatro semestres cada um: o ciclo básico, o ciclo clínico e o internato, perfazendo seis anos de graduação (CHAGAS, 2016). Essa divisão é comumente efetuada em muitas faculdades de Medicina, e intenta realizar uma gradação do conhecimento, de modo que o conteúdo abordado em um ciclo sirva de base e facilite o entendimento dos assuntos do ciclo seguinte (MOURA et al., 2018).

Nesse sentido, a inclusão das ciências básicas nos cursos de Medicina objetiva a formação de uma base conceitual e teórica para os estudantes, que será útil na compreensão dos conteúdos mais propriamente práticos do curso, como a abordagem clínica e o entendimento dos processos fisiopatológicos (CUTOLO e DELIZOICOV, 2003). O ensino da fisiologia humana, expresso nas disciplinas de Ciências Fisiológicas I e II do Curso de Medicina da UECE, tem especial relevância entre as ciências de base, pois proporciona um entendimento do funcionamento orgânico normal, sem o qual seria impossível compreender o mecanismo dos processos patológicos, o funcionamento dos fármacos e as bases do tratamento das doenças (GOMES, 2014; BORGES e MELLO-CARPES, 2014).

Fica evidente, assim, a importância das disciplinas básicas e, de maneira especial, das ciências fisiológicas para o processo de ensino-aprendizagem dos alunos durante os semestres seguintes do curso de medicina, ainda que essa realidade não seja evidente para alguns estudantes (MOURA et al., 2018). Este trabalho objetiva, nesse sentido, avaliar a percepção dos alunos do quinto e sétimo

semestres do Curso de Medicina da UECE acerca da importância da disciplina de Ciências Fisiológicas para um maior aproveitamento do ciclo clínico.

2 | METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma pesquisa de campo, descritiva, de abordagem quantitativa. A população estudada foi constituída por alunos regularmente matriculados no quinto e sétimo semestres do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará durante o mês de agosto de 2019, tendo 31 desses estudantes participado da pesquisa (11 alunos do sétimo semestre e 20 alunos do quinto semestre). A escolha desse grupo é justificada pelo fato de estarem cursando o ciclo clínico, o que faz com que possam avaliar mais precisamente o conteúdo da pesquisa. Os dados primários foram coletados por meio de questionário estruturado elaborado pelos autores e aplicado em formato virtual através do Google Forms. Para o estabelecimento de inferências estatísticas foi realizada a análise frequencial dos dados obtidos com o questionário virtual do Google Forms. Da mesma forma, valendo-se das ferramentas disponibilizadas pelo Google, foram confeccionados os gráficos do estudo. Quanto ao questionário, esse continha quatro perguntas, para as quais os participantes eram estimulados a graduar suas respostas em notas de 1 a 5, sendo 1 a pontuação que caracterizava a discordância do respondente com a proposição e 5 a nota de concordância ou valoração máxima. Além disso, foi feita uma pergunta extra opcional, na qual os estudantes poderiam dar sugestões de melhorias para a disciplina de Ciências Fisiológicas. 19 alunos, entre os 31 que participaram da pesquisa, aceitaram responder à pergunta extra.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao serem questionados sobre o primeiro parâmetro da pesquisa – Qual a importância de uma sólida base de conhecimento de fisiologia humana para o exercício do ciclo clínico?– os alunos atribuíram, em sua grande maioria (29; 93,5%), notas 4 e 5, não sendo atribuída nenhuma nota 2 ou 1, o que demonstra que os alunos entendem a grande importância das Ciências Fisiológicas para o bom aproveitamento da clínica. Gráfico 1.

No segundo aspecto analisado – O quanto a disciplina da UECE de Ciências Fisiológicas é eficaz ao aplicar conceitos que serão usados no ciclo clínico?– a grande maioria dos alunos considerou as notas 3 ou 4 (23; 74,2%), com uma menor quantidade de notas 1, 2 ou 5. A partir desses dados, pode-se inferir que os estudantes consideram a disciplina de Ciências Fisiológicas razoavelmente boa ao aplicar conceitos importantes para o ciclo clínico durante a cadeira. A pouca

quantidade de notas 5 (2; 6,5%) demonstra que ainda existe margem de melhora para a disciplina nesse aspecto. Gráfico 2.

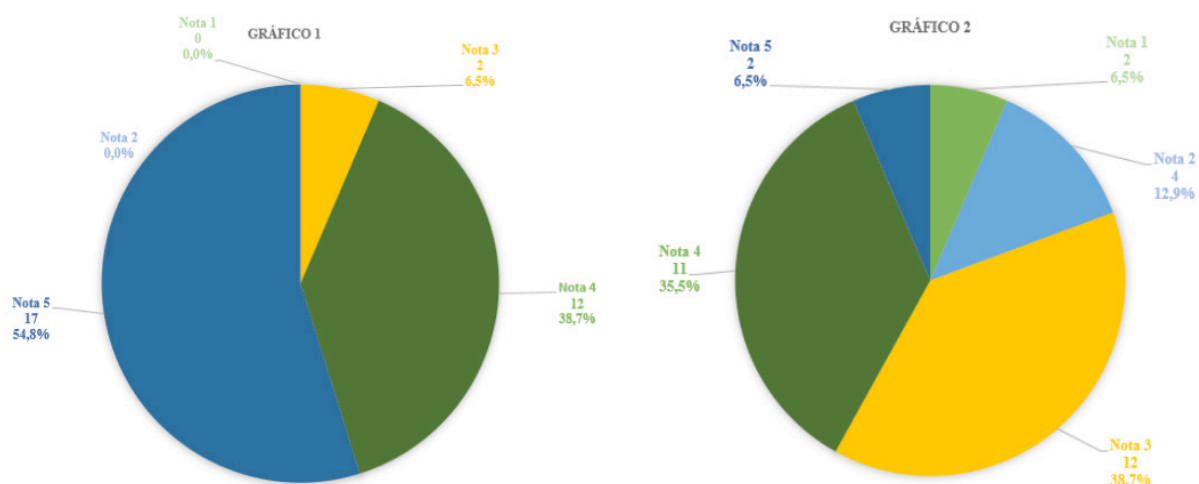


Gráfico 1. Pergunta: “Qual a importância de uma sólida base de conhecimento de fisiologia humana para o exercício do ciclo clínico?”

Gráfico 2. Pergunta: “O quanto a disciplina da UECE de Ciências Fisiológicas é eficaz ao aplicar conceitos que serão usados no ciclo clínico?”

Ao serem indagados sobre a terceira vertente – Como, atualmente, você avalia sua fixação dos conteúdos vistos na disciplina de Ciências Fisiológicas? – 45,6% (14) dos estudantes atribuíram a nota 3, enquanto 51,6% (16) dos alunos aplicaram as notas 2 e 4 na mesma proporção. Diante disso, é possível observar que os estudantes lembram os conteúdos estudados em fisiologia apenas de forma razoável, não conseguindo aproveitar efetivamente o que foi estudado no segundo e terceiro semestres, o que pode ser influenciado pelo grande lapso temporal existente entre o fim da disciplina de fisiologia e o início do ciclo clínico, além de uma possível falta de valorização por parte dos estudantes em relação ao estudo da fisiologia nos semestres iniciais. Gráfico 3.

Referente ao quarto parâmetro – O quanto a realização de correlações clínicas durante a disciplina de Ciências Fisiológicas é importante para um melhor aproveitamento da cadeira? – 87,1% (27) dos alunos atribuíram nota 5, mostrando a grande importância que os alunos dão às correlações clínicas feitas na disciplina. É possível perceber, dessa forma, que existe uma grande intenção, por parte dos estudantes, de tornar mais próximo o conteúdo visto em fisiologia com o conteúdo a ser abordado no ciclo clínico futuramente. Gráfico 4.

No que tange à pergunta extra – O que poderia ser acrescentado à disciplina de Ciências Fisiológicas para que os alunos chegassem com uma melhor base de conhecimentos sobre esse tema no ciclo clínico? – 15 pessoas, entre as 19 que responderam a esse questionamento, deram ênfase à necessidade de mais correlações clínicas a serem realizadas durante o estudo da fisiologia humana,

indicando a necessidade de uma fisiologia mais ligada ao ciclo clínico, já que o estudo dessas duas áreas está estreitamente interligado. À título de ilustração, cabe ressaltar essa resposta de um dos alunos: “Abordar mais a parte clínica durante a cadeira de fisiologia do 2 e 3 semestre, com o fito de embasar os alunos de medicina para um futuro encontro com essa temática e tornar o tema estudado mais palpável, factível a nossa futura realidade como médico.”

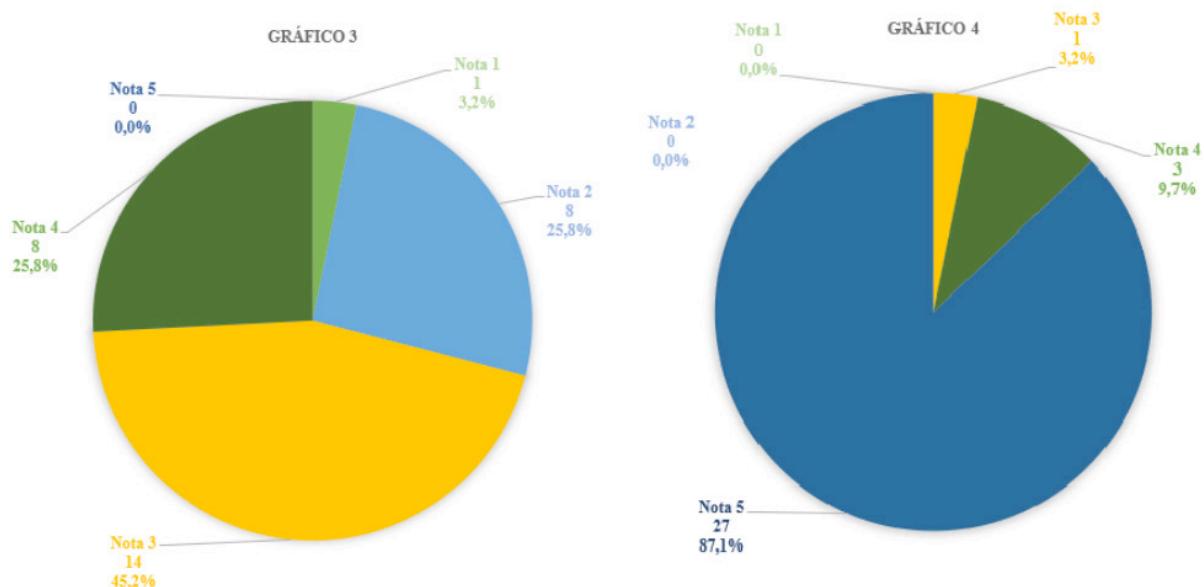


Gráfico 3. Pergunta: “Como, atualmente, você avalia sua fixação dos conteúdos vistos na disciplina de Ciências Fisiológicas?”

Gráfico 4. Pergunta: “O quanto a realização de correlações clínicas durante a disciplina de Ciências Fisiológicas é importante para um melhor aproveitamento da cadeira?”

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, a partir da análise dos dados obtidos com a pesquisa, é observado que a maioria dos alunos considera muito importante os conhecimentos fisiológicos prévios como base para o entendimento dos assuntos relativos à clínica. Do mesmo modo, concordam de forma quase unânime que a correlação dos assuntos abordados na cadeira de Ciências Fisiológicas com conhecimentos da prática médica contribui para um melhor aproveitamento da fisiologia.

Contudo, uma boa parte do corpo discente do quinto e sétimo semestres considera apenas razoável tanto a fixação do conteúdo de fisiologia quanto a eficácia da cadeira de Ciências Fisiológicas ao aplicar conceitos que serão usados no ciclo clínico, o que pode, em parte, ser explicado pelo grande intervalo temporal existente entre o fim do estudo das Ciências Fisiológicas (terceiro semestre) com o início do ciclo clínico (quinto semestre), evidenciando um distanciamento dessas áreas, o que faz com que os alunos tenham esquecido parte dos assuntos que serão importantes como base para a clínica. Outro fator que pode explicar a baixa fixação

é a pouca percepção da importância dos assuntos abordados por parte dos alunos que, estando ainda nos semestres iniciais, não têm plena percepção de que aquele conhecimento será bastante utilizado futuramente, podendo os professores, nesse contexto, sempre reforçarem o papel crucial da fisiologia para uma boa continuidade do Curso de Medicina.

Em virtude dos aspectos mencionados, entende-se que há necessidade de uma maior integração de conteúdos relacionados à prática médica durante o ensino das disciplinas de Ciências Fisiológicas, não só para um melhor rendimento dos alunos na cadeira, mas também para proporcionar uma base sólida para os demais conhecimentos que serão adquiridos ao longo do curso. Com base nesses fatos expostos, a cadeira de Ciências Fisiológicas da UECE já está em processo de reestruturação curricular, de forma a ser aplicada do primeiro ao terceiro semestre, correlacionando seu conteúdo a conhecimentos clínicos e a outras disciplinas que estarão sendo estudadas simultaneamente.

REFERÊNCIAS

BORGES, S.; MELLO-CARPES, P.B. **Physiology applied to everyday: the practice of professional contextualization of physiology concepts as a way of facilitating learning.** Advances In Physiology Education, v. 38, n. 1, p.93-95, mar. 2014.

CHAGAS, W.E.C. **O ensino médico no Ceará: o caso do curso de medicina da UECE.** 1ed, 2016.

CUTOLO, L.R.A.; DELIZOICOV, D. **Caracterizando a escola médica brasileira.** Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 32, n. 4, p. 24-34, 2003.

GOMES, N.N. **Avaliação da formação de profissionais médicos em uma universidade pública em Fortaleza-CE.** 1 ed, 2014.

MOURA, D.T.D., et al. **Articulação Entre os Ciclos Básico e Profissionalizante: Percepção dos Alunos da UFPR.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 42, n. 1, p.226-236, jan. 2018.

PERCEPÇÃO DOS DISCENTES DE ENFERMAGEM NA DETECÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE RIBEIRINHA

Data de aceite: 03/03/2020

Data de submissão: 03/12/2019

Rodrigo Damasceno Costa

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas
Manaus - Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/0660327783408097>

Paula Andreza Viana Lima

Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem associado - Universidade Federal do Amazonas/Universidade do Estado do Pará.
Manaus - Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/246523511366742>

Natalie Kesle Costa Tavares

Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem associado - Universidade Federal do Amazonas/Universidade do Estado do Pará.
Manaus - Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/0761129857447937>

Mariana Paula da Silva

Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas
Coari - Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/2558222302575048>

Lucas da Silva de Almeida

Enfermeiro Coordenador da Atenção Básica de Barreirinha – Amazonas
Barreirinha - Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/1646868124851778>

Josiane Montanho Mariño

Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas

Coari - Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/5705485117895351>

Silvia Caroline Camargo Soares

Enfermeira assistencial da Prefeitura Municipal de Coari

Coari – Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/7733232406799824>

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo descrever as percepções de acadêmicos de enfermagem durante as atividades de detecção do câncer do colo uterino em uma unidade de saúde ribeirinha no interior do Amazonas - Brasil. Trata-se de um relato de experiência vivenciado por discentes de enfermagem na disciplina Enfermagem na Atenção Integral a Saúde da Mulher II, no período de 12 à 21 de junho de 2017, em uma unidade de saúde ribeirinha do município de Coari - AM. O relato foi baseado conforme as observações diretas e anotações dos discentes de enfermagem feitas durante as vivências nas consultas de coleta do Papanicolaou. Nas vivências os discentes perceberam uma boa aceitação pelas mulheres para realizar as consultas e coletas do exame preventivo e nas conversas informais, os acadêmicos observaram que a maioria das mulheres só realizava o exame preventivo por

ser uma exigência do município para permanência no Programa Bolsa Família. Portanto, a prática na disciplina colaborou para as experiências e reflexões dos acadêmicos no que tange a assistência de enfermagem a população ribeirinha que inclusive servirão de incentivo para que cada discente possa atuar e fazer diferença nas mudanças de políticas públicas de saúde para áreas remotas do Brasil.

PALAVRAS- CHAVE: Câncer do Colo do Útero; Exame Papanicolau; Estudante de Enfermagem.

PERCEPTION OF NURSING STUDENTS IN THE DETECTION OF CERVICAL CANCER IN A RIVERSIDE HEALTH UNIT

ABSTRACT: The present study aims to describe the perceptions of nursing academics during cervical cancer detection activities in a riverside health unit in the Amazon - Brazil. It is a report of experience experienced by nursing students in the discipline Nursing in Women's Health Comprehensive Care II, in the period 12 a 21 June 2017, in a riverside health unit of the city of Coari - AM. The report was based on the direct observations and notes of the nursing students made during the experiences in the Papanicolaou collection consultations. In the experiences the students perceived a good acceptance by women to carry out consultations and preventive exam collections and informal conversations, academics observed that most women only performed the preventive exam because it is a requirement of the municipality to stay in the Bolsa Família Program. Therefore, the practice in the discipline collaborated for the experience and reflections of academics regarding nursing care the riverside population that will even serve as incentive, because each student can act and make a difference in changes in public health policies for remote areas of Brazil.

KEYWORDS: Uterine Cervical Cancer; Pap test; Nursing Student.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino (CCU) é uma neoplasia maligna que consiste no crescimento autônomo e desordenado das células epiteliais da zona de transformação do colo do útero e estas alterações surgem na maioria das vezes devido à presença das infecções persistentes ou prolongadas pelos tipos carcinogênicos de HPV (OPAS, 2016).

Dentre os tipos de câncer, o CCU é o que apresenta um dos maiores potenciais de prevenção e cura por virtude de sua lenta evolução até a fase invasora, no entanto, no cenário mundial esta doença é uma das principais responsáveis pela elevada taxa de mortalidade na população feminina (CHICONELA; CHIDASSICUA, 2017; BRASIL, 2019).

Neste contexto, para a detecção e controle dessa neoplasia no Brasil, o Ministério da Saúde preconiza que as mulheres entre 25 a 64 anos que já iniciaram

uma vida sexual ativa, realizem o exame de rastreio Papanicolaou. Este exame, também conhecido como preventivo é uma excelente ferramenta que possui papel fundamental na identificação de lesões precursoras no colo do útero, sendo oferecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (LEITE et al., 2019; BRASIL, 2016).

Na APS, a atuação do enfermeiro na prevenção primária e secundária do câncer do colo uterino, destaca-se como peça primordial para prevenção e rastreio do CCU, no qual suas atividades consistem na realização de ações educativas sobre a doença, consulta e coleta do material cervical, leitura dos resultados dos exames e encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento conforme os protocolos e diretrizes quando necessário (RAMOS et al., 2014).

Na região amazônica, os enfermeiros enfrentam inúmeras dificuldades no que tange a atuação necessária para controle dessa problemática de saúde. Muitos são os fatores que podem contribuir para as falhas dos programas de rastreamento na região e dentre eles destacam-se as peculiaridades culturais, as barreiras de acesso à saúde, e principalmente as condições geográficas, onde em sua grande extensão territorial, encontram-se diversas comunidades isoladas em áreas rurais e indígenas, na qual o acesso à saúde é possível apenas por via fluvial, dificultando o acesso às prevenções primárias e secundárias (MARIÑO, 2015; ROCHA et al., 2013)

Com isso, considerando a magnitude do câncer do colo do útero e a importância do enfermeiro na prevenção e rastreio do CCU, o objetivo deste trabalho foi descrever as percepções de acadêmicos de enfermagem durante as atividades de detecção do câncer do colo uterino em uma unidade de saúde ribeirinha no interior do Amazonas - Brasil.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos de enfermagem sobre as atividades de detecção do câncer do colo uterino durante as aulas práticas da disciplina Enfermagem na Atenção Integral a Saúde da Mulher II, realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Ribeirinha Enefino Monteiro.

A unidade saúde ribeirinha possui como público principal as mulheres ribeirinhas da zona rural do município de Coari – Amazonas (AM), porém está localizada na área urbana do município.

A realização das consultas para a coleta do Papanicolaou acontecia por livre demanda, durante toda a semana na unidade e nesses dias, os discentes participavam do acolhimento das pacientes, nas palestras educativas sobre o câncer do colo uterino, nas consultas e coletas do Papanicolaou.

O relato foi baseado conforme as observações diretas e anotações dos discentes de enfermagem feitas durante as vivências nas consultas de coleta do Papanicolaou que aconteceram no primeiro semestre do ano de 2017, no período de 12 á 21 de junho.

O estudo não foi submetido à apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa, por se tratar de um relato, porém foram assegurados e respeitados os preceitos éticos na apresentação dos dados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

No estágio da disciplina Saúde da Mulher II, os discentes de enfermagem conheceram na prática a assistência de enfermagem oferecida a mulheres ribeirinhas onde enfatizava-se a prevenção e controle do câncer do colo uterino no respectivo público.

Sob a supervisão e auxílio da enfermeira preceptora, os acadêmicos tiveram a oportunidade de realizar as consultas de enfermagem e a coleta do exame preventivo. Ressalta-se que, inicialmente era feitas as entrevistas das pacientes para fazer os registros nos prontuários e posteriormente a coleta das células do colo do útero para encaminhamento ao setor de diagnóstico.

Nas consultas, os acadêmicos de enfermagem notaram que houve uma aceitação dos próprios discentes pelas pacientes da unidade quanto a permissão das consultas e coletas do exame preventivo. Contudo, os estudantes do sexo masculino apresentaram maior dificuldade em obter estas permissões, devido a diferença de sexo evidenciada, pois as mulheres tendem a buscar o mesmo sexo para este tipo de exame. Além disso, esta variação de sexo implica no tempo para estabelecer um vínculo de confiança na consulta e conseqüentemente para conseguir a autorização do exame pelas mulheres da referida unidade.

Outro ponto importante observado pelos acadêmicos relacionou-se aos motivos da procura para a realização do exame. Por meio das conversas informais, identificou-se uma grande problemática. A maioria das mulheres desta unidade realizam o exame devido a uma exigência do município para a permanência no Programa Bolsa Família e não havendo necessariamente a percepção da importância do exame. Logo, contribuindo para maior demanda de pacientes no período de cadastro e recadastro do Programa.

Analogamente, foram identificados também através das conversas com as mulheres antes da realização da coleta das células do colo do útero, que a maioria delas apresentaram sentimentos de vergonha, medo e insegurança. Sob preceptoria, os discentes forneciam informações relevantes e também necessárias para que se

puddesse transmitir conhecimento enfatizando a importância do exame e os seus benefícios. Desta maneira, contornando os sentimentos negativos a respeito do exame e estabelecendo um elo de confiança com essas mulheres.

Assim, as vivências nas atividades de detecção do câncer do colo uterino em UBS Ribeirinha proporcionaram experiências enriquecedoras aos discentes de enfermagem onde puderam conciliar a teoria e a prática das ações de prevenção secundária do CCU e conheceram de forma mais amplas as especificidades das assistências voltadas às populações ribeirinhas durante o período da graduação.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das vivências dos acadêmicos de enfermagem durante o período de prática da disciplina de Saúde da Mulher II, foi possível identificar diversas problemáticas, entre elas, destaca-se a procura da realização do exame apenas como garantia de permanência no Programa Bolsa Família evidenciando a percepção errônea do exame quanto ao seu grau de importância.

Outro aspecto preponderante notado, é que apesar dos avanços das políticas públicas no Brasil, o Amazonas ainda apresenta limitações, principalmente devido suas especificidades territoriais que corrobora na dificuldade no acesso aos serviços de saúde e conseqüente acentuação de doenças como CCU. Nesse sentido, as comunidades ribeirinhas são áreas que denotam mais atenção, cabendo o incremento e o incentivo de programas já existentes que atendam a necessidade desta população.

Portanto, a prática na disciplina colaborou para as experiências e reflexões dos acadêmicos no que tange a assistência de enfermagem a população ribeirinha que inclusive servirão de incentivo para que cada discente possa atuar e fazer diferença nas mudanças de políticas públicas de saúde para áreas remotas do Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. Rev. Atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Controle do câncer do colo do útero: conceito e magnitude**. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude>. Acesso em: 27/11/2019.

CHICONELA, F.V.; CHIDASSICUA, J.B. **Conhecimentos e atitudes das mulheres em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino**. Rev. Eletr. Enf. v. 19, n. 23, p. 1-9, 2017.

LEITE, B. O. et al. **A percepção das mulheres idosas sobre o exame de prevenção de câncer do**

colo de útero. Rev. Fund. Care. Online, v. 11, n. 5, p. 1347-1352, out.-dez., 2019.

MARINO, Josiane Montanho. **Análise da estratégia de rastreio do câncer do colo do útero por autocoleta e teste rápido para HPV em mulheres ribeirinhas do município de Coari/AM.** 2015. 141f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Federal do Amazonas, 2015.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Controle integral do câncer do colo do útero guia de práticas essenciais.** Washington, DC: OPAS, 2016.

RAMOS, A. L. et al. **A atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na prevenção do câncer de colo de útero.** SANARE, v. 13, n. 1, p. 84-91, jan.-jun., 2014

ROCHA, D. A., et al. **High prevalence and genotypic diversity of the human papillomavirus in Amazonian women, Brazil.** Infect. Dis. Obstet. Gynecol., v. 2013, Article ID 514859, 5 pages, 2013.

PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DA MALÁRIA: DISTRIBUIÇÃO DE CASOS POSITIVOS DE MALÁRIA APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO NA REGIÃO XINGU

Data de aceite: 03/03/2020

Data de submissão: 03/01/2020

Luana Carla Lima de Almada

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde,
Universidade do Estado do Pará (UEPA) –
Campus XII
Santarém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1679736540306074>.

Mateus de Sá Rego

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde,
Universidade do Estado do Pará (UEPA) –
Campus XII
Santarém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5545668075112856>.

Cesar Augusto de Oliveira Barcelos

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde,
Universidade do Estado do Pará (UEPA) –
Campus XII
Santarém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1333502376446762>.

Camila de Almeida Silva

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde,
Universidade do Estado do Pará (UEPA) –
campus XII
Santarém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2421714979185585>

Cenilde da Costa Araújo

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia-
UNIFAMAZ
Belém- Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5572790811224647>

Talita Pompeu da Silva

Graduada em Medicina, Universidade Federal do
Maranhão - UFMA.
Tucuruí – Pará.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4480622198735337>

Fábio Palma Albarado da Silva

Graduado em Medicina, Universidade do Estado
do Pará (UEPA) – campus XII
Santarém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4434880652149569>

Denilson Soares Gomes Junior

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde,
Universidade do Estado do Pará (UEPA) –
campus XII
Santarém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1936851909878855>.

Marco Antonio Barros Guedes

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde,
Universidade do Estado do Pará (UEPA) –
campus XII
Santarém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0649460928194879>.

José Antonio Cordero da Silva

Doutor em Bioética e Ética em Ciências da Saúde
pela Faculdade de Medicina da Universidade
do Porto. Professor do Curso de Medicina do
Centro Universitário Metropolitano da Amazônia-
UNIFAMAZ.
Belém – Pará.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9660830552335584>

RESUMO: A malária é uma doença infecciosa causada por um protozoário do gênero *Plasmodium* e transmitida ao homem pela picada de um mosquito gênero *Anopheles*. No Brasil, a Amazônia é a região de maior incidência e, na tentativa de reduzir o número de casos o Ministério da Saúde criou no ano 2000 o Programa Nacional de Controle da Malária, este como estratégia, utiliza-se de Planos de Ações para Controle da Malária, os quais são obrigatórios quando há a implantação de grandes empreendimentos que possam potencializar a transmissão da doença. O estudo é do tipo descritivo, retrospectivo e documental de abordagem quantitativa, que avaliou a ocorrência de casos positivos de malária na região do Xingu após a implantação do projeto Plano de Ação para Controle da Malária. Foi realizado na Secretária Estadual de Saúde Pública e na Secretaria Municipal de Saúde de Altamira. No Pará, na Região de Saúde Xingu, foi implementado no ano de 2011 o PACM em virtude da implantação das obras de construção da Usina Hidroelétrica de Belo Monte, nos municípios Altamira, Anapu, Brasil Novo, Pacajá, Senador José Porfírio e Vitória do Xingu. Neste ano, a incidência parasitária anual referente aos cinco municípios em estudo, era de 50,75/1000 habitantes, o que condicionava a localidade como de alto risco para malária. Em 2015, observou-se uma redução do IPA para 1,9/1000 habitantes, valor que em 2017, passou para 3/1000 habitantes. Na região, estes dados correspondem a uma redução de 96,1% no ano de 2015 e de 94% em 2017 comparados a 2011. Portanto as atividades desenvolvidas, em prol da consolidação das ações do PACM, foram determinantes para a requalificação do perfil epidemiológico dos municípios estudados, alcançando o status de baixo risco para malária.

PALAVRAS CHAVE: Amazônia; Malária; Usina hidroelétrica; Plano de ação para controle da malária.

MALARIA CONTROL ACTION PLAN: DISTRIBUTION OF POSITIVE MALARIA CASES AFTER IMPLEMENTATION OF THE PROJECT IN THE XINGU REGION.

ABSTRACT: Malaria is an infectious disease caused by a protozoan of the genus *Plasmodium* and transmitted to humans by the bite of an *Anopheles*. In Brazil, the Amazon is the region with the highest incidence and, in an attempt to reduce the number of cases, the Ministry of Health created in 2000 the National Malaria Control Program, as a strategy, it uses Malaria Control Action Plans, which are mandatory when large enterprises are implemented that may enhance the transmission of the disease. This is a descriptive, retrospective and documentary study with a quantitative approach, which evaluated the occurrence of positive malaria cases in the Xingu region after the implementation of the Malaria Control Action Plan project. It was held at the State Secretary of Public Health and at the Municipal Health Secretariat of Altamira. In Pará, in the Xingu Health Region, PACM was implemented in 2011 due to the implementation of the construction works of the Belo Monte Hydroelectric Power Plant. Altamira, Anapu, Brasil Novo, Pacajá, Senator José Porfírio and Vitória do Xingu municipalities. This year, the annual parasitic incidence for the five municipalities under study was 50.75 / 1000 inhabitants, which conditioned the locality as high risk for malaria. In 2015, there was

a reduction in IPA to 1.9 / 1000 inhabitants, which in 2017 went to 3/1000 inhabitants. In the region, these data correspond to a reduction of 96.1% in 2015 and 94% in 2017 compared to 2011. Therefore, the activities developed, in order to consolidate PACM actions, were decisive for the requalification of the epidemiological profile of the municipalities studied, reaching the low risk status for malaria.

KEYWORDS: Amazon; Malaria; Hydroelectric Plant; Action plan for malaria control.

1 | INTRODUÇÃO

A malária é uma doença infecciosa febril aguda, acompanhada por calafrios, sudorese e cefaleia. Causada pela protozoário do gênero *Plasmodium* e transmitida ao homem pela picada de um mosquito do gênero *Anopheles* de um paciente previamente contaminado, para uma pessoa sadia (BRASIL, 2010; 2016).

Entre os tipos de *Plasmodium* responsáveis por esse processo patológico, temos o *P. vivax*, o de maior frequência; *P. falciparum*, o mais agressivo; *P. malarie*, menos frequente; *P. ovale* e *P. knowlesi*, estes últimos não incidentes no Brasil. A transmissão (OPAS, 2016).

Estima-se que mais de 40% da população mundial está exposta ao risco de adquirir a malária, porém as maiores taxas de incidência são observadas nos continentes Africano, Asiático e nas Américas, no Brasil, ela se encontra especialmente nas áreas tropicais, como a região da Amazônia (BRASIL, 2010).

No ano de 2009, de acordo com o resumo epidemiológico do Ministério da Saúde, 308.401 casos de malária foram notificados no Brasil, destes apenas 6.776 não foram autóctones (BRASIL, 2013). Dentre as diversas regiões brasileiras, a Amazônia Legal concentrou 99,7% dos casos registrados, esse elevado índice é decorrente a algumas características peculiares da área, que favorecem tanto o ciclo biológico vetorial como do protozoário, e dentre estas cita-se: fatores biológicos, climáticos, ecológicos e sociais (BRASIL, 2015).

O Estado do Pará, em 2009, contabilizou 99.609 casos positivos da enfermidade, o que representa aproximadamente 33% dos casos notificados no referido ano para a região Amazônica (BRASIL, 2018). Este Estado possui vasta extensão territorial, e encontra-se dividido em treze Regiões de Saúde e 144 municípios, dentre as quais situa-se a Região de Saúde do Xingu, composta por nove municípios, que se distribuem ao longo da rodovia Transamazônica e as margens do Rio Xingu, sendo eles: Altamira, Anapu, Brasil Novo, Medicilândia, Pacajá, Porto de Moz, Uruará, Vitória do Xingu e Senador José Porfírio, juntos registraram quase 10% dos casos de malária no estado (SESPA, 2018).

No ano 2011, iniciou-se na região de Xingu, especificamente no município de Vitória do Xingu, as obras da Usina Hidroelétrica (UHE) de Belo Monte, a qual foi

responsável por um processo migratório muito intenso, ocorrido em curto espaço de tempo, o que expôs milhares de pessoas aos riscos de contraírem a malária (FERREIRA 2013).

Diante deste cenário, durante a fase de implementação das obras relacionadas à Usina Hidrelétrica, foi necessário no Plano de Saúde Pública (PSP), a inclusão de um programa voltado exclusivamente para combate à malária, o qual foi denominado de Plano de Ação para Controle da Malária (PACM), este foi um fator condicionante para que o Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis (IBAMA) concedesse a licença ambiental para realização da obra (LADISLAU, 2006; SILVEIRA 2001).

O plano de controle da malária iria beneficiar os cinco municípios diretamente impactado pela obra: Altamira, Anapu, Brasil Novo, Senador José Porfírio, Vitória do Xingu e de Pacajá, que apesar de não sofrer impacto direto, este último possuía o índice de malária mais elevado da região (LADISLAU, 2006).

O objetivo deste plano era evitar o aumento de casos da malária decorrentes dos possíveis impactos ambientais provocados pela construção e operação da UHE de Belo Monte, como também reduzir a transmissão nestes municípios (LADISLAU, 2006).

O plano teve como metas estruturar os serviços de vigilância epidemiológica da malária, monitoramento e controle de vetores nas secretarias municipais de saúde envolvidas no projeto, ampliar o quadro de recursos humanos dos serviços em saúde voltados para o controle da malária, desenvolver ações de educação em saúde com foco no controle da malária e treinar recursos humanos envolvidos com os serviços de controle de malária (LADISLAU, 2006)

2 | METODOLOGIA

O estudo é do tipo descritivo, retrospectivo e documental de abordagem quantitativa, pois utilizou a descrição matemática como linguagem para descrever os fenômenos e, as relações entre as variáveis apresentadas pelos resultados (TEIXEIRA, 2011).

O trabalho avaliou a ocorrência de casos positivos de malária na região do Xingu após a implantação do projeto Plano de Ação para Controle da Malária. Foi realizado na Secretária Estadual de Saúde Pública e na Secretaria Municipal de Saúde de Altamira, junto ao Departamento de Endemias e de Vigilância Epidemiológica, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços de Saúde.

As informações foram coletadas no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária SIVEP-MALÁRIA do período de Janeiro de 2011 a

Dezembro de 2017.

As cidades envolvidas na pesquisa foram os seis municípios considerados prioritários na Região de Saúde do Xingu, sendo estes: Altamira, Anapu, Brasil Novo, Pacajá, Senador José Porfírio e Vitória do Xingu. Todos localizados no Estado do Pará.

Os dados incluídos foram aqueles pertinentes ao período de janeiro de 2011 a Dezembro de 2017, os quais coincidem como período de implantação do Plano de Ação para Controle da Malária. Foram excluídos os dados incompletos e dados de municípios não prioritários da Região de Saúde do Xingu, como também os períodos não informados pelo sistema.

A coleta de dados foi realizada através do preenchimento de uma tabela contendo informações referente ao local de ocorrência da malária, tipo de malária, ano da ocorrência, e total de casos registrados.

As informações obtidas foram armazenadas no Microsoft Excel e analisadas de maneira descritiva, calculando-se as frequências absolutas e relativas para as variáveis. Também foi estimado através do percentual de variação a taxa de redução entre os anos, tomando por base o ano de 2017. Desta forma, a demonstração dos dados tabulados ocorreu por meio de tabelas onde destacam-se os meses em que ocorreram os maiores casos positivos de malária de acordo com cada ano.

Os riscos da pesquisa estavam relacionados a análise dos dados que poderiam não conter relevância significativa para ocasionar impacto na região ou para transformar o atual planejamento realizado pelos profissionais no setor. Os benefícios foram que através dos resultados obtidos, o presente estudo pode contribuir como subsídio para a realização de outros trabalhos acerca do tema, avaliação do projeto desenvolvido e também na compreensão da atual distribuição do quantitativo de casos positivos de malária nas áreas prioritárias da região do Xingu.

A pesquisa não necessitou da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Pará (UEPA) do campus XII, pois os dados foram coletados a partir do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (SIVEP-MALÁRIA), de utilidade pública.

3 | RESULTADOS

Os dados foram organizados e analisados de acordo com cada município considerados prioritários para na Região do Xingu-Pa, e que receberam intervenções do Programa de Ação e Combate a Malárias tendo por base a distribuição mensal, anual e a redução do percentual de variação nos casos positivos de malária nos municípios.

3.1 Casos Positivos de Malária no Município de Altamira

O município de Altamira segundo estimativa do IBGE de 2017, possui população de 111.435 habitantes. Neste, no ano de 2011 foram notificados 1.403 casos de malária, sendo que os maiores índices, conforme tabela 1, ocorreram nos meses de Julho 13% e Agosto 13%. Em 2012, ano maior incidência no período de estudo, contabilizou 1.831 notificados, os meses de janeiro 12%, fevereiro 12% e março 13%, foram os de maior ocorrência.

No decorrer de 2013 percebe-se uma significativa diminuição das notificações de Malária, contabilizando 305 portadores da infecção, uma redução de 1.526 casos em relação ao ano anterior, os meses de maior expressividade foram janeiro 14%, julho 15%. Em 2014 manteve-se a tendência de queda, onde registrou-se apenas 128 casos, e fevereiro 20% seguido de março 13% foram os meses de maior incidência.

Observa-se também na Tabela 1, que em 2015, além do contínuo decréscimo, percebe-se que em um dos meses de maior prevalência ao longo da história, “Julho”, não foi registrado casos positivos da infecção por *plasmodium*. Situação inédita, que ocorre em plena Amazônia Legal brasileira, em uma região de alta incidência e prevalência, que foi a notificação zero de malária. Este ano ocorreram apenas 41 notificações, e destes 56% distribuíram-se nos meses de fevereiro 17% e maio 39%.

A tendência de queda manteve-se em 2016, aproximando a 50% em comparação com ano precedente, neste triplicou a quantidade de meses sem notificações: junho, agosto e outubro. Ressalta-se ainda que no segundo semestre de 2016 ocorreram apenas (23%) dos casos, um total de 5 infectados, a menor incidência semestral em todo o período de estudo. Já no ano de 2017, houve a interrupção da sequência do declínio observada nos quatro anos anteriores, contabilizando 35 casos a mais que 2016, o que representa um incremento de 66%. Neste 49% das ocorrências aconteceram no mês de maio e, apesar desta elevação, houve ainda dois meses sem notificações, janeiro e dezembro.

| MÊS | CASOS POSITIVOS | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|-----------------|------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
| | Fa | FR (%) | Fa | FR (%) | Fa | FR (%) | Fa | FR (%) | Fa | FR (%) | Fa | FR (%) | Fa | FR (%) |
| JAN | 109 | 8 | 228 | 12 | 44 | 14 | 14 | 11 | 1 | 2 | 3 | 14 | 0 | 0 |
| FEV | 96 | 7 | 211 | 12 | 27 | 9 | 26 | 20 | 7 | 17 | 2 | 10 | 1 | 3 |
| MAR | 88 | 6 | 242 | 13 | 23 | 8 | 16 | 13 | 4 | 10 | 4 | 19 | 1 | 3 |
| ABR | 97 | 7 | 163 | 9 | 24 | 8 | 8 | 6 | 1 | 2 | 6 | 29 | 3 | 9 |
| MAI | 91 | 6 | 183 | 10 | 18 | 6 | 6 | 5 | 16 | 39 | 1 | 5 | 17 | 49 |
| JUN | 91 | 6 | 163 | 9 | 24 | 8 | 5 | 4 | 2 | 5 | 0 | 0 | 3 | 9 |
| JUL | 178 | 13 | 186 | 10 | 47 | 15 | 11 | 9 | 0 | 0 | 1 | 5 | 1 | 3 |
| AGO | 187 | 13 | 195 | 11 | 26 | 9 | 11 | 9 | 2 | 5 | 0 | 0 | 5 | 14 |
| SET | 145 | 10 | 103 | 6 | 30 | 10 | 15 | 12 | 2 | 5 | 1 | 5 | 2 | 6 |
| OUT | 89 | 6 | 59 | 3 | 12 | 4 | 8 | 6 | 4 | 10 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| NOV | 96 | 7 | 61 | 3 | 10 | 3 | 6 | 5 | 1 | 2 | 2 | 10 | 1 | 3 |
| DEZ | 136 | 10 | 37 | 2 | 20 | 7 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 5 | 0 | 0 |
| TOTAL | 1.403 | 100 | 1.831 | 100 | 305 | 100 | 128 | 100 | 41 | 100 | 41 | 100 | 35 | 100 |

Tabela 1: Análise da distribuição mensal de casos de malária no município de Altamira no período de 2011 a 2017 de acordo com o número total da população.

Fonte: SIVEP-MALÁRIA, 2018.

3.2 Casos Positivos de Malária no Município de Anapu

Anapu, município com população estimada pelo IBGE em 2017 de 27.096 habitantes. É marcada por apresentar ao longo de sua história altos índices de malária, e conforme exposto a tabela 2, ocorreu um elevado número de casos positivos da doença, no ano de início do estudo, o equivalente a 3.310 casos, quantidade que conferia um Incidência parasitária anual (IPA) de 130,2/1000hab, para a população local da época. Os meses com maiores prevalências foram Janeiro 12%, Julho 14% e agosto 11%.

No ano subsequente já se observa uma redução de mais de 50% no total de notificações, e a maior prevalência correu em Janeiro 29% e Fevereiro 19%. O predomínio nos primeiros meses do ano manteve-se durante 2013, mesmo com uma redução 92,9% em relação a 2011. Fato que ilustra o caráter sazonal da doença em questão, que perdura em 2014.

Nota-se ainda na tabela 2 que em 2015, notificou-se 31 casos, a menor incidência da morbidade durante o período de estudo. Porém, em 2016 comparado ao ano anterior, houve um incremento de 74% nas notificações. Em 2017, observou-se uma histórica redução na prevalência, a qual comparada com 2011 mostrou uma redução de 99,7%, conferindo um IPA de 0,26/1000 hab.

| MÊS | CASOS POSITIVOS | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-----------------|--------|-------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
| | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
| | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) |
| JAN | 404 | 12 | 441 | 29 | 76 | 32 | 15 | 8 | 1 | 3 | 5 | 9 | 1 | 14 |
| FEV | 306 | 9 | 279 | 19 | 48 | 20 | 23 | 12 | 2 | 6 | 16 | 30 | 0 | 0 |
| MAR | 184 | 6 | 225 | 15 | 23 | 10 | 32 | 16 | 0 | 0 | 8 | 15 | 0 | 0 |
| ABR | 142 | 4 | 119 | 8 | 25 | 11 | 23 | 12 | 1 | 3 | 5 | 9 | 0 | 0 |
| MAI | 185 | 6 | 130 | 9 | 16 | 7 | 29 | 15 | 4 | 13 | 9 | 17 | 1 | 14 |
| JUN | 235 | 7 | 82 | 5 | 12 | 5 | 21 | 11 | 1 | 3 | 4 | 7 | 3 | 43 |
| JUL | 466 | 14 | 69 | 5 | 7 | 3 | 19 | 10 | 7 | 23 | 1 | 2 | 2 | 29 |
| AGO | 352 | 11 | 55 | 4 | 8 | 3 | 15 | 8 | 8 | 26 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| SET | 308 | 9 | 36 | 2 | 3 | 1 | 6 | 3 | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| OUT | 260 | 8 | 19 | 1 | 7 | 3 | 5 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| NOV | 245 | 7 | 28 | 2 | 4 | 2 | 5 | 3 | 0 | 0 | 3 | 6 | 0 | 0 |
| DEZ | 223 | 7 | 23 | 2 | 7 | 3 | 7 | 4 | 5 | 16 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| TOTAL | 3.310 | 100 | 1.506 | 100 | 236 | 100 | 200 | 100 | 31 | 100 | 54 | 100 | 7 | 100 |

Tabela 2: Análise da distribuição mensal de casos de malária no município de Anapu no período de 2011 a 2017 de acordo com o número total da população.

Fonte: SIVEP-MALÁRIA 2018.

No município de Anapu a análise do percentual de variação, que é baseado pelo ano de 2017, torna explícito a redução ocorrida, visto que em todos anos houve um percentual negativo no produto da comparação, onde o mais acentuado foram as comparações com 2011 e 2012 com valores respectivos de 99,7% e 99,5% de redução.

3.3 Casos Positivos de Malária No Município de Brasil Novo

Brasil Novo, município com população de 14.689 estimada pelo IBGE em 2017. Seu perfil epidemiológico não diferencia dos demais municípios da região, onde a malária constituía um importante problema de saúde pública, porém com menor intensidade que os demais municípios da região. Realidade elucidado na tabela 3, que demonstra em 2011 a ocorrência de 87 casos positivos, e os meses de janeiro 16%, novembro 38% e dezembro 10%, foram os de maior incidência.

No ano seguinte, houve um aumento de casos em relação a 2011, com destaque para janeiro e junho com 25% e 13% dos registros respectivamente. Contudo, em 2013 ocorreu um acentuado declínio, que corresponde a aproximadamente 90% em comparação com ano anterior, totalizando seis casos no referido. A partir de 2014, não houve nenhum registro da doença no município, quadro epidemiológico que se manteve até o ano de 2017.

| MÊS | CASOS POSITIVOS | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-----------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
| | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
| | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) |
| JAN | 14 | 16 | 23 | 25 | 3 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FEV | 4 | 5 | 8 | 9 | 1 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MAR | 1 | 1 | 6 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ABR | 0 | 0 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MAI | 7 | 8 | 7 | 8 | 1 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| JUN | 2 | 2 | 12 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| JUL | 4 | 5 | 9 | 10 | 1 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| AGO | 5 | 6 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SET | 2 | 2 | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| OUT | 6 | 7 | 6 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NOV | 33 | 38 | 7 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| DEZ | 9 | 10 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 87 | 100 | 93 | 100 | 6 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabela 3: Análise da distribuição mensal de casos de malária no município de Brasil Novo no período de 2011 a 2017 de acordo com o número total da população.

Fonte: SIVEP-MALÁRIA; 2018.

Outro ponto a ser observado refere-se a taxa de variação, neste aspecto é notório que nos três primeiros anos houve uma redução de 100% na comparação com 2017. Os demais anos por não apresentar registro de casos, a variação manteve-se zerada.

3.4 Casos Positivos de Malária No Município de Pacajá

Pacajá com seus 46.383 habitantes segundo estimativa de 2017 do IBGE, em 2011, notificou 4.563 casos de malária, ou seja, quase 10% da sua população foi infectada pelo *plasmodium*. A distribuição destes ao longo dos meses, mostrou Janeiro com 18,5% dos casos, Julho 11% e fevereiro 10,5%, como os meses de maior prevalência.

No ano subsequente a tabela 4, demonstra uma redução de aproximadamente 50% no número do agravo, o que corresponde a 2.397 notificações. Neste, Janeiro e Fevereiro mantiveram-se entre os meses de maior índice da infecção, com respectivos 375 e 326 casos. Observa-se ainda, que até 2015, foi mantido uma gradativa diminuição no número de incidência, onde contabilizou-se 839 casos em 2013, 504 em 2014 e 346 em 2015. Contudo, dos municípios estudados, conforme exibido na tabela 4, Pacajá foi o que apresentou nos dois últimos anos um aumento sequencial no número de ocorrência, pois em 2016 nota-se um incremento de 33,5% em comparação com ano 2015, o qual apresentou o menor índice do período de estudo e, 2017 em relação ao mesmo ano, apresentou um acréscimo de 83,5% nas notificações.

| MÊS | CASOS POSITIVOS | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-----------------|--------|-------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
| | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
| | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) |
| JAN | 845 | 19 | 375 | 16 | 261 | 31 | 127 | 25 | 44 | 13 | 67 | 15 | 135 | 21 |
| FEV | 482 | 11 | 326 | 14 | 156 | 19 | 46 | 9 | 63 | 18 | 66 | 14 | 57 | 9 |
| MAR | 333 | 7 | 160 | 7 | 78 | 9 | 32 | 6 | 26 | 8 | 53 | 11 | 53 | 8 |
| ABR | 165 | 4 | 151 | 6 | 76 | 9 | 26 | 5 | 12 | 3 | 27 | 6 | 50 | 8 |
| MAI | 199 | 4 | 167 | 7 | 45 | 5 | 31 | 6 | 9 | 3 | 15 | 3 | 47 | 7 |
| JUN | 285 | 6 | 177 | 7 | 33 | 4 | 40 | 8 | 19 | 5 | 16 | 3 | 60 | 9 |
| JUL | 506 | 11 | 179 | 7 | 39 | 5 | 47 | 9 | 23 | 7 | 10 | 2 | 27 | 4 |
| AGO | 420 | 9 | 138 | 6 | 34 | 4 | 47 | 9 | 23 | 7 | 17 | 4 | 20 | 3 |
| SET | 331 | 7 | 127 | 5 | 29 | 3 | 32 | 6 | 26 | 8 | 30 | 6 | 39 | 6 |
| OUT | 345 | 8 | 172 | 7 | 37 | 4 | 39 | 8 | 25 | 7 | 28 | 6 | 65 | 10 |
| NOV | 354 | 8 | 221 | 9 | 32 | 4 | 16 | 3 | 25 | 7 | 48 | 10 | 51 | 8 |
| DEZ | 298 | 7 | 204 | 9 | 19 | 2 | 21 | 4 | 51 | 15 | 85 | 18 | 31 | 5 |
| TOTAL | 4.563 | 100 | 2.397 | 100 | 839 | 100 | 504 | 100 | 346 | 100 | 462 | 100 | 635 | 100 |

Tabela 4: Análise da distribuição mensal de casos de malária no município de Pacajá no período de 2011 a 2015 de acordo com o número total da população.

Fonte: SIVEP-MALÁRIA; 2018

3.5 Casos Positivos de Malária No Município de Senador José Porfírio

Segundo estimativa do IBGE de 2017, a população de Senador José Porfírio corresponde a 11.357 habitantes. Neste, conforme a Tabela 5, no ano de 2011, houveram 1.295 casos de malária, o que representa o acometimento de mais 11% da população, no referido, os meses de maior incidência foram: Janeiro com 14% e Fevereiro 11%. Nos anos subsequentes até 2014 observa-se um comportamento similar em relação a distribuição mensal. Contudo, este perfil é alterado a partir de 2015, anos que apresentaram os menores índices, com destaque para 2017 com apenas um caso.

A avaliação do comportamento da distribuição anual dos casos positivos de malária não difere do perfil da maioria dos demais municípios avaliados, ou seja, observa-se redução significativas na taxa de ocorrência da doença. Nota-se que a partir de 2012 o decréscimo foi acentuado e assim mantido até 2017, o qual registrou o menor IPA 0,09/1000hab, índice este bem inferior ao registrado em 2011 que representava 108/1000 hab.

| MÊS | CASOS POSITIVOS | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-----------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
| | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
| | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) |
| JAN | 178 | 14 | 103 | 14 | 90 | 46 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FEV | 142 | 11 | 113 | 15 | 27 | 14 | 12 | 20 | 0 | 0 | 2 | 67 | 0 | 0 |
| MAR | 91 | 7 | 122 | 17 | 28 | 14 | 24 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ABR | 100 | 8 | 51 | 7 | 14 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MAI | 117 | 9 | 90 | 12 | 5 | 3 | 7 | 12 | 2 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| JUN | 41 | 3 | 79 | 11 | 10 | 5 | 5 | 8 | 1 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| JUL | 109 | 8 | 57 | 8 | 3 | 2 | 5 | 8 | 2 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| AGO | 119 | 9 | 27 | 4 | 6 | 3 | 4 | 7 | 0 | 0 | 1 | 33 | 0 | 0 |
| SET | 107 | 8 | 19 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| OUT | 90 | 7 | 17 | 2 | 5 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 |
| NOV | 109 | 8 | 9 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| DEZ | 92 | 7 | 45 | 6 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 1.295 | 100 | 732 | 100 | 195 | 100 | 60 | 100 | 6 | 100 | 3 | 100 | 1 | 100 |

Tabela 5: Análise da distribuição mensal de casos de malária no município de Senador José Porfírio no período de 2011 a 2017 de acordo com o número total da população.

Fonte: SIVEP-MALÁRIA; 2018

3.6 Casos Positivos de Malária No Município de Vitória Do Xingu

Vitória do Xingu, município com população de 14.719 habitantes conforme estimativa de 2017 do IBGE. O município apresentou a distribuição mensal dos casos positivos conforme Tabela 6 semelhante aos demais municípios, ou seja, ora apresenta maior incidência nos meses de Julho 19% e Agosto 22%, caso de 2011, ora março 27% e junho 20%, observado em 2012. Contudo a incidência sofreu uma importante redução a partir de 2014 que registrou 14 casos, 2015 com um caso e os demais anos sem notificações.

A distribuição anual da doença também apresenta um comportamento muito similar às de outros municípios, sendo marcado em 2011 com alta taxa de registro, conferindo um IPA de 12/100hab em 2011. Este mesmo índice mostrou-se zerado nos dois últimos anos de estudo.

| MÊS | CASOS POSITIVOS | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-----------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
| | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
| | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) | Fa | Fr (%) |
| JAN | 6 | 3 | 13 | 9 | 7 | 16 | 1 | 7 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FEV | 10 | 6 | 13 | 9 | 3 | 7 | 2 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MAR | 5 | 3 | 27 | 19 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ABR | 3 | 2 | 15 | 10 | 7 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MAI | 13 | 7 | 9 | 6 | 6 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| JUN | 4 | 2 | 20 | 14 | 6 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| JUL | 35 | 19 | 11 | 8 | 6 | 14 | 5 | 36 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| AGO | 39 | 22 | 12 | 8 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SET | 21 | 12 | 8 | 6 | 4 | 9 | 1 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| OUT | 12 | 7 | 10 | 7 | 0 | 0 | 2 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NOV | 13 | 7 | 3 | 2 | 0 | 0 | 2 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| DEZ | 19 | 11 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 180 | 100 | 143 | 100 | 43 | 100 | 14 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabela 11: Análise da distribuição mensal de casos de malária no município de Vitória do Xingu no período de 2011 a 2017 de acordo com o número total da população.

Fonte: SIVEP-MALÁRIA; 2018.

4 | DISCUSSÃO

Neste estudo, evidencia-se o quanto a sazonalidade influencia o comportamento vetorial e conseqüentemente o da doença, pois os primeiros meses do ano mostraram-se como os de maior incidência de casos.

Segundo CORRÊA, 2013, Janeiro e Fevereiro caracterizam-se por períodos chuvosos, período que favorece a formação de poças de água e locais de várzeas, condição favorável a reprodução do mosquito, sem contar que a temperatura e humidade estão no limiar ótimo para a efetivação do ciclo do *plasmodium* no mosquito que é de 20 a 30°C.

Percebe-se também que no terceiro e quarto bimestre de cada ano os índices de infecções mantem-se entre os mais elevados, pois nesta estação ocorre a vazão dos rios, possibilitando condições favoráveis ao ciclo biológico do artrópode, fato associado a temporada de praias, onde a população desloca-se com maior frequência para as beiras de rio e igarapés expondo-se ao vetor.

Ao longo dos anos a distribuição dos casos de malária apresentaram uma homogeneidade. A implantação do PACM, foi um divisor de águas no tocante epidemiológico relacionado a malária nos municípios contemplados, pois a partir de 2011, ano de início das intervenções registrou o maior número de casos da doença na região coberta pelo programa. Condição que pode estar relacionado ao início das atividades, não sofrendo os impactos iniciais das ações desenvolvidas.

É mister considerar, a influência dos fatores que favoreceram uma maior

transmissão da doença, ocorrida durante o início das obras de construção da Usina Hidroelétrica de Belo Monte, tais como: o desmatamento, que incluiu a abertura de áreas para a construção da infraestrutura do projeto (estradas, canteiro de obras, acampamentos, área para estoques de solo, etc.) e para o reservatório de água, a migração maciça, as mudanças ambientais decorrentes do crescimento demográfico, a precariedade nas condições sanitárias e de moradia da população, assim como da proximidade física de residentes nas áreas do entorno. Pois um processo migratório muito intenso, ocorrido em curto espaço de tempo, expõe milhares de pessoas ao risco de contraírem essa doença (FERREIRA, 2013).

Entretanto, a partir de 2012, já se percebe o impacto das atividades, pois houve uma redução significativa no registro da endemia, aproximadamente 40%. O ápice da redução ocorreu em 2015, com alcance de 96,1% de abatimento comparado a 2011. Contudo, em 2017, observa-se um aumento do número de infectado em relação ao arrefecimento alcançada, porém confrontando ao início do período, ainda é mantido um notório percentual de queda aproximado a 94%.

Este decréscimo no decorrer do período do estudo elucida a efetividade das ações planejadas e desenvolvidas com base no PACM, cujo os princípios baseiam-se no diagnóstico e tratamento precoces bem como a avaliação laboratorial para malária em todos trabalhadores envolvidos na construção da Usina hidroelétrica de Belo Monte e tratar os casos positivos, inclusive os portadores assintomáticos (LADISLAU, 2006).

Portanto, a condição epidemiológica atual, inédita e rara no contexto de Amazônia legal brasileira, demonstra o impacto que uma ação, cujo o subsídio financeiro suficiente, bem gerido, com atividades planejada, organizada, envolvendo as três esferas governamentais e o seguimento privado, pode mudar a realidade de uma região.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que após a implementação do Plano de Ação para o Controle da Malária (PACM) na Região de Saúde Xingu, mais especificamente nos municípios sob intervenção do plano, ocorreu uma considerável redução na incidência de malária. No ano de 2011, período que marca o início das atividades do PACM, a incidência parasitária anual - IPA referente aos seis municípios fosse de 50,75 casos por mil habitantes, o que condicionava a localidade como de alto risco para malária.

As ações empenhadas nos municípios pelo programa fizeram com que em apenas quatro anos o IPA passa-se a 1,9 casos por mil habitantes. Mudança significativa de perfil epidemiológica que requalifica a região para baixo risco para

malária. Porém, no ano de 2017 o índice parasitário anual sofreu um aumento em relação a 2015, passando a 3,0 casos por mil habitantes, no entanto, apesar do aumento a região mantém o status de baixo risco.

Portanto as ações desenvolvidas, foram determinantes para o sucesso alcançado, visto que, alguns municípios apresentaram pouco ou nenhum caso da enfermidade no último ano de estudo, fato inédito para a Região de Saúde Xingu, que ao longo da história sofreu com essa enfermidade. Tal feito demonstra também o quanto ações planejadas e integradas entre os distintos níveis hierárquico da saúde, apoiado pelo setor privado, especialmente com recursos financeiros, podem alcançar resultados expressivos, tanto para o controle da malária na região, como também para outras doenças endêmicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. Brasília- DF, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do sistema único de saúde-DATASUS. **Boletim epidemiológico, 2014**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 07 maio de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do sistema único de saúde-DATASUS. **Boletim epidemiológico da malária no Brasil de 2000-2011**. 2013. Vol 44. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/11/BE-2013-44--1----Mal-ria.pdf>. Acesso em 07 maio de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do sistema único de saúde- **Sistema de informação hospitalar- SIH-DATASUS – DATASUS**. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv>. Acessado em 10 de maio de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia prático de tratamento da malária no Brasil**. 1.ed. Brasília-DF, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica- Notificação de Casos. SIVEP – MALÁRIA**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Acessado em 20 de Maio de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Situação epidemiológica da malária no Brasil**. Dados Portal Saúde, SUS. 2015. Acessado em: 20 de maio, 2016.

CORRÊA, Jéssica Ariana de Jesus. **Possíveis relações entre elementos meteorológicos e a epidemiologia espaço-temporal da dengue e malária no Estado do Pará**. Orientador Antônio Carlos Lôla da Costa. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Programa de Pós-Graduação em Recursos Naturais da Amazônia. Santarém, 2013.

FERREIRA, F.A. **Aspectos clínicos e epidemiológicos da malária em um hospital universitário de Belém, estado do Pará, Brasil**, 2013. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s2176-62232013000200005. Acessado em 20 de maio de 2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. **Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Estimativas da população residente com data de referência 2017.

LADISLAU, José Lázaro de Brito; LEAL, Maria do Carmo; TAUIL, Pedro Luiz. **Avaliação do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na região da Amazônia Legal, Brasil, no contexto da descentralização.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 15, n. 2, p. 9-20, jun. 2006. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742006000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 abril. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000200003>.

OPAS, BRASIL. **Malária.** 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5287:malaria-2&Itemid=875.

Secretaria Estadual de Saúde-SESPA. **Mapas centros regionais de saúde.** Pará. 2018. disponível em: http://www.saude.pa.gov.br/?page_id=459. Acessado em: 20 de abril, 2018.

SILVEIRA, Antônio Carlos. **Avaliação da estratégia global de controle integrado da malária no Brasil.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001. 120p.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa.** 8ª ED. Petrópolis, RJ: vozes, 2011. pág 136 a 137.

RELAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE SATISFAÇÃO COM A VIDA E A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS ENTRE JOVENS NO MUNICÍPIO DE ITAPETINGA – BAHIA

Data de aceite: 03/03/2020 **Rebeca Pereira da Silva**
Bióloga – UESB

Priscylla de Jesus Almeida
Bióloga – UESB

Luana Fagundes Requião
Psicóloga – Maurício de Nassau

Obertal da Silva Almeida
Professor Assistente UESB.

Murilo Marques Scaldaferrri
Professor Assistente UESB.

RESUMO: Introdução Derivada do latim “satis”, a palavra satisfação tem como significado algo como bastante bom, algo com quantidade adequada. Segundo Linder Pelz (1982), a satisfação é entendida como uma atitude, ou seja, uma avaliação positiva ou negativa feita pelo indivíduo sobre um determinado aspecto. Logo, suprir necessidades como comer quando sente fome e momentos de lazer é essencial para garantir essa satisfação. Segundo Heinonen H. (2004), o conceito de qualidade de vida é bastante complicado, pois envolve inúmeras questões, como relacionamento familiar, nível de atividade física, saúde, entre outros, que interligados ajudam o indivíduo estar em equilíbrio consigo mesmo. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) um dos aspectos que contribui para uma boa qualidade de vida é a saúde.

A saúde física é um dos principais fatores

que afetam a nossa vida, existindo assim uma relação entre atividade física, à melhoria da condição de saúde e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida. Não somente a saúde física, mas a saúde mental possui hoje, uma enorme importância no bem-estar dos indivíduos. Tendo em vista que há um aumento dos casos de stress crônico, ansiedade e depressão para além de tantos outros problemas psicológicos e emocionais.

Segundo Lucia Fontes (2010) os pesquisadores acreditam que o estudo sobre qualidade de vida pode servir como dispositivos para a mobilização do governo e da sociedade em torno de uma política de efetivação do movimento escolas promotoras da saúde como forma de atuar na melhoria da qualidade de vida da população.

Evidências apontam para uma relação positiva da atividade física com a qualidade de vida e vitalidade (Abu-Omar, Rutten e Lehtinen 2004). Além disso, a atividade física parece estar associada com melhorias no bem estar, autoestima, auto eficácia, encorajando e gerando pensamentos, sentimentos positivos que servem para atingir o humor negativo (Roeder 1999). Nesta perspectiva, a atividade física tem tido cada vez mais impacto na

satisfação com a vida. Segundo Pavot e Diener (1993), a satisfação com a vida envolve um julgamento cognitivo consciente acerca da vida da própria pessoa em que os critérios para tal julgamento são-lhe intimamente inerentes.

Para Huebner (2003), a adolescência é uma fase interessante para que sejam feitos estudos com relação a satisfação com a vida. Segundo Scivoletto (2004), a adolescência é uma fase onde todos estão à procura de sua própria identidade. Podendo se autoquestionar e um período de mudanças, de transições em todos os aspectos tendo seus valores e conceitos de vida mudando a qualquer momento. Estar satisfeito, realizado com sua própria vida ou com boas perspectivas para o futuro pode ser uma condição favorável para o desenvolvimento de hábitos saudáveis e de maiores preocupações com a manutenção da própria saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada com a coleta de dados primários (questionários) entre o período de 17 de setembro e 02 de outubro de 2018. Estes questionários foram feitos com questões predominantemente objetivas contendo 11 perguntas, buscando coletar informações sobre a satisfação com a vida, levando em consideração pontos como saneamento básico do bairro em que moram, escola, moradia e ambiente familiar, e hábitos relacionados com a prática de atividade física, em escolas estaduais, universidade estadual, escolas municipais e também da rede privada. Obtendo 332 questionários respondidos por 75 alunos de escolas privadas, 142 na rede estadual e 115 alunos nas escolas municipais, com público alvo de 14 a 35 anos em cursos a partir do 9 ano do ensino fundamental II ao ensino superior. Para as respostas, foi sugerido aos alunos que colocassem números de 1 a 3 conforme a seguinte ordem: (1) para satisfeito, (2) para razoavelmente satisfeito e (3) para insatisfeito, nas questões relativas à sua satisfação com a vida, e que marcassem um X nas alternativas em que se enquadravam nas questões relacionadas aos seus hábitos na prática de atividades físicas.

Após a coleta, os dados foram organizados e separados, formando 3 grupos: rede estadual, privada e municipal de ensino. As variáveis contidas no questionário, não só foram analisadas em cada um desses grupos, como também de forma geral e por idade. Essa análise se deu a partir da frequência relativa e sua representação foi feita por meio de gráficos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados mostram que a maioria dos alunos (72%) está satisfeita com a sua qualidade de vida (gráfico 1), tendo assim uma avaliação positiva, como

demonstrado com o estudo de Catunda e Ruiz (2008), realizado com graduandos dos cursos de Educação Física, Psicologia e Sistemas de Informação, e Dias et al (2010), que fizeram um estudo da qualidade de vida de 100 alunos do curso de medicina de Sorocaba – PUC/SP, em que, os resultados apontam a avaliação positiva dos jovens estudantes.

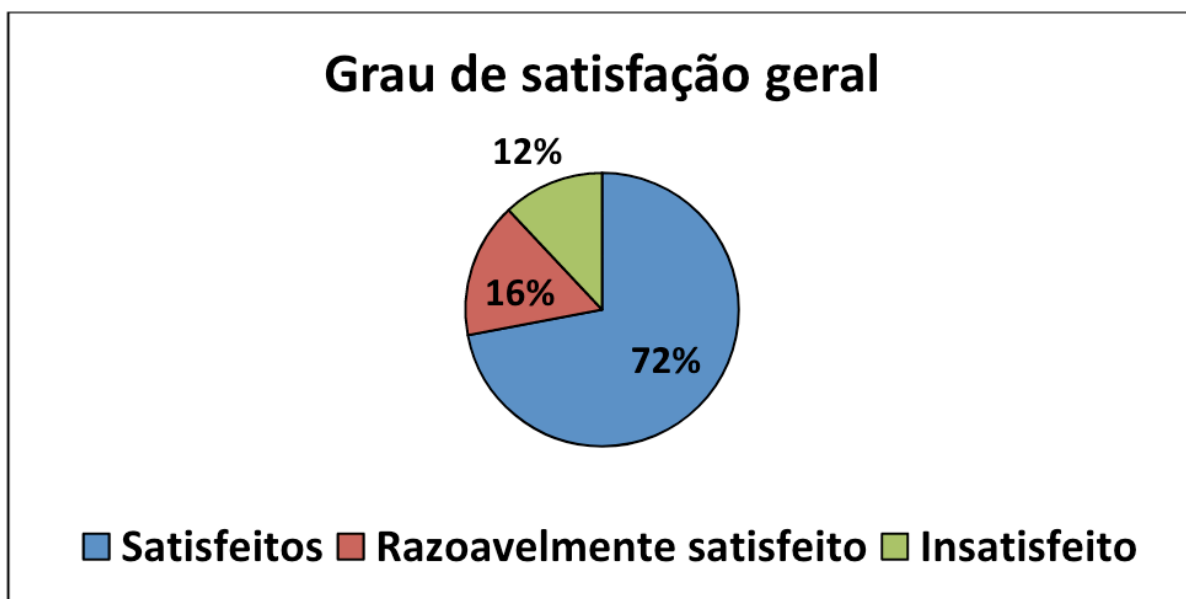


Gráfico 1. Grau de satisfação geral dos 332 jovens e adultos. Fonte: autores

O gráfico 2 mostra o grau de satisfação em geral dos jovens nas áreas de condições de moradia (75%), qualidade na escola (58%) relacionamento familiar (73%), saúde e atividade física (47%).

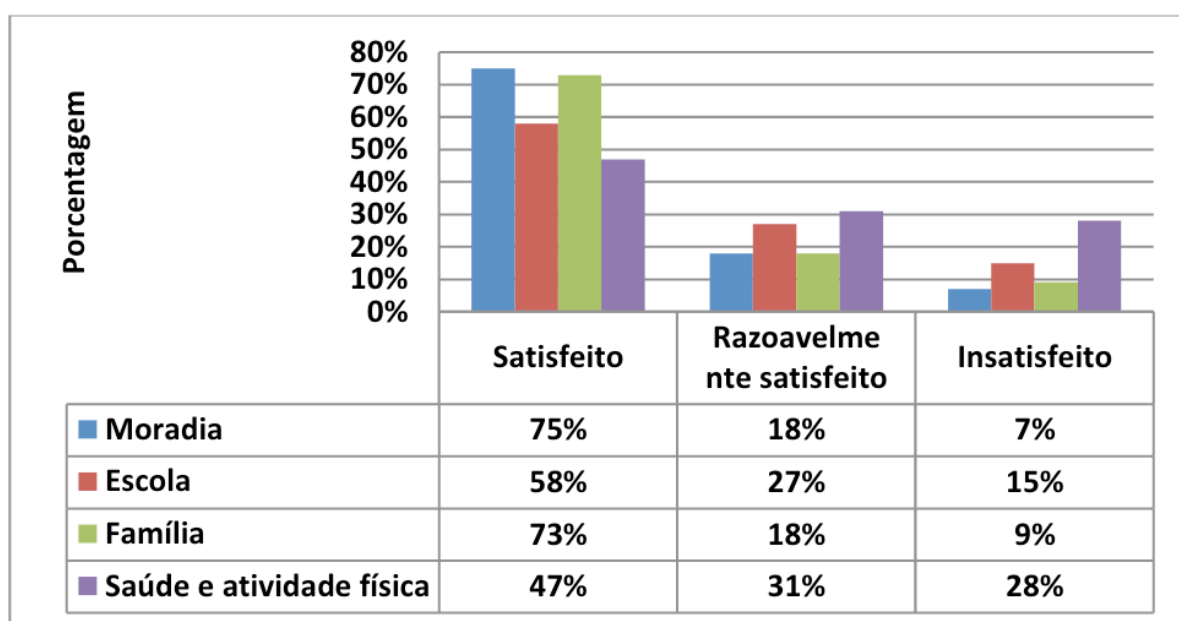


Gráfico 2. Grau de satisfação geral na área de condições de moradia, relacionamento familiar, qualidade na escola, saúde e atividade física. Fonte: Autores

Se observarmos os gráficos 3, 4 e 5, que mostram Grau de Satisfação entre

estudantes da rede particular, municipal e estadual separadamente, podemos constatar que a saúde e prática de atividades físicas aparecem como o ponto que gera mais insatisfação entre os entrevistados. 27% na rede particular, 22% em escolas do município e 33% na rede estadual de ensino.

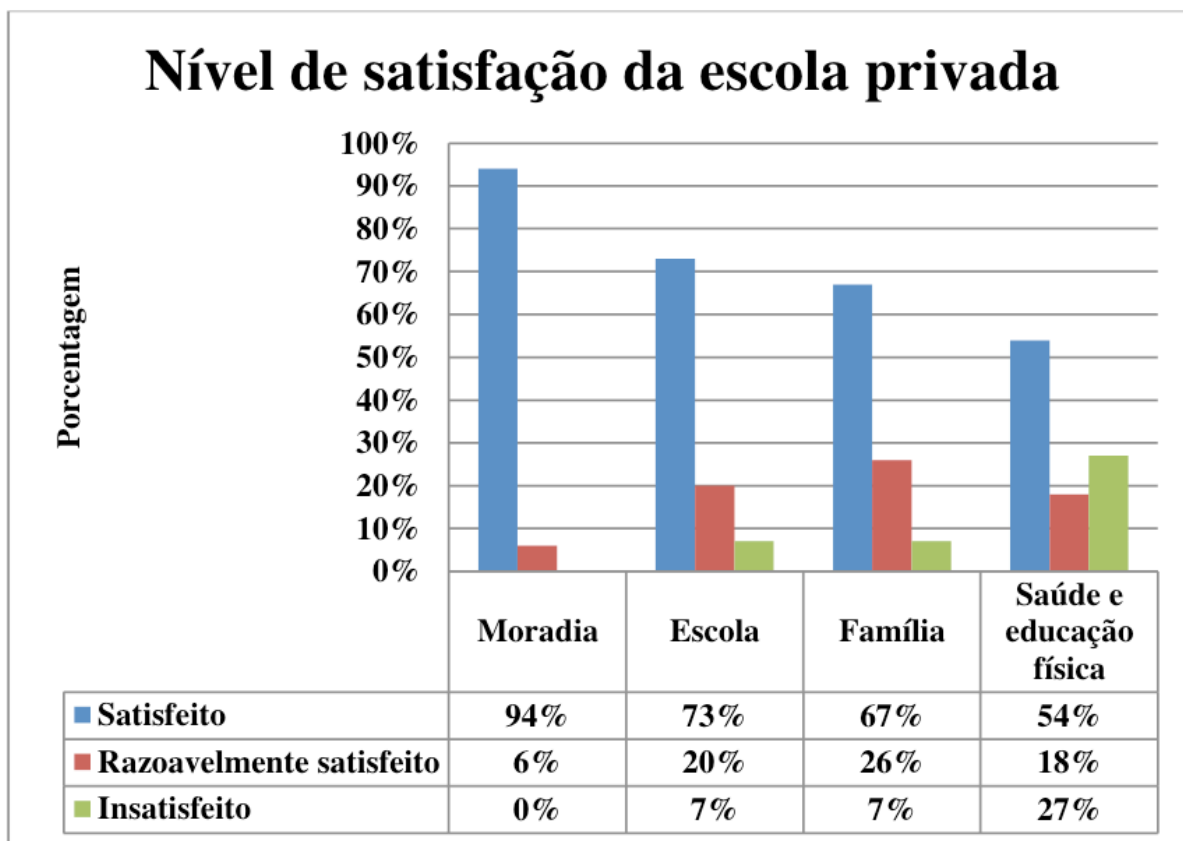


Gráfico 3. Grau de satisfação nas escolas da rede privada do município de Itapetinga-BA. Fonte: Autores.

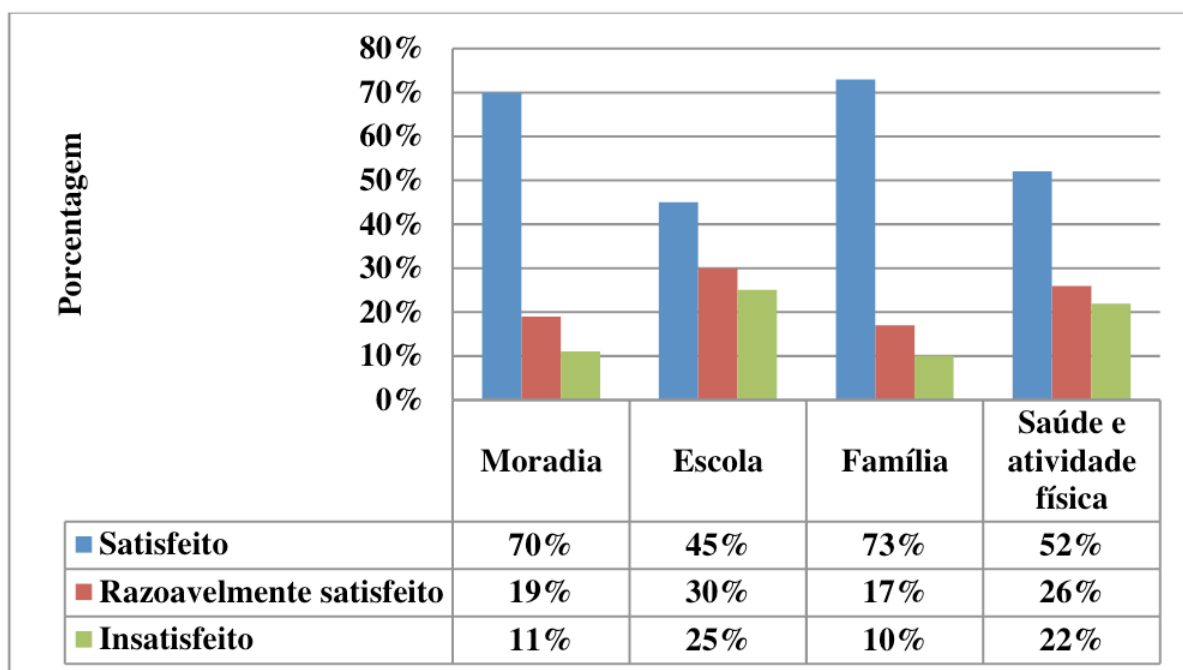


Gráfico 4. Grau de satisfação nas escolas da rede Municipal de Itapetinga-BA. Fonte: Autores.

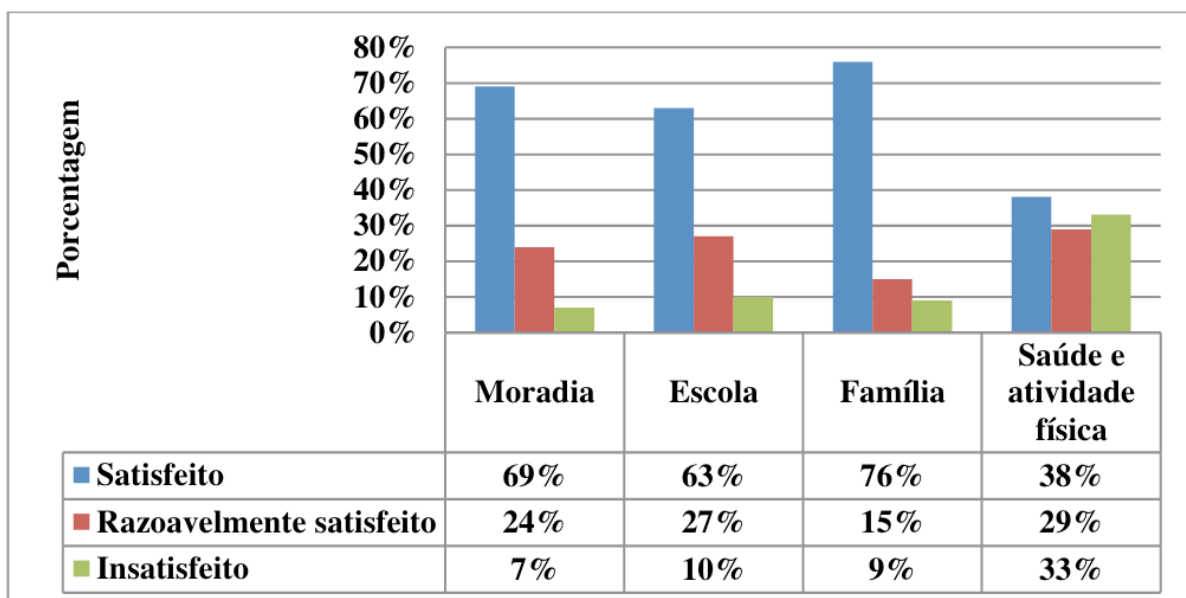


Gráfico 5. Grau de satisfação nas escolas da rede Estadual no município de Itapetinga-BA. Fonte: Autores.

Apesar da pequena diferença entre o nível de satisfação por idade, os resultados mostraram (**Gráfico 6, 7 e 8**) que o grau de satisfação com a vida cai entre alunos com faixa etária entre 26 a 35 anos (**62%**), abaixo da faixa etária entre 19 a 25 (**65%**) e também da faixa etária entre 14 a 18 (**75%**). Isso pode ser explicado devido à falta de tempo para as realizações de algumas atividades essenciais para a melhoria da qualidade de vida, pois muitos jovens nessa idade necessitam trabalhar para se sustentar, ou até mesmo a escola/faculdade roubam tempo e conseqüentemente esse tempo para a prática de atividade física, cuidado com a saúde e ate mesmo o lazer ficam comprometidos.

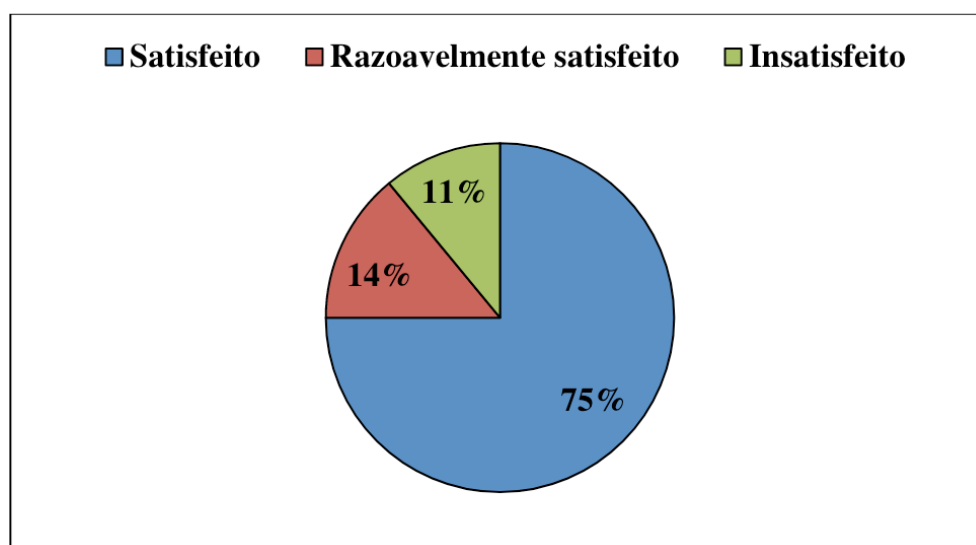


Gráfico 6. Grau de satisfação dos alunos na faixa etária de 14-18. Fonte: Autores.

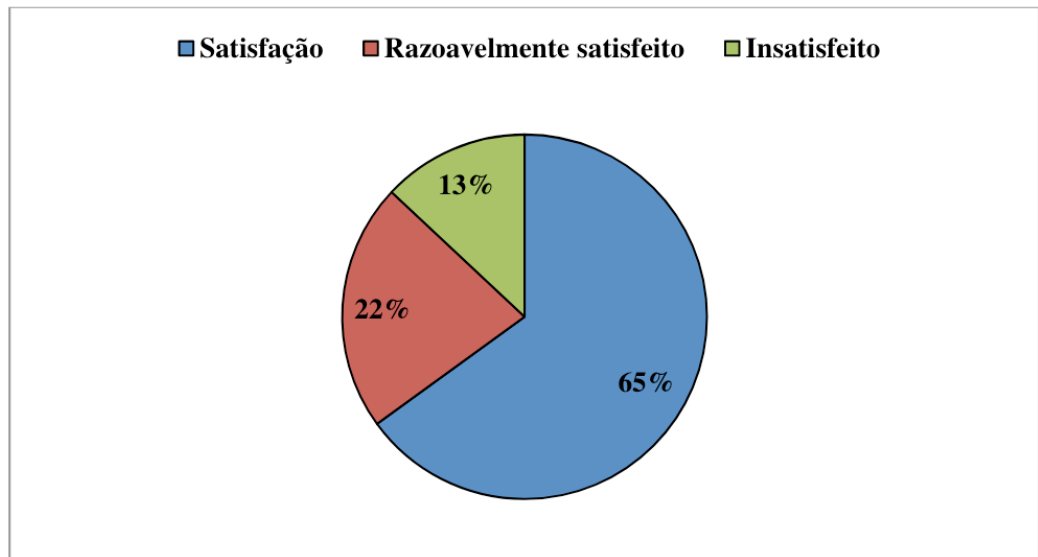


Gráfico 7. Grau de satisfação dos alunos na faixa etária de 19-25. Fonte: Autores.

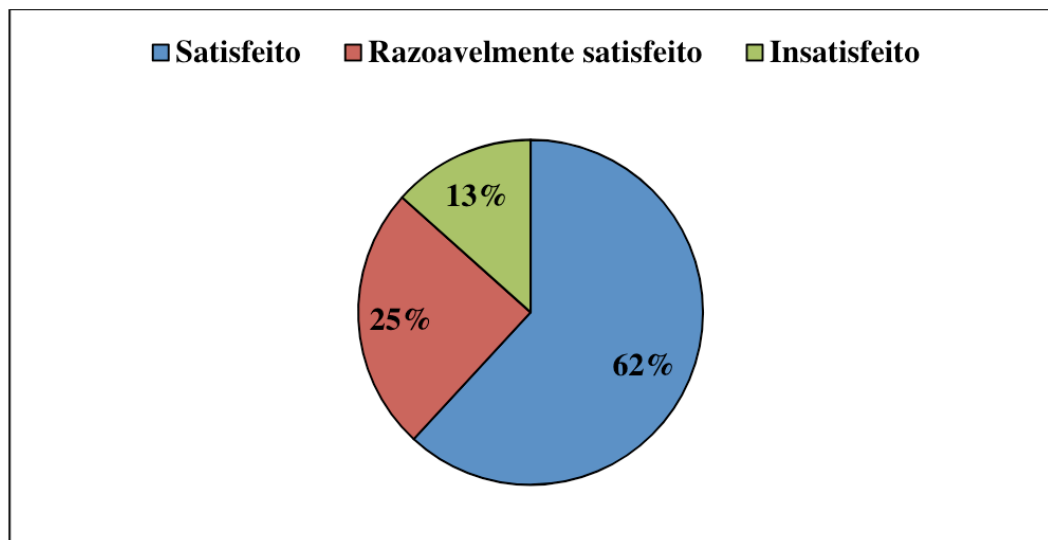


Gráfico 8. Grau de satisfação dos alunos na faixa etária de 26-35. Fonte: Autores.

Knuth et al (2009) já afirmavam que é possível ver uma queda da prática de atividade física, fazendo necessário a criação de políticas públicas e programas de saúde e lazer de um modo que atenda todos os públicos e faixas etárias.

De acordo com o trabalho de Sandra Mahecha Matsudo ET. AL., realizado no Centro de Estudos do Laboratório Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS & Programa Agita São Paulo, claramente há uma tendência de aumento do nível de sedentarismo com o aumento da idade cronológica e concomitantemente uma diminuição na porcentagem de indivíduos muito ativos.

Quando questionados sobre a frequência com que praticavam atividades físicas (Gráfico 9), um número considerável de estudantes (32%) informou não praticar nenhum tipo de atividade durante a semana e ainda 22%, afirmaram ter esta prática apenas uma vez por semana.

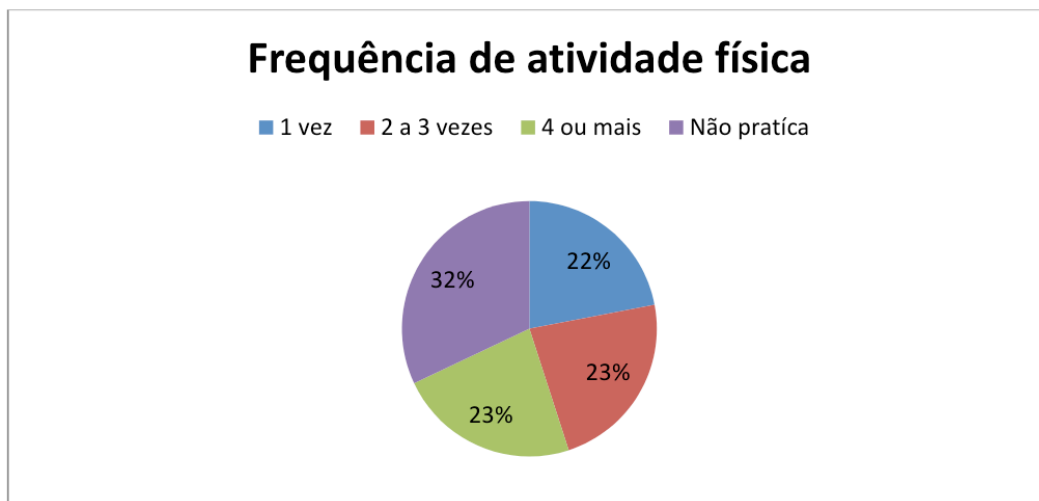


Gráfico 9. Frequência de atividades físicas em estudantes de Itapetinga – Ba. Fonte: Autores.

São conhecidos os riscos à saúde associados a baixos níveis de atividade física em adolescentes, bem como os benefícios decorrentes dessa prática, quando realizada de forma suficiente e regular. Os hábitos de atividade física adquiridos na adolescência podem predizer o nível de prática de atividade física na idade adulta. (Hallal P 2006); (Strong, 2005). Segundo a organização Mundial de Saúde (OMS), “a Saúde consiste num estado de completo bem-estar físico, social e mental e não apenas na simples ausência de doença”. Nesta perspectiva, a atividade física tem tido cada vez mais impacto na satisfação com a vida.

Nos dados da pesquisa observamos uma divisão interessante com relação aos principais motivadores da prática de atividades físicas (**Gráfico 10**). Praticar como forma de lazer (41,4%) e a preocupação com a saúde (40%), apareceram como os principais motivos que levam os jovens avaliados a se exercitar, seguidos pela preocupação com o corpo (18,6%).

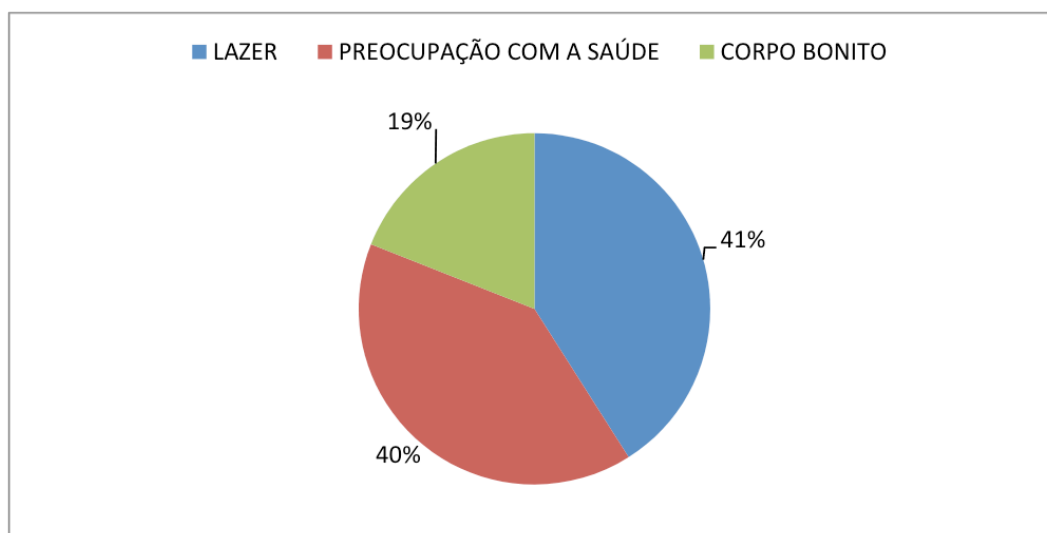


Gráfico 10. Principais motivadores da prática de atividades físicas em estudantes de Itapetinga-Ba. Fonte: Autores.

O **gráfico 11** mostra a relação de alunos satisfeitos com a vida e a prática de atividades físicas. A grande maioria, chegando a 70%, dos que se disseram satisfeitos com a vida, pratica alguma atividade física. Os dados mostram uma relação positiva entre essa prática e o bem – estar.

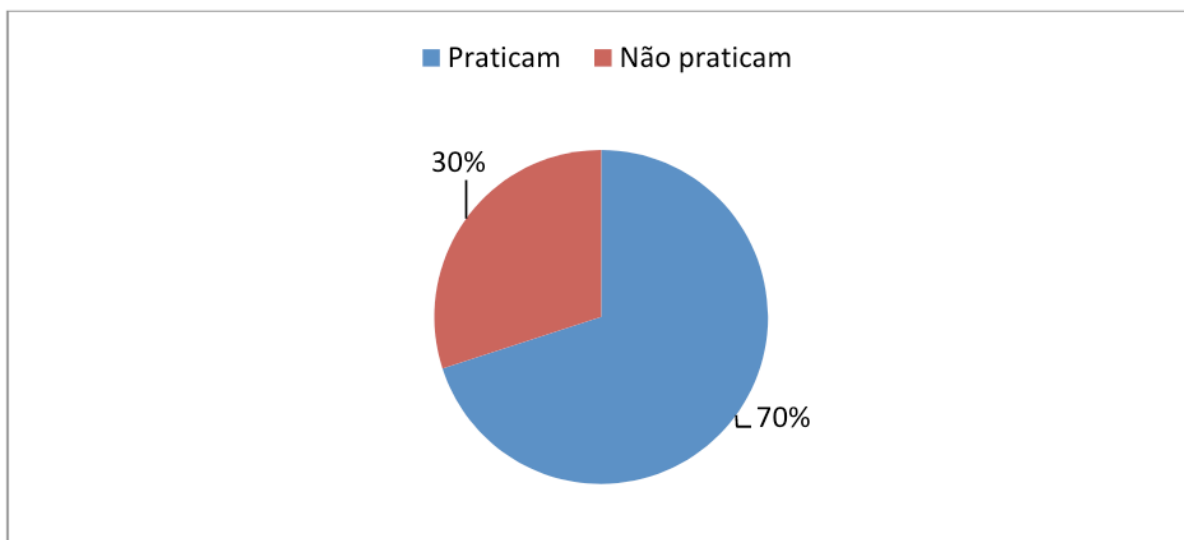


Gráfico 11. Satisfeitos com a vida em correlação à prática de atividades físicas. Fonte: Autores.

O **gráfico 12** demonstra que 53% dos alunos que se pronunciaram como não satisfeitos com a vida também não praticam atividade física.

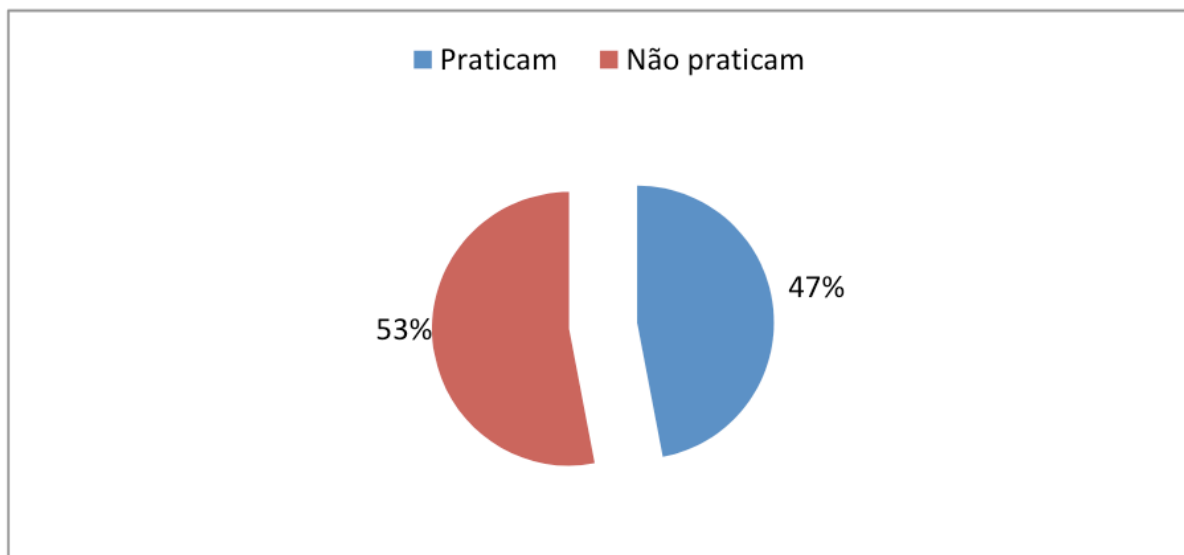


Gráfico 12- Insatisfeitos com a vida em relação à prática de atividades físicas. Fonte: Autores.

Estar satisfeito com a vida, dentro da sua complexa avaliação, pode ser importante na escolha de hábitos que influenciam na qualidade de vida das pessoas. As relações feitas por essa pesquisa nos mostram, por exemplo, que a prática de atividades físicas aumenta consideravelmente entre pessoas que se sentem satisfeitos.

É necessário promover ações através de projetos em escolas e universidades

privadas e públicas, chegando até o meio familiar, podendo dessa forma gerar um estímulo à prática de atividades físicas regularmente, buscando além de melhorar as condições de saúde, trazer benefícios que possam influenciar direta ou indiretamente a rotina diária, proporcionando assim um aumento no índice de satisfação com a vida.

REFERÊNCIAS

- Heinonen H, Aro AR, Aalto AM, Utela A. Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? *Qual Life Res.* 2004;13(8):1347-56
- Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982; 16:577-82.
- Knuth AG, Bacchieri G, Victora CG, Hallal PC. Changes in physical activity among Brazilian adults over a five-year period. *J Epidemiol Community Health.* 2009; No prelo
- Lucia Fontes Rev. paul. pediatr. vol.28 no.1 São Paulo Mar. 2010
- ABU-OMAR, K; RUTTEN, A; LEHTINEN, V. Mental health and physical activity in the European Union. *Soz Praventivmed.*2004.
- DIENER, E, Gohm, C., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31, 419-436.
- HUEBNER, E. SULDO, S.; VALOIS, R. Psychometric Properties of two Brief of Children's Life Satisfaction: The Students Life Satisfaction Scale (SLSS) and the Brief Multidimensional Students Life satisfaction Scale (BMSLSS). Paper prepared for the Indicators of Positive Development Conference. March 12-13. 2003. Disponível em: < <http://www.childtrends.org/Files/HuebnerSuldoValoisPaper.pdf> >.
- HALALL P, Victora CG, Azevedo MR, Wells JC. Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports Med.* 2006; 36(12): 1019-30.
- PAVOT, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172.
- STRONG WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr.* 2005; 146(6): 732-7. DOI: 10.1016/j.jpeds.2005.01.055.
- Catunda, M. A. P.; ruiz, V. M. Qualidade de vida de universitários. *Pensamento Plural: Revista Científica*, São João da Boa Vista, v. 2, n. 1, p. 22-31, 2008.
- Roeder, L. W., "The Global Disaster Information Network", [online]. Oct./Nov. 1999, *Bulletin of the American Society for Information Science*. [retrieved on Jun. 13, 2007]. Retrieved from the Internet: <URL: <http://www.asis.org/Bulletin/Oct-99/roeder.html>>, 5 pgs.
- SCIVOLETTO, S. Tratamento psiquiátrico de adolescentes usuários de drogas. In: FOCCHI, G. R. A et al. *Dependência química: novos modelos de tratamento*. São Paulo: Roca, 2004.
- MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K.; NETO, T. L. B. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 7, n. 1, p. 2-13, jan./fev. 2001.

RELATO DE CASO: ENTRE A CONSTRUÇÃO DE VÍNCULO E A MINIMIZAÇÃO DA DOR

Data de aceite: 03/03/2020

Carla Moura Cazelli

Link lattes: <http://lattes.cnpq.br/9087579389985854>

Mayara Bastos Souza

Link lattes: <http://lattes.cnpq.br/1762545534218489>

RESUMO: Esse artigo foi construído a partir da experiência vivenciada no projeto de extensão HLV+ (Human Love Virus) da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ - Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), que dentro dos seus objetivos tem a construção de vínculo e identificação de fatores pessoais que impactam significativamente no quadro clínico dos pacientes. Já que a dor possui um aspecto emocional que contribui para sua potencialização, dependendo da experiência vivenciada pelo indivíduo; desenvolver uma boa relação médico-pessoa é fundamental no cuidado em situações de dor intensa. Esse relato de caso busca apresentar como alunos que fazem parte do projeto conseguiram compor o cuidado de um paciente internado no HUPE; o qual sofreu traumatismo raquimedular, ficando internado por 8 meses, restrito ao leito e com muitas dores. A dor é o primeiro indicador de qualquer lesão tecidual, mas também apresenta aspectos sensoriais - afetivos - autonômicos e comportamentais, sendo assim, é considerada

uma sensação subjetiva e pessoal. Concluímos que, diante da experiência vivida, a atuação do projeto de extensão se baseou na tentativa de minimizar os fatores estressores que favoreciam o estado de dor psicossomática apresentado pelo paciente, mediante a construção do vínculo pessoa médico.

PALAVRAS-CHAVE: Relação médico-pessoa, Subjetividade da dor, Humanização e vínculo no cuidado.

CASE REPORT: BETWEEN BOND CONSTRUCTION AND PAIN MINIMIZATION

ABSTRACT: This article was elaborated from the experience observed in the extension project HLV + (Human Love Virus) of the Faculty of Medical Sciences of UERJ - Pedro Ernesto University Hospital (HUPE), whose objective is the construction of a bond and identification of personal factors that significantly impact patient's clinical condition. The pain has an emotional aspect that contributes to potentialization, depending on the experience lived by the individual; Developing a good doctor-patient relationship is critical in situations of severe pain. This case report seeks to present how students who are part of the project were able to compose the care of a patient admitted to HUPE; who suffered spinal cord injury, was hospitalized for 8 months, restricted to bed and

suffered with severe pain.

The pain is the first indicative of some tissue injury, and also presents sensory - affective - autonomic and behavioral aspects, therefore, it's considerate a subjective and personal sensation. With this experience we can conclude that the extension project's performance is based on the attempt to minimize the stressors involved on the patient's psychosomatic pain state, using the doctor- patient relationship.

KEYWORDS: Doctor patient relationship, Pain subjectivity, Humanization and bonding in medical care.

1 | INTRODUÇÃO

O relato desse caso foi possível a partir do projeto de extensão nomeado Human Love Virus + (HLV+) que foi criado em 2011, a partir dos conceitos abordados pelas disciplinas do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária (DMIF) da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, baseado na crescente demanda pelo atendimento humanizado (BRASIL, 2010) e da necessidade da aproximação do aluno de medicina à humanização.

2 | A DEMANDA DO SUS X A CRIAÇÃO DO PROJETO

O projeto HLV+ caminha de encontro à emergência do tema de humanização na pauta do SUS, cujo desafio é constituir um sentido para que ela pudesse ao mesmo tempo ser um qualificativo de práticas renovadas e uma direção ético-política para se promover um movimento no sistema de saúde que indicasse certo modo de lidar com os desafios e problemas que ainda persistem no SUS e de se promover as mudanças necessárias (BRASIL, 2010).

Ao adotar a prática de humanização, o SUS afirma uma nova ética, a qual coloca em primeiro plano na gestão do trabalho e no cuidado em saúde as pessoas, que implica em reconhecer seus diferentes interesses, desejos e necessidades e incluí-los nos processos de diálogo, negociação e construção de corresponsabilidade (BRASIL, 2010).

Humanizar as práticas de saúde permite aos sujeitos a experimentação de outras perspectivas de construção de sua existência, mais em lateralidade, em relação interativa com os outros, forjando a emergência de subjetividades mais multirreferenciadas (PASCHÉ, D.; PASSOS, 2008), e de novas atitudes que favoreçam a construção de novas realidades sociais, políticas, institucionais e clínicas, ou seja, da produção de novos sujeitos (BRASIL, 2010).

Os hospitais são estruturas hiper complexas e uma das instituições contemporâneas mais impermeáveis a mudanças (CAMPOS GWS, 2008). Logo, mexer

em sua organização e em seus modos de gestão, tomando por princípio o método da Política de Humanização, é uma tarefa que exige preparação e acompanhamento avaliativo (SANTOS-FILHO, S. B, BARROS, M. E. B, 2009, e BRASIL, 2010).

A estrutura organizativa e a tradição gerencial dos hospitais brasileiros têm se apresentado como organizações burocráticas, autoritárias e centralizadoras (CAMPOS GWS, 2008). Estas características têm sido apontadas como relevantes na produção de uma série de problemas, como a oferta de assistência im pessoal e fragmentada, a indefinição de vínculos entre usuários e profissionais, o que produz baixa responsabilização e descompromisso, fragmentação do trabalho e insatisfação dos trabalhadores, e dos usuários (BRASIL, 2010).

3 | A PERCEPÇÃO DA NECESSIDADE DO PROJETO:

As disciplinas do Departamento de Medicina Integral de Família e Comunidade da Faculdade de Ciências Médicas - UERJ foram estruturadas para que o estudante de medicina possa entrar em contato com as pessoas nos locais onde moram, vivem e se protegem dos riscos à que estejam submetidas. Esse modo de intervenção torna possível que os estudantes desenvolvam a capacidade de reconhecer os determinantes subjetivos, sociais e biológicos do processo de saúde-adoecimento, a fim de que, quando forem inseridos nas cadeiras clínicas, esses conhecimentos possam guiá-los no entendimento da pessoa doente e na elaboração do processo terapêutico que combinem os aspectos biopsicossociais e os recursos da medicina centrada na pessoa (MOIRA STEWART, et al, 2017). Além disso, tais atividades permitem que os futuros médicos desenvolvam a capacidade de construir vínculos e assumir responsabilidades em relação aos seus pacientes (GOULART, B. N. G., CHIARI, B. M, 2007).

Em que pesem os resultados favoráveis alcançados ao final das disciplinas do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária (DMIF), quando os estudantes iniciam o “ciclo clínico” da faculdade, fase em que aprenderão a medicina prática, deparam-se com pessoas gravemente adoecidas, internadas nas enfermarias do Hospital Universitário Pedro Ernesto. O choque inicial é, muitas vezes, sublimado pela obrigatoriedade do cumprimento das tarefas das disciplinas referentes aos períodos, orientadas para aquisição de conhecimento e, na visão dos estudantes, para a necessidade de boas notas. Via de regra os alunos deixam de atentar para os aspectos subjetivos das pessoas internadas; apenas a realização da anamnese, a evolução e a prescrição medicamentosa são importantes. A “rotina” das disciplinas do ciclo clínico, de certa maneira e numa certa proporção, favorece que os estudantes desprezem o saber e a prática adquiridos nos anos anteriores.

O curso médico, do início ao fim, expõe os estudantes a diversas fontes de tensão, que incluem a sobrecarga de conteúdo teórico, o individualismo, o medo das doenças e o sentimento de impotência diante do sofrimento e da morte. E para “sobreviver” a tantos estressores, os estudantes lançam mão da alienação e do isolamento afetivos como possíveis mecanismos de defesa.

4 | O PACIENTE E SUA INTERNAÇÃO

Uma vez internado, o paciente sofre uma ruptura com seu cotidiano, desencadeadora de um sentimento de “falta de existência”, como se ele ficasse subitamente em déficit para com o mundo: separa-se da família, da residência, do bairro, do trabalho, dos amigos e começa a experimentar um constante desfazer de suas certezas e identidades; suas diferenças de sexo, idade e profissão tendem a ser anuladas em favor da condição de paciente; ele deixa de ter direitos sobre o próprio corpo e se vê separado, de modo abrupto, da vida que, dia a dia, construía e reconstruía sua identidade. Além disso, em diversas alas do hospital, a ausência de rostos, paisagens e objetos familiares acentua a perda de referências e o sentimento de abandono. (GOULART, B. N. G., CHIARI, B. M, 2007).

A rotina de esperas cria para o doente, com seus sofrimentos e solicitações, a constrangedora sensação de que ele é um obstáculo ao bom funcionamento do hospital. Ao transtorno de viver dependente dos cuidados alheios, pode-se somar aquele provocado pela quebra da conexão entre práticas que, na vida do indivíduo fora do hospital, possuem alguma continuidade: o corpo do hospitalizado transforma-se no principal lugar para manipulações descontínuas e fragmentadas; ele é frequentemente tratado por partes e abstraído através de exames e fichas de cadastramento (GOULART, B. N. G., CHIARI, B. M, 2007).

Em contrapartida a isso, o projeto surge com a proposta de acolher o ser biopsicossocial ali presente, avaliar a pessoa de forma integrada e de modo que o foco não seja apenas na enfermidade que motivou a internação e tampouco que esses alunos perpetuem o ciclo de fragmentação do sofrimento e queixas do paciente entre os profissionais e especialidades.

5 | AS VISITAS E O ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO

A participação no projeto transforma-se na aplicação prática do que os alunos estudam nas disciplinas do DMIF, colocando em exercício prático a escuta ativa/afetiva e desenvolvendo habilidades empáticas para com o paciente.

Para isso alunos do 1º ano do curso médico (2º período), principalmente

(embora alunos de outras séries também possam participar), atuam em duplas a fim de realizar visitas aos pacientes internados nos leitos de uma das enfermarias do HUPE (qualquer enfermaria), em torno de duas vezes por semana e fora do horário de atividades de aula. As visitas não implicam em nenhum tipo de atividade assistencial, tais como avaliação das prescrições, verificação de sinais vitais, anamnese, etc. O propósito é a “inoculação” do HLV nos pacientes internados e afastados do convívio familiar e social, pela dupla de “portadores” do vírus.

O relato e a avaliação das experiências de cada dupla são documentados em um portfólio, cujo principal objetivo é acompanhar o desenvolvimento de habilidades da dupla, a construção de vínculo e, conseqüentemente, a confiança do paciente em relação aos alunos, que cresce gradativamente e permite que o mesmo se sinta mais confortável para compartilhar suas angústias. A cada quinze dias os alunos se reúnem com a coordenação do seu grupo, a fim de relatarem suas experiências e, quando necessário, receber apoio afetivo e emocional.

A comunicação médico-paciente é fundamental no desenvolvimento das competências necessárias para medicina centrada na pessoa, aspecto fundamental na formação dos futuros médicos. Os alunos dos 1º ao 3º ano, em duplas, aproximam-se para estabelecer uma relação de escuta ativa/afetiva, onde os pacientes falam sobre as questões de sua vida e suas experiências nas internações. Eles também promovem atividades lúdicas envolvendo toda a enfermaria. Quinzenalmente encontram-se, apresentando portfólios das visitas até a alta. Os alunos desenvolvem a capacidade de: criar vínculo, desfocado da doença; e introduzir a história de vida, respeitando os contextos socioculturais.

6 | O IMPACTO PARA OS ALUNOS

Inúmeros benefícios podem ser citados a partir do desenvolvimento desse projeto. Ambos participantes desse processo são beneficiados: os estudantes e os pacientes. Os últimos relatam o sentimento de acolhimento, sensação de importância e por vezes companhia para a solidão da internação, visto que alguns deles ficam internados por longos períodos e não recebem visitas frequentes dos familiares, seja pela distância, por condições socioeconômicas ou outros.

Para os alunos auxilia a desenvolver a empatia e a solidariedade entre os estudantes de medicina. Desenvolver as habilidades de comunicação na relação médico-paciente. Desenvolver as competências relativas à da medicina centrada na pessoa. É capaz de contribuir para a diminuição do sofrimento dos estudantes, principalmente no início do ciclo clínico do curso de graduação.

Todo semestre é constatado o desenvolvimento dos alunos: na capacidade de

criar vínculo no ambiente hospitalar, desfocando a doença; no interesse pela história de vida do paciente; no incremento da escuta; e no aprendizado com as palavras e gestos dos pacientes, respeitando os contextos socioculturais.

7 | A DOR NA SUA REPRESENTAÇÃO FÍSICA E PSÍQUICA

No dia a dia do ser humano a dor é importante para a sobrevivência, sendo o primeiro sinal de lesão ao organismo. Assim os estímulos de dor revelam lesões ou ferimentos ao corpo humano (DA SILVA JOSÉ APARECIDO, RIBEIRO-FILHO NILTON PINTO, 2011).

Para DA SILVA, J e RIBEIRO-FILHO, NP (2011) “*qualquer estímulo que resulta em lesão ou ferimento conduz a uma sensação de dor, entre eles o calor, o frio, a pressão, a corrente elétrica, os irritantes químicos e até mesmo os movimentos bruscos.*”. No entanto, a dor pode ser iniciada em qualquer parte do corpo e a percepção dela vem de várias dimensões, variando na qualidade e quantidade, bem como nos aspectos afetivos-emocionais.

A dor possui um aspecto emocional que contribui para uma potencialização dependendo da experiência vivenciada pelo indivíduo. Em determinadas situações sua intensidade e duração não mantêm uma relação de proporcionalidade com o estímulo agressor, exibindo a participação do componente emocional na sensação dolorosa (BROTON, J.G.; ROSENFELD, J.P, 2011). Dessa forma, o projeto de extensão HLV+ (Human Love Virus) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM)-UERJ – Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), tem como um de seus objetivos a construção de vínculo e identificação de tais fatores pessoais que impactam significativamente no quadro clínico dos pacientes.

8 | RELATO DO CASO

Paciente masculino, 40 anos, negro, residente de São João de Meriti/RJ, internado na enfermaria da neurologia do HUPE.

O paciente relata queda de muro de aproximadamente 1,20m de altura seguida de perda de consciência, após ter adormecido sobre ele mesmo, depois de um dia de trabalho. Foi levado à UPA de São João de Meriti, onde recebeu diagnóstico de traumatismo raquimedular parcial e ficou internado por 4 meses; posteriormente foi transferido ao HUPE, onde permaneceu também por 4 meses.

Durante a internação no HUPE realizou 2 cirurgias cervicais e 1 enxerto em perna esquerda devido a úlceras consequentes à imobilização prolongada e realizou acompanhamento da fisioterapia para recuperação dos movimentos.

Apresentava queixa importante de dor que não cedia com tratamento convencional. Foi acompanhado pelo projeto HLV+, com visitas semanais, durante os 2 últimos meses que precediam a alta hospitalar. Através da construção de vínculo e da confiança adquirida, o paciente pôde revelar questões pessoais sobre como se sentia sozinho, já que apenas um familiar o visitava com frequência; a saudade que sentia de casa e a insatisfação por não poder ouvir música gospel que costumava auxiliar em seu estado emocional.

9 | DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A dor é o primeiro indicador de qualquer lesão tecidual (BASBAUM, A.; BUSHNELL, M.C, 2002); mas também apresenta aspectos sensoriais, afetivos, autonômicos e comportamentais, por isso é considerada uma sensação subjetiva e pessoal (WINOGRAD, MONAH, 2011).

Diante disso, a atuação do projeto se baseou na tentativa de minimizar os fatores estressores que favoreciam o estado de dor psicossomática apresentado pelo paciente. Através da construção de vínculo e da escuta ativa, o paciente se sentiu confortável para, inclusive chorar, ao expor problemas da vida pessoal; além disso foi disponibilizado um rádio para que ele voltasse a escutar as músicas que o confortavam. Após esses eventos o paciente relatou espontaneamente melhora significativa das dores apresentadas.

Assim, foi possível estabelecer relação entre o acesso à música e sua religião como indutores de resiliência para superar o componente emocional da dor vivenciada. O estresse psicológico, dessa forma, torna a dor mais intensa ou menos tolerável (BROTON, J.G.; ROSENFELD, J.P, 2011).

Observa-se então a subjetividade na interpretação do fenômeno doloroso com seu caráter emocional e sensitivo. A dor, portanto, além de induzir anormalidades físicas, altera o equilíbrio psicológico do indivíduo (BROTON, J.G.; ROSENFELD, J.P, 2011).

REFERÊNCIAS

BASBAUM, A.; BUSHNELL, M.C. **Pain: basic mechanisms**. In: GIAMBERARDINO, M. A. Pain – an updated review – International Association for the Study of Pain. Seattle: IASP Press, 2002. p.3-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização.– Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BROTON, J.G.; ROSENFELD, J.P. **Rostral trigeminal projections signal perioral facial pain**. BrainResearch, v.243, n.2, p.395-400, Jul. 1982.

CAMPOS GWS. Prefácio. In: Araújo GF, Rates SMM. **Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens**. Belo Horizonte. Sigma; 2008.

DA SILVA JOSÉ APARECIDO, RIBEIRO-FILHO NILTON PINTO. **A dor como um problema psicofísico**. Rev. dor [Internet]. 2011 June [cited 2019 Dec 20]; 12(2): 138-151. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000200011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132011000200011>.

MOIRA STEWART, JUDITH BELLE BROWN, WAYNE W. IAN WESTON, R. MCWHINNEY, CAROL L. MCWILLIAM, E THOMAS R. FREEMAN. **Medicina Centrada na pessoa: transformando o método clínico**, 2017.

PASCHE, D.; PASSOS, E. **A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde**. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, [S.l.], v. 1, n. 1, 8 dez. 2008. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/19/45>>.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. **Pacientes e passageiros**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2000, vol.4, n.6 [cited 2019-12-13], pp.11-20. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000100002>.

SANTOS-FILHO, S. B., BARROS, M. E. B.; **Saúde do trabalhador: construindo uma metodologia de análise/intervenção: a experiência da PNH**. [S.l.: s.n], 2009.

GOULART, B. N. G., CHIARI, B. M.; **Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão**. Scielo Scientific Electronic Library, ABRASCO, 2007, Rio de Janeiro.

WINOGRAD, MONAH. **Afeto e adoecimento do corpo: considerações psicanalíticas**. *Ágora* (Rio J.), vol.14, no.2, July/Dec., 2011.

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

Data de aceite: 03/03/2020

Gustavo José Monici Villela dos Reis Filho

<http://lattes.cnpq.br/5024787103087422>

Beatriz Lima de Moraes

<http://lattes.cnpq.br/3678565998418504>

Ana Carolina Crestani Ferri

<http://lattes.cnpq.br/6077767778822862>

Yasmin Adetolá Migliari Salamí

<http://lattes.cnpq.br/9749403577716940>

Maria Angélica Gaspar Machado

<http://lattes.cnpq.br/2044085580392323>

Aiane das Dores Lopes Onoda

<http://lattes.cnpq.br/2755226300196015>

Maria Eduarda Ribeiro Rojo

<http://lattes.cnpq.br/3593979998306851>

Gustavo Porto de Oliveira

<http://lattes.cnpq.br/3393500084080779>

João Paulo Rathsam Peña

<http://lattes.cnpq.br/2481885533479005>

RESUMO: A Arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite sistêmica que acomete grandes artérias, com predileção por mulheres entre 10 a 40 anos e incidência de 1 a 3 pessoas por milhão de habitantes. O relato do caso de uma jovem, que a priori com diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) intrahospitalar, evoluiu com manifestações clínicas, laboratoriais e alterações angiográficas, confirmando

diagnóstico de AT. A paciente apresentou melhora do quadro com o uso de corticoide e imunossupressor durante a internação, e após alta seguiu acompanhamento em ambulatório de reumatologia para condução do caso. Após 14 meses do diagnóstico veio a óbito devido acidente vascular encefálico isquêmico. O caso teve como diagnóstico final LES e Arterite de Takayasu.

PALAVRAS-CHAVE: Arterite de Takayasu; Lúpus Eritematoso Sistêmico; Vasculite; Sinais e sintomas; Terapêutica.

ABSTRACT: Takayasu's Arteritis (TAK) is a systemic vasculitis that affects large arteries, with a predilection for women aged from 10 to 40 years and incidence of 1 to 3 people every 1 million inhabitant. A case report about a young woman, who primarily had in-hospital the diagnosis of systemic lupus erythematosus (SLE), developed clinical manifestations, laboratories and angiographic alterations, confirmed of the diagnosis of TAK. The patient evolved with improvements in the use of corticosteroids and immunosuppressive drugs during hospitalization and after discharge got through special follow-up for case management with a rheumatologist. After 14 months, the death occurred due to an ischemic stroke. The case was diagnosed with SLE and Takayasu's Arteritis.

KEYWORDS: Takayasu's Arteritis (TAK); Systemic Lupus Erythematosus (SLE); Vasculitis; Symptoms and Signs; Therapy

INTRODUÇÃO

A Arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite granulomatosa sistêmica e crônica de grandes vasos, de etiologia desconhecida, onde a aorta e seus grandes ramos são preferencialmente acometidos, podendo causar estenose, oclusão, dilatação e/ou formação de aneurismas nas artérias acometidas.^{1,2}

A epidemiologia da AT tem o sexo feminino (80 a 90% das pessoas acometidas), em idade fértil, faixa etária entre 10 e 40 anos, rara em idade pediátrica. A doença foi relatada em 1905, no Japão, e desde então acomete aproximadamente 1 a 3 pessoas por milhões de habitantes no mundo, sendo considerada rara.^{2,3,4,5}

O diagnóstico de AT é estabelecido por critérios epidemiológicos e manifestações clínicas. Tais critérios da EULAR/PRINTO/PRES incluem: anormalidades angiográficas, claudicações de extremidades, idade de início (≤ 40 anos), diminuição do pulso da artéria braquial, diferença de pressão arterial >10 mmHg, sopro em subclávia ou aorta abdominal.^{1,2,3,5}

O tratamento não visa a cura, inclui apenas o uso de corticosteroides e imunossupressor com intuito de diminuir a inflamação e impedir a progressão da doença.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, com 25 anos e 03 meses, admitida em junho de 2018, com quadro de dor retroesternal, com irradiação para hemitórax esquerdo, associada à dispnéia aos moderados esforços. Referia perda ponderal de 20 Kg em 30 dias associada ao aparecimento de nódulos subcutâneos em membros superiores e inferiores bilaterais há 15 dias, associado à artralgia em membros inferiores.

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, descorada + / 4+, com presença de discreto eritema em face - região malar. Região cervical linfonodomegalia palpável em cadeia cervical anterior. No aparelho respiratório murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. Aparelho cardiovascular ritmo cardíaco regular em 02 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. Abdome flácido, inocente, indolor à palpação superficial e profunda, fígado palpável a 04 cm do rebordo costal direito e sem massas palpáveis. Membros superiores apresentavam pulsos palpáveis bilaterais, presença de nódulos subcutâneos com sinais flogísticos, imóveis, dolorosos a palpação superficial e profunda em ambos os membros. Pressão arterial 123 x 81 mmHg. Membros inferiores com panturrilhas livres, pulsos palpáveis

bilaterais, presença de nódulos subcutâneos com presença de sinais flogísticos, imóvel, doloroso a palpação superficial e profunda em ambos os membros. Artralgia em articulação do tornozelo bilateral.

Foi iniciado corticoesteróides e exames foram solicitados, onde os descritos abaixo apresentaram alterações. Ecocardiograma com pequeno derrame pericárdico sem sinais de tamponamento; Hemograma evidenciando anemia microcítica e hipocrômica + trombocitose (aumento de plaquetas); Crioglobulina positiva.

Paciente apresentou melhora do quadro de artralgia em tornozelos e dos nódulos subcutâneos após 4 dias de uso de corticoesteróides. Em face passou a apresentar ausência de eritema em região malar. Região cervical com sopro carotídeo bilateral e linfonodomegalia palpável em cadeia cervical anterior. Nos membros superiores pulso palpável apenas em membro superior direito (MSD) e ausente em membro superior esquerdo (MSE), presença de nódulos subcutâneos com sinais flogísticos, imóveis, dolorosos a palpação superficial e profunda em ambos os membros. Pressão arterial em MSD 118 x 76 mmHg e pressão arterial inaudível em MSE. Membros inferiores panturrilhas livres, pulsos palpáveis em todo membro inferior esquerdo (MIE) e apenas pulso femoral palpável em membro inferior direito (MID), presença de nódulos subcutâneos com presença de sinais flogísticos, imóvel, doloroso a palpação superficial e profunda em ambos os membros. Artralgia em articulação do tornozelo bilateral. Pressão arterial em MID 100 x 60 mmHg e pressão arterial em MIE 110 x 70 mmHg. Foi então realizada a tomografia computadorizada com contraste de tórax e segmento abdominal, vide figura 1.

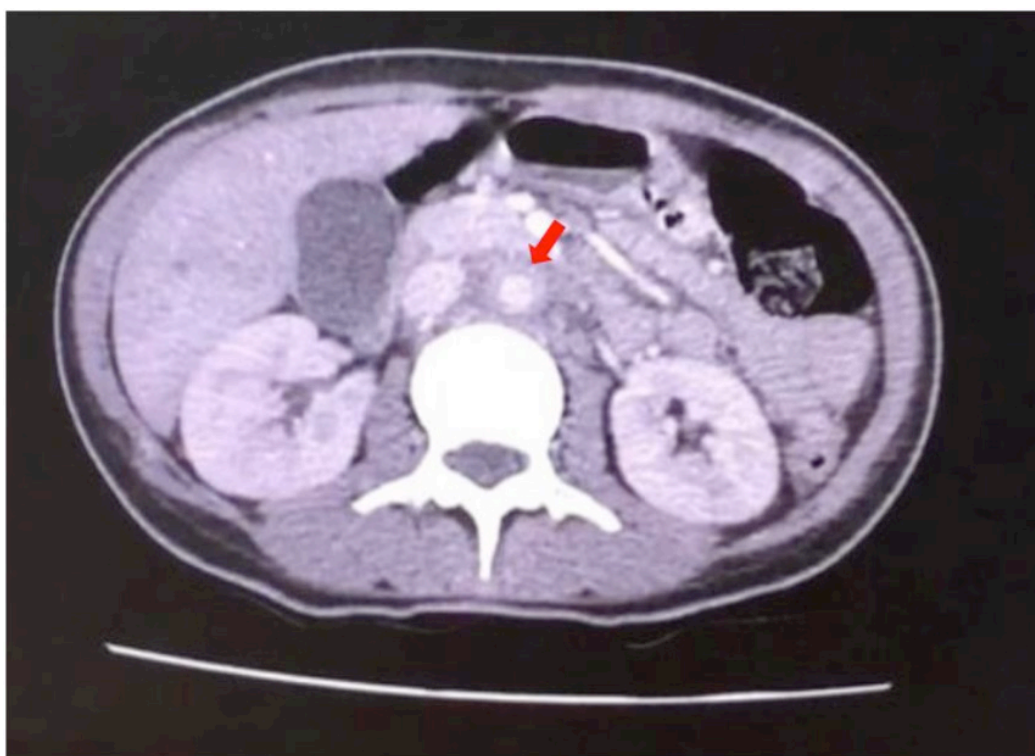


Figura 1. Tomografia computadorizada com contraste – corte abdominal, evidenciando o aumento da espessura da musculatura da artéria aorta na porção abdominal

Após 6 dias de internação hospitalar a paciente mantinha-se em bom estado geral, ausência de eritema em região malar. Região cervical com sopro carotídeo bilateral e linfonomegalia palpável em cadeia cervical anterior. Abdome flácido, inocente, indolor à palpação superficial e profunda, fígado palpável a 04 cm do rebordo costal direito e sem massas palpáveis, com presença de sopro em aorta abdominal ++/4+. Membros superiores com pulso palpável apenas em MSD e ausente em MSE, presença de nódulos subcutâneos com sinais flogísticos, imóveis, dolorosos a palpação superficial e profunda em ambos os membros. Pressão arterial em MSD: 123 x 81 mmHg e pressão arterial em MSE: 100 x 66 mmHg. Membros inferiores panturrilhas livres, pulsos palpáveis em todo MIE e apenas pulso femoral palpável em MID, presença de nódulos subcutâneos com presença de sinais flogísticos, imóvel, doloroso a palpação superficial e profunda em ambos os membros. Artralgia em articulação do tornozelo bilateral. Pressão arterial em MID 111 x 70 mmHg e pressão arterial em MIE 120 x 89 mmHg. Realizada Angioressonância de tórax e abdome, a qual confirmou espessamento da musculatura do arco aórtico, ramos braquicefálico, carótida esquerda e subclávia esquerda, espessamento da aorta abdominal em toda sua extensão, vide figura 2. Fator Anti-Núcleo (FAN) positivo.

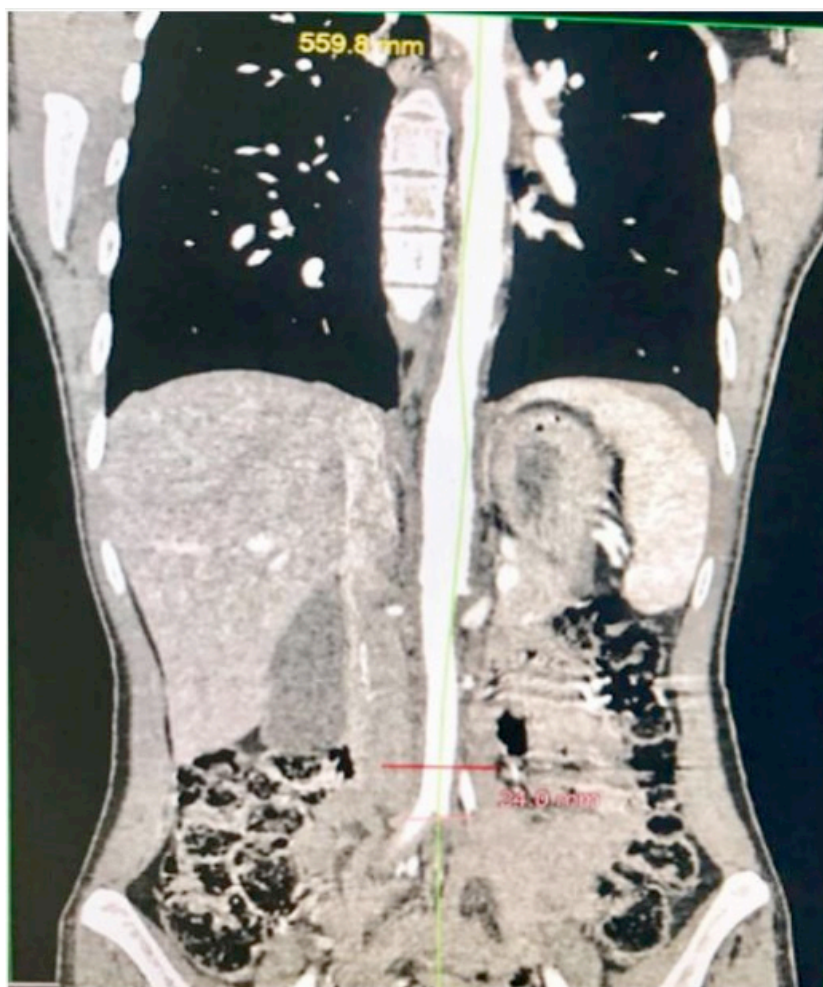


Figura 2. Angioressonância torácica e abdominal. Apresentando aumento da artéria aorta

Diagnóstico Lúpus Eritematoso Sistêmico e Arterite de Takayasu.

Os exames complementares e a evolução clínica incluíram o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e também o de Arterite de Takayasu. A paciente preencheu 05 critérios desenvolvidos pelo Colégio Americano de Reumatologia (LES)³, vide tabela 1, e 06 / 6 critérios de EULAR/PRINTO/PRES (AT)⁵, vide Tabela 2.

| CRITÉRIOS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO | |
|--|-----------------|
| Rash Malar | PRESENTE |
| Fotossensibilidade | AUSENTE |
| Úlceras Orais | AUSENTE |
| Lesão Discóide | AUSENTE |
| Artrite – Não erosiva de 02 ou mais articulações | PRESENTE |
| Serosite – Pleurite ou Pericardite | PRESENTE |
| Neurológico – Convulsão ou Psicose | AUSENTE |
| Hematológico – Anemia hemolítica, Leucopenia ou linfopenia | PRESENTE |
| Fator Antinuclear – FAN | PRESENTE |
| Outros auto-anticorpos – AntiDNA, AntiSm, Antifosfolípideo | AUSENTE |

Tabela 1. Critérios do Colégio Americano de Reumatologia³

| CRITÉRIOS DE ARTERITE DE TAKAYASU | |
|---|-----------------|
| Idade de início \leq 40 anos | PRESENTE |
| Claudicação de extremidades | PRESENTE |
| Diminuição do pulso da artéria braquial | PRESENTE |
| Diferença de pressão arterial $>$ 10 mmHg | PRESENTE |
| Sopro em subclávia ou aorta abdominal | PRESENTE |
| Alterações arteriográficas | PRESENTE |

Tabela 2. Critérios EULAR/PRINTO/PRES para Arterite de Takayasu⁵

O tratamento consistiu em iniciar durante a internação corticoterapia associado ao imunossupressor (Azatioprina). Após alta hospitalar optou-se por ser mantida medicação para tratamento de suporte clínico visando a não progressão e acompanhamento ambulatorial de especialidade.

O caso evoluiu com o falecimento da paciente após 14 meses do diagnóstico devido a Acidente Vascular Encefálico Isquêmico.

DISCUSSÃO

Inicialmente foi levantada a hipótese diagnóstica Lúpus Eritematoso Sistêmico, devido ao quadro clínico de entrada da paciente, sendo iniciado corticoterapia e posteriormente confirmada pelo estabelecimento de 05 critérios para LES de acordo com o Colégio Americano de Reumatologia. Durante houve a evolução e presença de novos sinais e sintomas, iniciou-se a investigação de outras doenças autoimunes.

A paciente apresentou alterações clínicas e foram solicitados exames laboratoriais e de imagens visando a elucidação do caso. Os resultados dos exames complementares juntamente com as alterações clínicas nortearam para mais uma hipótese diagnóstica, Arterite de Takayasu, sendo confirmada pelo preenchimento de todos os critérios de EULAR/PRINTO/PRES. Diante do novo diagnóstico foi introduzido azatioprina (imunossupressor).

O caso teve como diagnóstico final LES e Arterite de Takayasu, há poucos relatos de casos com os dois diagnósticos, uma vez que a associação das duas enfermidades não é ocasionalmente encontrada.

CONCLUSÃO

No caso descrito, o preenchimento dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia nos permitiu o diagnóstico LES, contudo as novas manifestações sistêmicas inespecíficas sugeriram a presença de uma vasculite sistêmica inflamatória de início insidioso. Na evolução, a presença de diferença entre os pulsos e pressão arterial, bem como a presença de sopro abdominal e carotídeo juntamente com as alterações dos exames de imagem possibilitou o diagnóstico de Arterite de Takayasu baseado nos critérios de EULAR/PRINTO/PRES. A associação de LES e Arterite de Takayasu é infrequente.

REFERÊNCIAS

NASCIF, Ana Karina Soares; LEMOS, Marcelo Delboni; et al Arterite de Takayasu na infância e na adolescência: Relato de três casos. Ver. Bras. Reumatol, vol 51. N5. São Paulo. Sep/Oct.2001

FUNKE, Andreas. Arterite de Takayasu, Sociedade Brasileira de Reumatologia. May,2011.

BERBERT, Alceu Luiz Camargo Villela; MANTESE, Sônia Antunes de Oliveira. Lúpus eritematoso cutâneo: aspectos clínicos e laboratoriais. An. Bras. Dermatol. Rio de Janeiro , v. 80, n. 2, p. 119-131, Apr. 2005 .

NASSER;Felipe; PRAXEDES, José Nery; et al. Tratamento endovascular da síndrome da aorta média causada por arterite de Takayasu: Relato de caso. Jornal Vascular Brasileiro, vol 8, n4, Porto Alegre. 12/2008

PEREIRA, Nádia; AMARO, Cristina. Vasculites sistêmicas primárias da infância. Revista SPDV. V. 70(2) p. 173-178. Feb.2012

TRABALHANDO A HUMANIZASUS NA ATENÇÃO BÁSICA: ÊNFASE NO ACOLHIMENTO

Data de aceite: 03/03/2020

Samuel Lopes dos Santos

Enfermagem. Faculdade Integral Diferencial –
FACID/WYDEN, Teresina, Piauí

E-mail: samuellopes121314@gmail.com

Manuel Airton

Enfermagem. Faculdade Integral Diferencial –
FACID/WYDEN, Teresina, Piauí

E-mail: samuellopes121314@gmail.com

Sheilane da Silva Carvalho

Enfermagem. Faculdade Integral Diferencial –
FACID/WYDEN, Teresina, Piauí

E-mail: samuellopes121314@gmail.com

Maria Auxiliadora Lima Ferreira

Enfermagem. Faculdade Integral Diferencial –
FACID/WYDEN, Teresina, Piauí

E-mail: samuellopes121314@gmail.com

Ana Luiza de Santana Vilanova

Enfermagem. Faculdade Integral Diferencial –
FACID/WYDEN, Teresina, Piauí

E-mail: samuellopes121314@gmail.com

Sara da Silva Siqueira Fonseca

Mestra em Saúde da Mulher, Universidade
Federal do Piauí/UFPI, Teresina, Piauí.

Tayrine Nercya Torres

Enfermagem. Faculdade Integral Diferencial –
FACID/WYDEN, Teresina, Piauí

E-mail: samuellopes121314@gmail.com

Eryson Lira da Silva

Enfermagem. Faculdade Integral Diferencial –
FACID/WYDEN, Teresina, Piauí

E-mail: samuellopes121314@gmail.com

Yara Freitas Moraes Fortes

Esp. Em Saúde da Família, Faculdade Brasileira
de Ensino e Pesquisa/FABEX, Teresina, Piauí.

RESUMO: A Política nacional de humanização, surge com uma proposta de organizar os serviços de forma que os usuários tenham uma participação ativa no seu processo de saúde e, sejam bem recebidos quando buscarem resolução de seus problemas, frente a isso a diretriz do acolhimento busca a realização de um atendimento feito através da ausculta qualificada, responsabilização dos profissionais frente a saúde dos usuários e a realização em muitos casos do processo de triagem de atendimento, além de uma visão holística pelos profissionais atuantes na ESF. Assim a busca pelo enfrentamento na busca pela garantia de ser e se ter os direitos dos usuários validades, os quais são garantidos constitucionalmente pelo SUS Diante disto este trabalho teve como objetivo: descrever como é realizado o atendimento de forma humanizada na atenção básica. Este estudo se caracteriza como como um estudo exploratório de caráter bibliográfico. Constatou-se que a realização do acolhimento se porta como um problema a ser enfrentando

pelos usuários que procuram as UBS, visto que os profissionais não apresentam um preparo adequado para lidar com essa situação.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização na saúde; acolhimento; atenção básica à saúde.

WORKING HUMANIZASUS IN BASIC CARE: EMPHASIS ON HOSTING

ABSTRACT: The National Humanization Policy, comes with a proposal to organize services so that users have an active participation in their health process and are well received when seeking resolution of their problems, in view of this the welcoming guideline seeks the accomplishment of a service made through the qualified auscultation, the professionals 'accountability regarding the users' health and the accomplishment in many cases of the attendance screening process, besides a holistic view by the professionals working in the FHS. Thus, the search for coping in the search for the guarantee of being and having the rights of user's validity, which are constitutionally guaranteed by the SUS. In view of this, this study aimed to describe how humanized care is performed in primary care. This study is characterized as an exploratory study of bibliographic character. It was found that the realization of the host behaves as a problem to be faced by users seeking UBS, since professionals do not have an adequate preparation to deal with this situation.

KEYWORDS: Humanization in health; host; primary health care

1 | INTRODUÇÃO

É crescente no contexto da saúde pública as discussões sobre a temática Humanização na saúde, principalmente, à vulnerabilidade do paciente e ao confronto entre tecnologia e humanização proporcionada pelos profissionais responsáveis, preferencialmente pelo primeiro contato dos usuários ao serviço único de saúde (SILVA MC., 2019).

O estudo da temática humanização do atendimento em saúde é de essencial relevância, uma vez que a constituição de um atendimento baseado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário (SOUSA ABS, OLIVEIRA LKP, SCHNEID JL., 2016).

O sistema único de saúde, desde que instituído, carrega uma proposta de aproximar os atores da saúde (gestores, profissionais e usuários), buscando por meio de seus princípios doutrinários a integralidade na assistência, igualdade e a universalidade do acesso garantir que os usuários que adentrarem ao sistema possam ser atendidos de forma humanizada e acolhedora (BRASIL., 2015).

Diante da necessidade em ofertar a população um serviço satisfatório em

março de 2003 é criada a Política Nacional de Humanização, com uma proposta de modificar o modo de gerir e fazer saúde no Brasil por meio de estímulos entre os três protagonistas participantes da saúde (SOUSA ABS, OLIVEIRA LKP, SCHNEID JL., 2016).

Em 2017 através da reformulação da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB a comissão Intergestora tripartite institui a atenção básica/ESF como a principal e preferencial porta de entrada dos usuários os serviços ofertados pelo SUS, deste modo surge a necessidade de os profissionais que fazem parte da estratégia de saúde da família estejam preparados para oferecer um serviço acolhedor e humanizado ao cliente que procura os serviços do sistema (SILVA MC., 2019).

Frente a este contexto, é evidente a importância de levar aos profissionais atuantes na saúde primária à relevância em atender de forma humanizada as pessoas que procuram os serviços de saúde por meio da estratégia de saúde da família, uma vez que estas pessoas se encontram em momentos difíceis e conturbadores que se faz necessário um olhar acolhedor. Partindo desse pressuposto, se estabelece a seguinte pergunta norteadora “ Como é Trabalhada a Hominização e o atendimento Acolhedor dentro da atenção Básica? Para responder ao questionamento proposto, se elaborou os seguintes objetivos: (i). Averiguar como é realizado o atendimento de forma humanizada na atenção básica. (ii) identificar a satisfação dos usuários quanto as práticas de acolhimento pela atenção básica. (iii) avaliar dentro do cenário da atenção básica o preparo dos profissionais no atendimento humanizado e acolher e (iv) conhecer as dificuldades da atenção básica em realizar um atendimento humanizado.

2 | METODOLOGIA

O trabalho desenvolvido seguiu os princípios do estudo exploratório, através de uma pesquisa bibliográfica, que, segundo Gil (2008), se desenvolve a partir de materiais já elaborados, como livros e artigos científicos.

Nessa perspectiva, proposta por Gil (2008), O estudo foi constituído por meio de revisão de materiais escritos em português ou inglês, selecionados pelos critérios de inclusão e exclusão, encontrados nas bases de dados e materiais já existentes, assim este estudo buscou os artigos utilizados na construção do referido estudo nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A escolha pelas bases de dados se deu pela confiabilidade das informações por tais disponibilizadas, sendo importante essa consideração, uma vez que muitas informações na internet são inverídicas e em não conformidade.

Utilizando-se a combinação de descritores controlados, cadastrados no Medical

Subject Headings (Mesh): Humanização na saúde; acolhimento; atenção básica à saúde. Desta forma foi possível avaliar artigos que abordavam a temática em questão e, que contribuíram para a formação deste trabalho.

A coleta dos dados se deu na periodicidade de janeiro a junho de 2019, onde no primeiro momento foram agrupados e analisados os artigos relacionados a temática Humanização da Saúde e, no segundo momento artigos relacionados a construção do acolhimento dentro da Estratégia de saúde da família.

Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa coerentes a temática abordada; disponíveis na íntegra online; nos idiomas português, inglês ou espanhol. Como critério de exclusão definiu-se: artigos repetidos nas bases de dados; artigos sem resumo no ato de publicação nas bases de dados ou incompletos, quando houvesse saturação de informações, artigos duplicados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca resultou em 104 artigos e, a partir da análise crítica dos resumos, foram selecionados 30 artigos que atendiam aos objetivos propostos. A maioria das publicações se deu entre 2014 e 2019; nota-se o Crescente Índice de publicação sobre o tema nos dois últimos anos, isso se deve pelo fato de a Humanização vem sendo discutida cada vez mais nas políticas vigentes e principalmente a adoção dessa proposta acolhedora dentro dos serviços de saúde, porém ainda se mostra como um obstáculo a ser enfrentado pelos profissionais que atuam na estratégia de saúde da família, visto que as equipes que trabalham na atenção primária se colocam como a porta preferencial dos usuários na busca pelos serviços ofertados pelo SUS.

Diante da análise dos artigos é possível se construir dois eixos importantes a serem discutidos sendo as formas de inclusão e valorização dos usuários e, em contrapartida o preparo dos profissionais e gestores dos serviços de saúde no atendimento aos usuários de forma humanizada com vista na associação dos protagonistas da saúde (usuários, trabalhadores e gestores).

4 | COMO VALORIZAR A PARTICIPAÇÃO DE USUÁRIO

Para a realização da valorização dos usuários se faz necessário entender a PNH, de forma a compreender principalmente os se é proposto pelos princípios da transversalidade: buscando uma proposta de discussão entre as pessoas e grupos na esperança de alcançar a melhoria das relações de trabalho e a forma em que o atendimento ao usuário será ofertado. De forma ampliada procura envolver os interessados em fazer a saúde fluir de forma qualificada e eficiente, indissociabilidade

entre atenção e gestão (BRASIL, 2015).

O usuário e sua rede sócio familiar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros. A gestão e os trabalhadores também serão responsáveis pelo atendimento e pela resolução dos problemas que se chegam a eles, dando uma solução mais viável e quando não for possível resolver o problema, dar orientações e encaminhar esse usuário para o setor responsável dentro da rede de atenção do SUS (BRASIL, 2015).

Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos: Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde (BRASIL, 2015).

Para a elaboração desse ponto foram avaliados os artigos publicados com foco na discussão da satisfação dos usuários no tratamento recebido quando procuraram as ESF/UBS.

As rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças são ferramentas experimentadas nos serviços de saúde a partir das orientações da PNH que já apresentam resultados positivos (BRASIL,2017)

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sócio familiares nos processos de cuidado, é um poderoso recurso para a ampliação da responsabilidade no cuidado de si (BRASIL, 2017)

Se os profissionais buscarem incorporar os usuários nas práticas de cuidados, será mais fácil compreender as necessidades do mesmo, e eles estará sempre informado de como funciona o atendimento dentro dos serviços de saúde. A partir da construção do vínculo é possível se evidenciar que a forma de receptividade entre os profissionais/ usuários será diferenciada e, isso pode fazer com que seja mais simples e satisfatório acolher esse usuário.

A devida importância dessa participação está vinculada ao entendimento desse usuário dentro do serviço, pois na maioria das vezes eles se mostram insatisfeito com o atendimento que recebam dos profissionais de saúde, isso faz com que desenvolva na cabeça dessa pessoa um complexo de fragilidade e insuficiência do SUS.

5 | VISÃO DOS PROFISSIONAIS NA REALIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO

O ato de acolher se inicia no âmbito da estratégia de saúde da família a partir da chegada da usuária na unidade básica de saúde, quando o mesmo sente por si que necessita de um atendimento para seu problema. O que amplifica as dimensões do cuidado ao ser desenvolvido por todos os profissionais do serviço, mesmo por aqueles que não possuem conhecimentos específicos (BARALDI, SOUTO., 2011).

As práticas do acolhimento consistem inicialmente no profissional receber bem o usuário, escutar de forma atenta os problemas do usuário e tentar compreendê-lo, se lembrando que esta pessoa está em momentos de fragilidade e necessita assim, de uma atenção mais especializada e um tratamento de forma equitativa e integral. Esse acolhimento apresenta-se condizente à postura profissional de escuta qualificada no intuito de oferecer respostas às necessidades de saúde do usuário, em respeito aos seus saberes, no contexto histórico, pessoal, cultura e social (BARALDI, SOUTO., 2011).

O primeiro passo é a busca pela compreensão do problema do usuário, e depois entender se a atenção está apita e amparada para resolver os problemas desse usuário. Em seguida tendo essa resposta, orientar o usuário quanto aos próximos passos dentro do serviço, em busca da resolução do seu problema (SILVA MC., 2019).

O momento do atendimento representa, portanto, um acolhimento que envolve a participação de, no mínimo, duas pessoas (um usuário e um profissional) que merecem respeito mútuo e, mesmo diferindo em suas histórias de vida, é no contexto do processo saúde/doença que precisam de um encontro interpretativo através do diálogo e da compreensão, com base na igual dignidade, para bem cuidar (BRASIL, 2017).

É nesse momento que o acolhimento acontece, e para os profissionais as práticas de “acolher” ou de ser “humano”, está baseado em como o usuário é atendido (recebido), se é feita a ausculta qualificada, a triagem ou classificação dos riscos, priorizando aqueles que necessitam de um atendimento mais rápido é uma resposta mais ágil do serviço de saúde (BRASIL, 2015).

Para os profissionais, quando se alcança as bases propostas pela política, eles estão atendendo de forma humanizada e acolhedora, deixando se esquecer que o acolhimento se inicia na chegada do usuário ao serviço, passa pelo atendimento recebido, seja ele dentro da UBS ou regulando esse paciente dentro da rede de saúde, até o momento de resolução dos problemas desse usuário ou a saída dele do serviço (MENDES., 2013).

O acolhimento no âmbito da saúde deve ser entendido, como uma estratégia para a promoção da saúde e instrumento de intervenção na qualificação da

escuta, na construção de vínculos, e na garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. Por meio dessa prática possibilita-se a análise do processo de trabalho em saúde com foco nas relações (BARALDI; SOUTO., 2011).

Alguns pontos como: a distribuição de atividade entre os profissionais, o atendimento as demandas espontâneas, a quantidade de atendimentos a serem realizados no processo de trabalho dos profissionais da ESF, as rotinas de trabalhos e o desenvolvimento das ações periódicas como palestras, visitas domiciliares, consultas a população, buscas ativas e entre outros, se mostram como ações dificultados do processo de trabalho desses profissionais na qual dificulta o acolhimento.

Com a diversidade de ações a serem desenvolvidas na UBS, os profissionais muitas vezes se sobrecarregam, se mostrando inviáveis na realização do acolhimento aos pacientes que busca as UBS, o que resulta na falta de um atendimento qualificado e, à não terem uma ausculta ativa e qualificada, um olhar holístico e humanizado, transmitindo as pessoas uma segurança mediante o vínculo entre profissionais e usuários construídos a partir dessa parceria na busca pela resolução dos problemas trazidos pelos usuários (SOUSA ABS, OLIVEIRA LKP, SCHNEID JL., 2016).

Toda via, o usuário sofre ao se deparar com um profissional que não está preparado para realizar um atendimento acolhedor a esta pessoa, além de que quando procurado o atendimento, esse cidadão já enfrenta dificuldades físicas e mentais em decorrência do seu problema (GOMES RM., 2017)

Em pesquisa produzida por Santana *et al.* (2012), observou-se que a percepção do usuário sobre o que seria o acolhimento estava relacionada ao nível de instrução e aos aspectos sociais e culturais dos usuários, bem como às suas expectativas quanto a serem atendidos e terem seus problemas resolvidos.

É importante ressaltar que uma boa parte dos usuários na atualidade se mostram mais conhecedores dos seus direitos baseados nos princípios do Sistema Único de Saúde, visto que é direito de todo usuário receber um atendimento Humanizado e acolhedor independentemente de cor, raça, etnia e livre de quais quer preconceitos, além da garantia da continuidade desse atendimento na rede de atenção à saúde.

6 | CONCLUSÃO

Mediante o subsídio dos artigos analisados, pode-se afirmar que o processo de acolhimento ainda não está totalmente sistematizado nos modelos de atenção à saúde, podendo ser esta uma justificativa para as dificuldades apresentadas, tanto por profissionais quanto por usuários.

Foi possível evidenciar que a maioria dos profissionais de saúde da ESF, responsáveis por um atendimento humanizado e acolher, justifica a não realização

desse atendimento em decorrência da sobrecarga adquirida pela variedade de ações que devem ser ofertadas na atenção básica, a dificuldade no atendimento das demandas espontâneas, a quantidade de usuários que procuram o serviço, exigindo dos profissionais uma agilidade e até mesmo por despreparo ocasionado pela falta de oferta de manobras qualificadoras.

Por outro lado, os usuários se mostram insatisfeito na maioria das vezes que são atendidos nas UBS, relatando que em boa parte dos atendimentos os profissionais não se mostram receptivos, não dando uma atenção mais ampliada para o problema trazidos até eles, deixando os clientes mais propensos a ter conclusões insatisfatórias acerca do atendimento dentro a principal porta de entrada do SUS.

O acolhimento é um método designado para colaborar com a qualificação dos sistemas de saúde. Entretanto, ainda se faz necessário qualificar a maneira como vem sendo desenvolvido, pois, se trabalhado de forma desarticulada e pontual, pode ser resumido a uma mera atividade de triagem e descaracterizado de sua principal função: a humanização. Sendo assim, não alcançaria seus propósitos, caso fosse implantado como medida isolada

REFERÊNCIAS

1. BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. *Arq. Bras. Cienc. Saúde*, Santo André, v. 36, n. 1, p. 10-17, 2011.
2. BRASIL, Assembleia Legislativa de Minas Gerais. **A Assembleia Legislativa de Minas Gerais no ciclo de políticas públicas**. 2016. Disponível em: https://politicaspUBLICAS.almg.gov.br/sobre/index.html#A_ALMG_no_ciclo_de_politicas_publicas
3. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, DF; 2013.
4. GIL AC, **Métodos e Técnicas de Pesquisas Sociais**, 6ª ed, São Paulo, 2008.
- 5 GOMES, RM. *Humanização e desumanização no trabalho em saúde*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2017.
- 6 Ministério da Saúde (Brasil). *Cadernos HumanizaSUS: Saúde Mental*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 550 p
7. SILVA Maria Clitildes, **atendimento humanizado em uma unidade básica de saúde – esf**, UFMG, Belo Horizonte, 2019.
8. SOUSA ABS, Oliveira LKP, Schneid JL. **Acolhimento realizado na atenção básica pela equipe de enfermagem ao paciente portador de transtorno mental**: uma revisão teórica. *Revista Amazonia Science & Health*. 2016; 4 (3): 43-48. <http://dx.doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v4n3p43-48>
9. SOUSA, Naja Rhana Vidal de; CUNHA, Thalyta Silvestre da; GOMES, Regina Kelly Guimarães. **Tecnologia na humanização do atendimento na atenção básica de saúde: uma atividade educativa à equipe de enfermagem**. *Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem*, [S.I.], v. 3, n. 2, jun. 2019. ISSN 2448-1203. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/3328>.

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

Data de aceite: 03/03/2020

Rafael Amorim Pinheiro

Bacharel em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e-mail: amorim_iasd@hotmail.com.

Rízia Maria da Silva

Mestre em Parasitologia, Laboratório de Ensino de Parasitologia e Entomologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e-mail: riziaria1@yahoo.com.br.

Elenice Matos Moreira

Especialista em Nutrição Clínica Funcional, Hospital José Pedro Bezerra, Natal, Rio Grande do Norte, e-mail: elenicematos@bol.com.br.

Maria de Fátima de Souza

Docente do Departamento de Microbiologia e Parasitologia, Centro de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, e-mail: fatimasouzagrupoambiental@gmail.com.

RESUMO: O risco à saúde de trabalhadores inclui aspectos objetivos, tais como o tipo de atividade, os riscos inerentes à função, os riscos ambientais, entre outros. Em se tratando de pessoas que lidam na produção e distribuição de alimentos, se constituem itens relevantes, no que concerne ao estado de saúde, as doenças metabólicas e as infectocontagiosas. Este trabalho teve como objetivo avaliar os

riscos à saúde dos trabalhadores do setor de nutrição de um hospital público. O trabalho foi realizado entre agosto de 2013 e abril de 2014. Inicialmente foram realizadas reuniões para sensibilização, nas quais foram explicados os objetivos e etapas do trabalho; e também as condições para a participação no mesmo. Após a assinatura do TCLE, foi aplicado a cada um dos participantes um instrumento contendo quesitos objetivos e discursivos que abordavam aspectos socioeconômicos, biométricos e de saúde (n=65). Foram coletadas amostras fecais (n=45) em recipientes contendo formalina e realizados os exames coproparasitológicos utilizando-se a técnica de sedimentação espontânea em água. O IMC variou de 18,5 a 36,0 com mediana de 26,8; e revelou sobrepeso em 60,0% dos casos. Os resultados dos exames coproparasitológicos mostraram a ocorrência de parasitos, tais como, *Entamoeba histolytica/Entamoeba dispar* (13,0%) e *Blastocystis hominis* (13,0%).

PALAVRAS-CHAVE: *Entamoeba histolytica*. *Blastocystis hominis*. IMC. Obesidade. Manipuladores de alimentos.

FACTORES DE RIESGO A LA SALUD DE TRABAJADORES QUE ACTÚAN EN EL

SECTOR DE NUTRICIÓN DE UN HOSPITAL PÚBLICO

RESUMEN: El riesgo a la salud de trabajadores incluye aspectos objetivos, tales como el tipo de actividad, los riesgos inherentes a la función, los riesgos ambientales, entre otros. Cuando se trata de personas que lidian en la producción y distribución de alimentos, se constituyen ítems relevantes en lo que refiere al estado de salud, las enfermedades metabólicas y las infectocontagiosas. El objetivo de este trabajo fue evaluar los riesgos a la salud de los trabajadores del sector de nutrición de un hospital público. El trabajo fue realizado entre agosto de 2013 y abril de 2014. Inicialmente, fueron realizadas reuniones para sensibilización, en las cuales fueron explicados los objetivos, métodos y etapas del trabajo; y también las condiciones para la participación en el mismo. Después de firmar el TCLE, fue aplicado a cada uno de los participantes un instrumento conteniendo preguntas objetivos y discursivos que abordaban aspectos socioeconómicos, biométricos y de salud (n=65). Fueron recogidas muestras fecales (n=45) en recipientes conteniendo formalina y fueron realizados los exámenes coproparasitológicos utilizándose la técnica de sedimentación espontánea en agua. El IMC varió de 18,5 a 36,0 con mediana de 26,8; y reveló sobrepeso en 60,0% de los casos. Los resultados de los exámenes coproparasitológicos mostraron la ocurrencia de parásitos, tales como, *Entamoeba histolytica/Entamoeba dispar* (13,0%) y *Blastocystis hominis* (13,0%).

PALABRAS-CLAVE: *Entamoeba histolytica*. *Blastocystis hominis*. IMC. Obesidad. Manipuladores de alimentos.

RISK FACTORS TO THE HEALTH OF THE PROFESSIONALS WHO WORK IN THE NUTRITION SECTOR OF A PUBLIC HOSPITAL

ABSTRACT: The risk to the health of workers includes objective aspects such as the type of activity, the inherent risks to the function, environmental risks, among others. When it comes to people dealing in the production and distribution of food, with regard to health status, metabolic diseases and infectious diseases constitute relevant items. This study aimed to evaluate the risks to the health of workers in the nutrition sector of a public hospital. The study was conducted between August 2013 and April 2014. Initially, some meetings were held to raise awareness, in which the objectives, methods and stages of work were explained; and also the conditions for participation in it. After signing the ICF (Free and Informed Consent Form), an instrument containing objective and discursive questions addressing socioeconomic, biometric and health aspects (n = 65) was applied to each of the participants. Fecal samples (n = 45) were collected in containers containing formalin and the coproparasitological tests were performed using the technique of spontaneous sedimentation in water. BMI ranged from 18.5 to 36.0 with a median of 26.8; and was overweight in 60.0% of the cases. The results of the coproparasitological tests showed the occurrence of parasites, such as *Entamoeba histolytica/Entamoeba dispar* (13,0%) and *Blastocystis hominis* (13.0%).

KEYWORDS: *Entamoeba histolytica*. *Blastocystis hominis*. BMI. Obesity. Food

handlers.

1 | INTRODUÇÃO

A qualidade de vida no trabalho faz parte das políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS). Assim o grupo de trabalho específico para essa temática na OMS incluiu na definição aspectos como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK et al, 2000).

Para avaliar a qualidade de vida a OMS propôs um instrumento bastante amplo de aplicação transcultural, constituído por 100 questões (o WHOQOL-100). Por questões operacionais, o Grupo de Qualidade de Vida dessa organização desenvolveu uma versão abreviada deste instrumento (o WHOQOL-bref), que, inclusive, existe uma versão brasileira (FLECK et al., 1999). O WHOQOL-bref é constituído de duas questões gerais sobre qualidade de vida global e percepção geral da saúde e por quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), cada um destes sendo constituído de três a oito questões (PEDROSO et al., 2010).

Com relação à saúde em si, se constituem fatores a serem considerados, as atividades que o indivíduo exerce e o modo como estas são executadas; sejam em função da necessidade de repetições sucessivas de tarefas e movimentos, postura física e doenças hereditárias. Além das interações com os demais colaboradores, gestores e usuários do serviço; da gestão do estado emocional e fatores externos de ordens diversas (BENAGLIA, 2012).

Aqui também devem ser mencionados os hábitos alimentares dos indivíduos, visto que esse aspecto associado ao sedentarismo tem contribuído muito negativamente para o estado de saúde da população brasileira, especialmente no que se refere às doenças cardiovasculares. Adicione-se a isso a necessidade de adesão ao consumo de comidas preparadas de modo rápido (*fast food*), criada e mantida pelo ritmo da vida atual. Tais refeições não são planejadas para atender aos requerimentos nutricionais diários, embora sejam apetitosas e capazes de suprir as necessidades energéticas imediatas, sendo consideradas entre os itens importantes dentro da temática da obesidade (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010).

Trabalhadores de um setor de nutrição podem ter um diferencial no balanço energético positivo, ou seja, a quantidade de energia obtida pela alimentação ser maior do que se gasta, pelo fato de terem acesso direto ao alimento. Isso se constitui um desafio para que seja mantido um ritmo alimentar disciplinado, ao mesmo tempo em que pode se constituir um fator ambiental importante também na determinação da obesidade (BOCLIN; BLANK, 2010).

Além de doenças de ordem metabólica, trabalhadores de hospitais e

especialmente de setor de nutrição podem ser acometidos por doenças infecciosas com destaque para as enteroparasitoses. Uma vez ocorrendo essas infecções, existe o risco de disseminação das formas biológicas dos parasitos, caso não haja diagnóstico e tratamento dos casos positivos; ou se houver negligência na higienização das mãos dos manipuladores, ou dos próprios alimentos (REIS; CARNEIRO, 2007).

Considerando esses aspectos, o objetivo geral deste trabalho foi estudar os fatores de risco à saúde dos trabalhadores do setor de nutrição de um hospital público, da cidade de Natal.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

O ambiente explorado neste trabalho foi o setor de nutrição de um hospital público de Natal, Rio Grande do Norte. Um setor considerado estratégico na medida em que se constitui um ambiente que contribui para o bem estar das pessoas. Pois é nesse local que se planeja e se prepara alimentação para todos os integrantes da instituição, sejam servidores, pacientes ou acompanhantes. É, portanto, um local de acolhimento indireto das pessoas, um local de partilha.

É também um ambiente de relações: interpessoais e intrapessoais (ex. relação das pessoas consigo e com suas próprias atribuições). Considerando essa tecitura, foram realizadas as ações ora relatadas, entre agosto de 2013 e abril de 2014. Inicialmente foram realizadas duas reuniões “in loco” com a finalidade de comunicar aos colaboradores daquele setor a respeito dos objetivos e etapas do trabalho, bem como das condições para a participação no mesmo.

Foi utilizado um instrumento padronizado para servir de interface entre os pesquisadores e cada indivíduo que livremente decidisse participar da pesquisa. A aplicação deste instrumento se deu nos momentos de intervalo das atividades do setor. O referido instrumento era constituído de quesitos objetivos e discursivos, que abordavam aspectos socioeconômicos, biométricos e de saúde; e foi aplicado com a concordância de cada entrevistado por meio de assinatura do Termo de Concordância Livre e Esclarecido. Desse modo o respondente autorizava a utilização das informações geradas por suas respostas para fins de atividades acadêmicas.

Para avaliação dos instrumentos foram registradas em tabela do Excel, as respostas obtidas dos itens objetivos; e para as respostas discursivas foram criadas categorias conforme sugerido por Bardin (2010). Os resultados obtidos, em ambos os casos, estão expressos em termos percentuais.

Com os dados de peso e altura informados pelos respondentes foi estimado o índice de massa corporal (IMC), tomando-se o peso corporal, em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura, em metros quadrados ($IMC = kg/h^2(m)$).

Para classificar a obesidade foram utilizados os índices recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), conforme se segue. A eutrofia foi caracterizada quando o IMC situava-se entre 18,5 e 24,99 e a pré-obesidade com IMC entre 25,0 e 29,99. A obesidade foi caracterizada quando o IMC encontrava-se acima de 30 kg/m². Sendo que a obesidade foi definida como de grau I (moderado excesso de peso) quando o IMC situava-se entre 30 e 34,9 kg/m²; obesidade grau II (leve ou moderada) com IMC entre 35 e 39,9 kg/m² e obesidade grau III (mórbida) na qual IMC ultrapassou 40 kg/m² (WHO, 1995).

Outra etapa do estudo incluiu a coleta de amostras fecais (uma série de três amostras), em recipientes contendo formalina. Esse material foi encaminhado ao Laboratório de Ensino de Parasitologia e Entomologia, do Centro de Biociências, onde foram processadas pela técnica de sedimentação espontânea em água. Foram examinadas, exaustivamente, três lâminas do material de cada recipiente, utilizando-se microscópio ótico, com aumentos de 200 X e 400 X. Os resultados desses exames foram remetidos ao setor responsável pelos participantes, para as devidas providências.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram aplicados e analisados 65 instrumentos individuais de pesquisa. Do total de respondentes, 12,3% eram homens e 87,7% eram mulheres. As funções exercidas pelos respondentes foram agrupadas da seguinte maneira: nutricionista, trabalhador da produção (auxiliar de cozinha, cozinheiro, copeiro), servente e técnico em nutrição. O gráfico 1 mostra a distribuição das variáveis função e sexo.

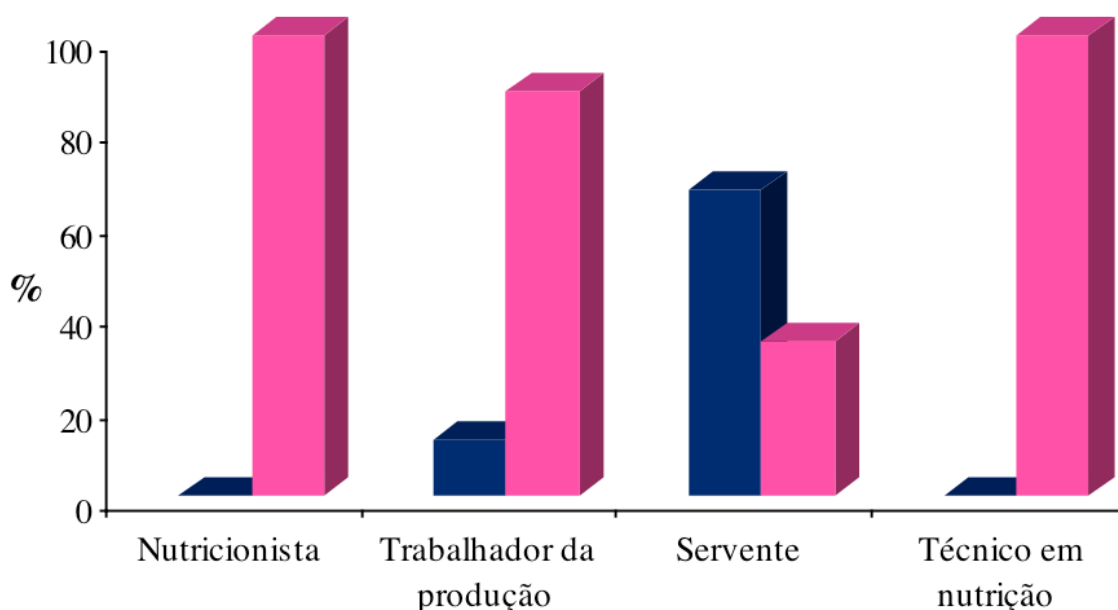


Gráfico 1 - Caracterização da população estudada, quanto ao sexo e a função

Fonte: Autoria própria

O sexo feminino está representado em 33,3% dos serventes, 88,2% dos trabalhadores da produção, 100,0% de técnicas de nutrição e nutricionistas. A predominância de trabalhadores do sexo feminino em setor de nutrição tem sido observada por outros pesquisadores, tais como Jorge et al (2009) em um estudo sobre intervenção nas situações de trabalho para redução dos sintomas osteomusculares.

A faixa etária da população estudada foi classificada em quatro intervalos (Gráfico 2), que apresentaram as seguintes proporções: de 15 a 29 anos (4,5%), de 30 a 45 anos (37,0%), de 46 a 60 anos (52,0%) e maior que 60 anos (6,5%). A idade relatada pelos respondentes variou entre 25 e 63 anos. No estudo de Jorge et al. (2009) também foram encontrados trabalhadores em todas as faixas etárias determinadas por aqueles autores, com predominância no intervalo 25 a 34 anos.

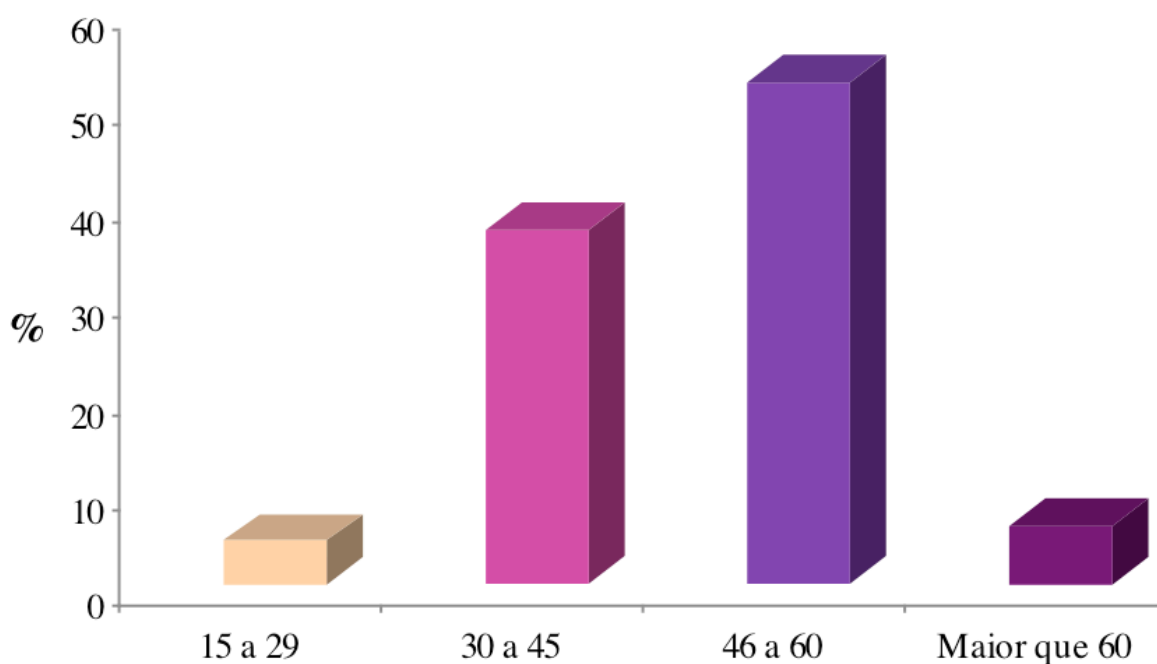


Gráfico 2 - Caracterização da população estudada, quanto à faixa etária

Fonte: Autoria própria

A porcentagem referente ao grau de escolaridade dos respondentes foi a seguinte: ensino fundamental I incompleto - 7,7%, ensino fundamental I completo - 12,3%, ensino fundamental II completo - 24,6%, ensino médio completo - 50,8%, e nível superior completo - 4,6%, sendo importante ressaltar a ausência de analfabetismo na população estudada.

Dados do IBGE (2010) revelaram que entre as pessoas maiores de 25 anos no Brasil, o nível de escolaridade incluindo desde sem instrução até o ensino fundamental incompleto era de 49,3%; do ensino fundamental completo ao ensino médio incompleto era de 14,7%; do ensino médio completo ao ensino superior incompleto era de 25,0%; e o ensino superior completo era de 10,8%.

Sendo assim, a população ora estudada está numa melhor posição quanto ao nível de escolaridade do que a média da população brasileira. Isto porque neste caso a taxa de analfabetismo foi nula e os maiores percentuais foram encontrados entre o ensino fundamental e o ensino médio, completos.

O nível de escolaridade ora observado também foi superior ao relatado por Boclin e Blank (2010) entre trabalhadores de cozinhas de hospitais na Grande Florianópolis. Naquele grupo 34,9% tinham cursado entre o ensino médio e ensino superior; enquanto no presente estudo esses dois níveis juntos atingiram 55,4%.

No que se refere às condições de trabalho, por turno e número de plantões constatou-se que a maioria dos plantões cumpridos pelos respondentes é no período diurno (78,5% do total); 49,2% cumprem mais que 12 plantões por mês, 26,2% trabalham somente 12 plantões, 6,2% menos de 12 plantões e 18,5% não responderam.

O gráfico 3 mostra a relação entre faixa etária e o IMC estimado. Do total de pessoas, 38,5% apresentavam peso ideal (IMC entre 18,5 e 24,9). Foi observada a prevalência de 41,5% de sobrepeso, atingindo todas as faixas etárias. Essa condição foi mais prevalente na faixa etária de 46 a 60 anos (51,8% do total de pessoas). Obesidade Grau I foi observada em 16,9% do total de pessoas; e também foi mais prevalente na faixa etária de 46 a 60 anos, correspondendo a 72,7% das pessoas nessa faixa de idade. Em 3,0% dos casos observou-se obesidade grau II. A média do IMC foi de 27,1 kg/m²; esta situada dentro da faixa de sobrepeso. Nenhum caso de magreza foi identificado.

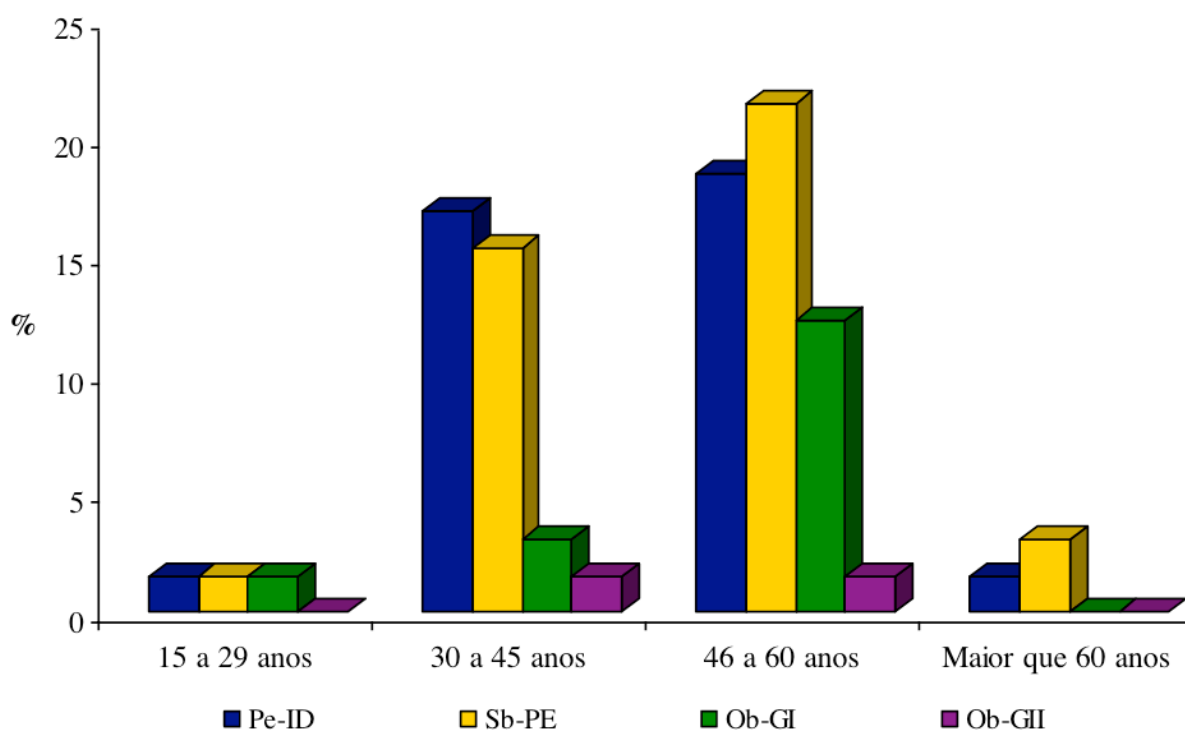


Gráfico 3 - Associação entre a faixa etária e o índice de massa corporal na população estudada

Boclin e Blank (2010) estudaram a prevalência de sobrepeso e obesidade entre trabalhadores de cozinhas de hospitais na Grande Florianópolis e verificaram que a média do IMC era de 27,7 kg/m², semelhante ao que ora foi observado. Esses autores referiram que a prevalência de sobrepeso na população estudada foi de 46,5% e de obesidade foi de 25,0%; em ambos os casos as taxas são superiores ao que foi encontrado no presente estudo.

Já a tendência de sobrepeso na população brasileira há cerca de uma década era de 40,6% e de obesidade 11,0% (IBGE, 2004); sendo semelhante aos achados neste estudo para sobrepeso (41,5%); mas diferindo quanto à obesidade que no presente estudo foi praticamente o dobro (19,9%) dos valores da população geral.

O gráfico 4 mostra a relação entre o tempo de serviço e o IMC, onde se verificou uma tendência de aumento da média do IMC no intervalo entre 5,1 a 10 anos de trabalho, chegando a 28,8 kg/m². As médias variaram entre 25,8 a 28,8 kg/m²; de qualquer modo estão inseridas na faixa de sobrepeso.

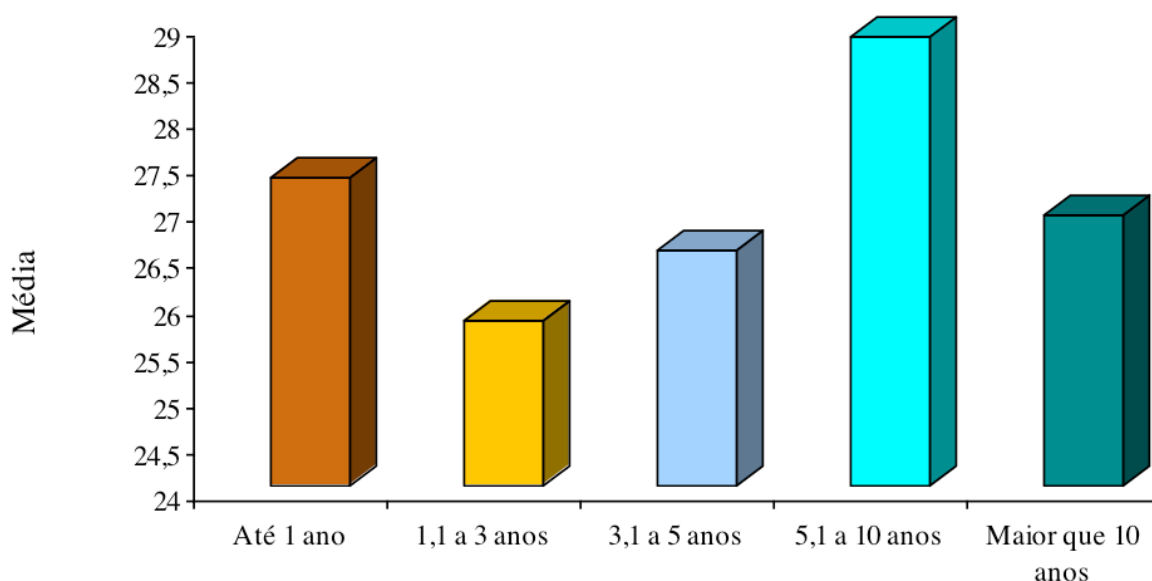


Gráfico 4 - Associação entre o tempo de serviço e o índice de massa corporal na população estudada

Fonte: Autoria própria.

O IMC é um índice que se presta a prover estimativas facilmente comparáveis e interpretáveis de peso corporal padronizado pela estatura; e também para a estimativa de gordura e composição corporal. No entanto, uma série de críticas tem sido feitas a aplicação do IMC, uma das quais se refere ao fato de que esse índice não expressa a distribuição de gordura corporal androide (tecido adiposo localiza-se

principalmente na parte superior do corpo) e ginecoide (na parte inferior do corpo), as quais têm grande influência na saúde. Outra crítica se refere ao fato do IMC não distinguir a origem do peso, ou seja, massa magra ou gorda. Mas a ausência de outro indicador que seja tão simples e conveniente tem sido um dos argumentos para se continuar utilizando esse índice em estudos epidemiológicos (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005; TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010).

Como já referido anteriormente, os valores do IMC apresentados neste estudo são aproximados, visto que os valores utilizados no cálculo desse índice foram informados pelos respondentes. Apesar disso, os valores são indicativos da situação desses indivíduos quanto ao estado nutricional e, em particular, aos fatores sobrepeso e obesidade.

Estes são indicativos da qualidade de vida e de saúde das pessoas (IBGE, 2004) e se constituem problemas relevantes em termos de saúde pública, a tal ponto de encontrar-se em vigor no Brasil, uma política pública específica para tratar dessa questão - a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada desde o ano de 1999 e atualizada em 2011 (BRASIL, 2012).

A política considera o histórico nutricional da população brasileira que passou por transformações sociais que resultaram em mudanças no padrão de consumo. Antes era comum a situação de fome e desnutrição, mas progressivamente tem-se verificado a ocorrência de sobrepeso e obesidade. Diante disso, o propósito dessa política em sua versão atualizada é a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, bem como a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2012).

O sobrepeso e a obesidade podem ser determinados por fatores endógenos (por exemplo, problemas genéticos) e exógenos (por exemplo, a qualidade dos alimentos ingeridos). Parece consensual que a obesidade exógena ou por ingestão calórica é mais comum do que por qualquer outra etiologia. Assim o excesso de peso decorre do balanço positivo de energia, calculado pela razão entre a ingestão e o gasto calórico (BRASIL, 2012; BOCLIN; BLANK, 2006).

Alguns fatores podem colaborar para que trabalhadores de setor de nutrição apresentem tendência de sobrepeso e obesidade. Dentre os quais podem ser citados o contato direto com o alimento, dando-lhes a oportunidade de “beliscar” durante a preparação do mesmo (BOCLIN; BLANK, 2006); ou ainda, a disponibilidade e variedade de alimentos associadas ao acesso privilegiado por parte do trabalhador. De fato, quando se observa o gráfico 5, percebe-se que o intervalo correspondente ao primeiro ano de trabalho apresenta um patamar mais elevado de IMC, que decresce no intervalo seguinte e segue aumentando progressivamente com o tempo. Ou seja, o período inicial parece corresponder ao período de adaptação à dinâmica do setor, nesse contato contínuo com os alimentos e com o notório ganho de peso (Regalado,

com. pess.).

Em relação às condições de trabalho relatadas, no que concerne à repetição de tarefas, 50,7% declararam manter-se em tarefas repetitivas e 47,3% declararam alternar as tarefas em seu turno de trabalho. Os serventes e os técnicos em nutrição foram os que apresentam maiores taxas de permanência nas tarefas (Gráfico 5).

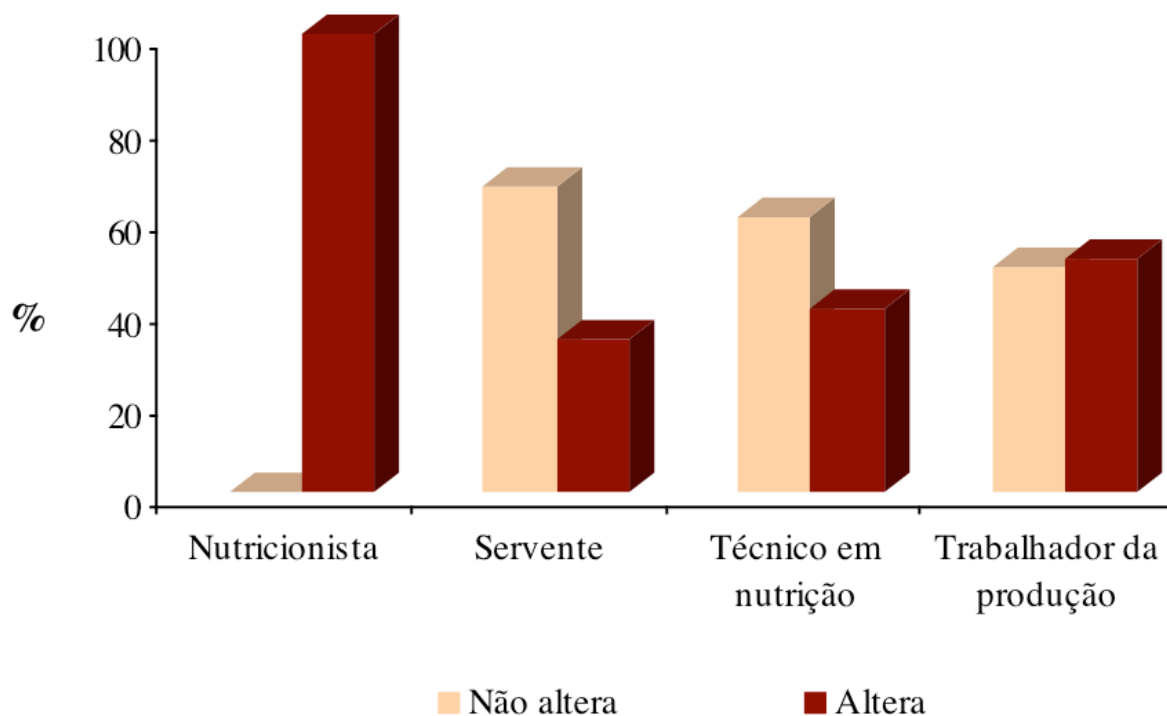


Gráfico 5 - Condições de trabalho da população estudada, quanto à permanência nas mesmas atividades, de acordo com cada função

Fonte: Autoria própria

Outro aspecto estudado foi a relação entre as principais queixas relatadas e a permanência ou não nas mesmas atividades. Entre as mulheres, 40,4% das que permaneciam com as mesmas funções, não apresentavam queixas de dores; enquanto das 43,9% que declararam alterar suas funções, de modo similar, não apresentavam queixas de dores. Dentre as mulheres que se queixavam de dores (15,8%), 10,5% declararam que alteravam as tarefas e 5,3% que não alteravam. Nenhum dos homens se queixou de dores, sendo que 37,5% alteravam suas tarefas e 62,5% não o faziam.

Alguns estudos têm demonstrado a associação entre a permanência nas mesmas atividades e a ocorrência de dores (CASAROTTO; MENDES, 2003). No presente estudo o que se observou é que as queixas de dores foram referidas pelas mulheres e não pelos homens, além de que não apresentaram relação com a permanência ou não nas mesmas atividades.

Outro aspecto da análise abordou a relação entre as funções desempenhadas e a sobrecarga autoavaliada nas atividades. Dentre os trabalhadores da produção

76,5% informaram que não se sentem sobrecarregados enquanto 23,5% disseram que sim. Entre os técnicos de nutrição, a proporção foi similar, ou seja, 80,0% e 20,0% informaram que não se sentem e se sentem sobrecarregadas, respectivamente. Os demais trabalhadores relataram que não se sentiam sobrecarregados, quando executavam suas tarefas.

O controle de cobertura vacinal da população estudada mostrou que as vacinas tomadas pelos entrevistados no setor de nutrição foram: antitetânica 80,0%, antigripal 80,0% e anti-hepatite 61,0%. A vacinação antigripal é obrigatória nos setores hospitalares e os dois últimos tipos estão relacionados com o processo de trabalho do setor de nutrição, devido ao contato com materiais perfurocortantes (facas, raladores, laminadores, furador de gelo, etc.), no caso do tétano. Ou pela possibilidade de transmissão fecal-oral como é o caso da hepatite A. Por isso, a cobertura vacinal destes trabalhadores é bastante importante, em razão do manejo direto com os alimentos, seja na produção ou na distribuição dos mesmos aos pacientes e aos demais usuários, internos e externos ao setor.

O tétano acidental é uma doença infecciosa aguda não contagiosa, causada pela ação de exotoxinas produzidas pelo *Clostridium tetani*, que provocam um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central. Como o bacilo encontra-se no meio ambiente, a exposição acidental ao mesmo através de um ferimento é universal. Por essa razão a manutenção de altas taxas de cobertura vacinal é imprescindível, tendo em vista a gravidade do quadro clínico e a elevada taxa de letalidade. É recomendado pelo Ministério da Saúde o esquema vacinal completo contra o tétano para todas as pessoas ainda não vacinadas ou àquelas com esquema incompleto, independente da idade e sexo (BRASIL, 2005).

Foram realizados exames coproparasitológicos de 45 amostras, das quais 19 estavam positivas. Os resultados mostraram a ocorrência de enteroparasitos unicelulares, mas não de helmintos. Em 30,0% dos casos encontrou-se *Endolimax nana*, em 23,0% *Entamoeba coli*, seguidos de *Blastocystis hominis* em 13,0%, *Entamoeba histolytica* *Entamoeba dispar* em 13,0% e *Iodamoeba butschlii* em 9,0%.

Essas enteroparasitoses humanas são de transmissão fecal oral e ainda são reconhecidas como problemas de saúde pública, seja pela morbidade que determinam ou pelas altas prevalências com que ocorrem; especialmente nas áreas onde carecem de estrutura de saneamento básico e de condutas higiênico-sanitárias adequadas.

A ausência de helmintos nas amostras fecais examinadas nesse estudo deve ser explicada pelo fato de tratar-se de pessoas adultas, que passam grande parte do dia no ambiente de trabalho, utilizando calçados fechados e sem contato direto com o solo. Ao contrário do que se observou entre catadores de materiais recicláveis da cidade de Natal, em cujos exames se revelaram a presença de várias espécies de

nematoides e com alta prevalência (SOUZA et al., 2016).

Das espécies de parasitos encontradas no presente estudo, a única que é reconhecidamente patogênica é *Entamoeba histolytica*, que além de produzir quadros clínicos intestinais pode causar doença invasiva. Indo desde a invasão da mucosa intestinal (ex.: colite disentérica), até a invasão de órgãos extraintestinais (ex. “abscesso” hepático amebiano). Essa espécie de ameba apresenta diversos mecanismos de ataque às células do hospedeiro, tais como, fagocitose de células vivas (ex. hemácias); destruição celular por amebaporo (causando lise osmótica) e por citotoxicidade (por aumento de espécies reativas de oxigênio e ativação da caspase 3), os quais geram debris que são fagocitados pelas amebas. Além de trogocitose, que corresponde à ingestão de parte da célula viva; mecanismo este apenas descrito “in vitro” (MARIE; PETRI JR., 2014).

A técnica que foi utilizada para realização dos exames parasitológicos só permite a visualização dos cistos, cujos aspectos morfológicos não permite se fazer a distinção entre *E. histolytica* e *E. dispar*. Razão pela qual, o resultado está expresso como *E. histolytica/E. dispar*, conforme preconizado pela OMS (WHO, 1997). A *E. dispar* pode determinar quadros intestinais de colite não disentérica, com duas a quatro evacuações diárias.

O parasito *B. hominis* é cosmopolita, considerado emergente e é frequentemente encontrado em amostras fecais de pacientes imunocompetentes ou imunocomprometidos. Embora possa ser encontrado em indivíduos assintomáticos, esse parasito tem sido associado com sintomas gastrintestinais, tais como, dor abdominal, diarreia, retardo de crescimento, anorexia, febre, entre outros sinais ou sintomas (VOGELBERG et al., 2010).

As espécies *E. nana*, *E. coli* e *I. butschlii* são reconhecidas como comensais de intestino grosso humano. A proporção de ambas (isto é, maior prevalência de *E. nana* e menor de *I. butschlii*) se assemelha ao encontrado no estudo com catadores de materiais recicláveis de Natal; sendo que entre os catadores todas as prevalências foram mais elevadas (47,0%, 36,0% e 23,0%, respectivamente) (SOUZA et al., 2016), do que as encontradas entre os manipuladores de alimentos.

O encontro das espécies que não apresentam importância patogênica se constitui um achado importante, devido ao fato de serem bioindicadoras de qualidade ambiental. Mais especificamente, no que concerne à contaminação do solo e das fontes de água por matéria fecal.

Pela posição estratégica que ocupam, os manipuladores de alimentos são pessoas muito importantes no que se refere à dispersão de enteroparasitos ou de qualquer agente de contaminação fecal oral. E aqui se chama a atenção para o ambiente hospitalar onde muitas pessoas se encontram debilitadas e com predisposição para infecções.

REFERÊNCIAS

BARDÍN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010. 288 p.

BENAGLIA, M. D. O impacto do ambiente de trabalho e do estilo de vida na saúde do trabalhador e a importância de se promover qualidade de vida nas empresas. **Revista Iuminart**, Ano IV, n. 9, p. 75-90, nov. 2012.

BOCLIN, K. L. S.; BLANK, N. Excesso de peso: característica dos trabalhadores de cozinhas coletivas? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 31, n. 113, p. 41-47, 2006.

_____. Prevalência de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas de hospitais públicos estaduais da Grande Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 124-130, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tetano_acidental_gve.pdf>. Acesso em 06 jul 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 84 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1911-7. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>. Acesso em 16 jun. 2014.

CASAROTTO, R. A.; MENDES, L. F. Queixas, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho em trabalhadores de cozinhas industriais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 28, n. 107/108, p. 119-126, 2003.

CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 18, n. 6, p.765-775, nov./dez., 2005.

FLECK, M. P. A.; FACHEL, O.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100) 1999. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 19-28, 1999.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, n. 34, v. 2, p. 178-83, 2000. On-line.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010: escolaridade e rendimento aumentam e cai mortalidade infantil**. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&idnoticia=2125&busca=1&t=censo-2010-escolaridade-rendimento-aumentam-cai-mortalidade-infantil>>. Acesso em 16 jun. 2014.

_____. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003**. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002analise/pof2002analise.pdf>>. Acesso em 16 de jun. 2014.

JORGE, A. T.; GLINA, D. M. R.; ISOSAKI, M.; RIBEIRO, A. C. Di C. A.; FERREIRA JUNIOR, M.; ROCHA, L. E. Distúrbios osteomusculares do trabalho: fatores de risco em trabalhadores de nutrição hospitalar. **Rev Bras Med Trab**. São Paulo, v. 7, 2009.

MARIE, C.; PETRI JR., W. A. Regulation of virulence os *Entamoeba histolytica*. **Annu, Rev, Microbiol.**, v. 68, p. 493-520, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011.** Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715_17_11_2011.html>. Acesso em 16 jun. 2014.

PEDROSO, B.; PILATI, L. A.; GUTIERREZ, G. L.; PICININ, C. T. Cálculo dos escores e estatística descritiva de WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 02, n. 01, p. 31-36, jan/jun 2010. DOI: 10.3895/S2175-08582010000100004.

REIS, R. M.; CARNEIRO, L. C. Indicador higiênico-parasitário em manipuladores de alimentos em Morrinhos, GO. **Estudos de Biologia**, v. 29, n. 68/69, p. 313-317, jul/dez 2007

SOUZA, M. F.; SILVA, R. O.; ARIMATEIA, D. S.; SILVA, R. M.; CALHEIROS, M. E. A. Indicadores de saúde de catadores de materiais recicláveis: elementos para reflexões sobre a temática dos resíduos sólidos. **Revista Eletrônica Extensão & Sociedade - PROEX/UFRN** –, v. 7, n. 1, p. 15-31, 2016.

TAVARES, T. B.; NUNES, S. M.; SANTOS, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 359-366, 2010.

VOGELBERG, C.; STENSVOLD, C. R.; MONECKE, S.; DITZEN, A.; STOPSACK, K.; HEINRICH-GRÄFE, U.; PÖHLMANN, C. *Blastocystis* sp. subtype 2 detection during recurrence of gastrointestinal and urticarial symptoms. **Parasitology International**, v. 59, p. 469–471, 2010. doi: 10.1016/j.parint.2010.03.009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Body mass index classification – report of a WHO consultation on obesity.** Geneva: WHO; 1995. Technical Report Series 854. Disponível em: <http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>. Acesso em: 06 jun. 2014.

_____. Amoebiasis. **Weekly Epidemiological Record**, v. 72, n. 14, p. 97-100, 1997. Disponível em: <<http://www.who.int/docstore/wer/pdf/1997/wer7214.pdf>>. Acesso em 14 jun. 2014.

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

Data de aceite: 03/03/2020

Natália Cíntia Andrade

Faculdade de Farmácia, Universidade de Itaúna,
Rodovia MG 431, Km 45 (Trevo Itaúna/Pará de
Minas), Caixa Postal 100, 35.680-142, Itaúna,
Minas Gerais, Brasil.
nandrade144@gmail.com

Nayara Cristina de Oliveira Goes

Faculdade de Farmácia, Universidade de Itaúna,
Rodovia MG 431, Km 45 (Trevo Itaúna/Pará de
Minas), Caixa Postal 100, 35.680-142, Itaúna,
Minas Gerais, Brasil.

Brayan Jonas Mano Sousa

Programa de Pós-Graduação em Ciências
Farmacêuticas, Universidade Federal de São
João Del Rei, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

Rodrigo Lobo Leite

Faculdade de Farmácia, Universidade de Itaúna,
Rodovia MG 431, Km 45 (Trevo Itaúna/Pará de
Minas), Caixa Postal 100, 35.680-142, Itaúna,
Minas Gerais, Brasil.

RESUMO: Introdução: O termo pênfigo é a designação de um conjunto de entidades patológicas de etiologia autoimune, de incidência rara, caracterizada pela formação de bolhas intra-epiteliais na pele e nas mucosas. O pênfigo vulgar é o mais comum dos tipos de pênfigo. Entretanto, apresenta incidência de um a cinco casos por milhão de pessoas

a cada ano. **Objetivo:** Relatar um caso de pênfigo vulgar nos membros inferiores e no decorrer do tratamento foi detectado um linfoma não Hodgkin de células B. **Relato do caso:** Paciente feminino de 27 anos de idade, cor branca, sem histórico médico pregresso procurou atendimento médico apresentando pequenas bolhas espalhadas no corpo, na qual causavam muita ardência e coceira. Após diversos diagnósticos médicos de quadros alérgicos, foi submetida a biópsia por suspeita de pênfigo e, posteriormente, confirmada. Durante o tratamento com corticoides sistêmicos e azatioprina houve diagnóstico de linfoma. O tratamento do linfoma consistia de oito sessões de quimioterapia. Após o tratamento, paciente apresentou remissão do câncer e mantém controle hematológico mensal. **Conclusão:** A farmacoterapia com azatioprina é considerada carcinogênica e apresenta influência no desenvolvimento de linfomas do tipo não Hodgkin. O presente relato contribuiu para ampliar o conhecimento científico e médico em relação ao pênfigo vulgar e sua relação com o câncer.

PALAVRAS-CHAVE: Autoimunidade. Neoplasias. Tratamento Farmacológico.

THE INFLUENCE OF PEMPHIGUS
VULGARIS ON THE DEVELOPMENT OF

ABSTRACT: Introduction: The term pemphigus is a designation of a set of pathological entities of autoimmune etiology, of rare incidence, characterized by the management of intraepithelial gestations in the skin and mucous membranes. Pemphigus vulgaris is the most common type of pemphigus. However, it has an incidence of one to five cases per million people each year. **Objective:** To report a case of pemphigus vulgaris in the lower limbs and not to undergo treatment was detected a non-Hodgkin's lymphoma of B cells. **Case report:** A 27-year-old white female patient with no previous medical history sought medical care presenting small bubbles scattered on the body, in which they caused a lot of burning and itching. After several medical diagnoses of allergic conditions, she underwent biopsy due to suspected pemphigus and, subsequently, confirmed. During treatment with systemic corticosteroids and azathioprine, there was a diagnosis of lymphoma. Lymphoma treatment consisted of eight chemotherapy sessions. After treatment, the patient presented remission of the cancer and maintained monthly hematologic control. **Conclusion:** Azathioprine pharmacotherapy is considered carcinogenic and has an influence on the development of non-Hodgkin's lymphomas. The present report contributed to increase the scientific and medical knowledge regarding pemphigus vulgaris and its relation with cancer.

KEYWORDS: Autoimmune disease. neoplasms. Therapeutics.

INTRODUÇÃO

As doenças dermatológicas autoimunes são condições patológicas decorrentes da ativação do sistema imunológico contra elementos teciduais, particularmente da pele ou de superfície das mucosas. Dentre as dermatoses mais estudadas, pode ser enfatizado o pênfigo.(1)

O termo pênfigo é a designação de um conjunto de entidades patológicas de etiologia autoimune, de incidência rara, caracterizada pela formação de bolhas intraepiteliais na pele e nas mucosas. Existe quatro tipos principais: foliáceo, eritematoso, vulgar e vegetante.(2,3)

O Pênfigo Vulgar (PV) é o mais comum dos tipos de pênfigos. Entretanto, sua ocorrência é rara, com incidência estimada na população geral de um a cinco casos por milhão de pessoas diagnosticadas a cada ano, sendo que em 2008 foram registrados 8 casos.(4) A forma vulgar pode ter um prognóstico grave, devido à possibilidade de ocorrência de curso clínico preocupante quando não diagnosticada e tratada inicialmente.(5)

O objetivo desse relato é apresentar um caso de PV, cuja primeira manifestação foi lesões bolhosas nos membros inferiores e no decorrer do tratamento foi detectado um linfoma.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente feminino, 27 anos de idade, cor branca, sem farmacoterapia pregressa, procurou uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Piracema (Minas Gerais) apresentando pequenas bolhas espalhadas no corpo, na qual causavam muita ardência e coceira. A seguir na figura 1 e figura 2 mostram o início clínico da doença:



Figura 1. Pé direito apresentando pequenas vesículas bolhosas.



Figura 2. Membro inferior direito apresentando pequenas erupções cutâneas.

Após atendimento por três médicos clínicos gerais, foi diagnosticado como caso alérgico devido a coceira no corpo e a apresentação de erupções pequenas, sendo prescrito prednisona 20 mg, loratadina 10 mg, Fernegan injetável 50 mg, dexametasona creme 1 mg/g, tiabendazol 500 mg, clobetazol 0,5/g creme e hidrocortisona.

Por não apresentar melhora no quadro clínico, a paciente procurou um médico dermatologista. Nesse tempo, houve mais surgimento de bolhas, sendo também diagnosticada como alergia, devido à presença de coceira intensa. Foi prescrito: montelucaste 10mg, prednisona 20mg, polaramine 2mg, hixizine 25mg, clobetazol 0,5mg/g creme, cefalexina 500mg, itraconazol 100mg.

Novamente, a paciente procurou um médico alergista, pois apresentava quadro clínico pior, onde algumas bolhas estavam se tornando lesões. Foram realizados testes alérgicos (aplicação de fitas adesivas contendo substâncias para teste de contato) e prescritos: Fernegan 25mg, prednisona 20 mg e loratadina 10mg. O quadro foi diagnosticado como um caso alérgico também, sendo solicitado que a paciente trocasse todos os produtos perfumados por neutros.

A paciente sem apresentar melhora do quadro clínico foi para Divinópolis, Minas Gerais, em um médico especializado em alergia e imunologia. Após a realização de hemograma, (leucócitos $11100/\text{mm}^3$, neutrófilos segmentados $8769/\text{mm}^3$) e exame clínico das características das lesões dérmicas, foi descartada a hipótese de alergia e suspeitou-se de caso de pênfigo. Foi realizado o encaminhamento para dermatologista na mesma cidade, onde suspendeu-se todos os medicamentos por uma semana para realização de biopsia tecidual das lesões.

No dia da biopsia tecidual das lesões, a paciente apresentava lesões purulentas e infeccionadas no corpo inteiro e sentia dor intensa. Após a realização da biopsia, a paciente foi encaminhada para internação em um hospital de grande porte

do centro-oeste mineiro para aguardar o resultado do exame. Durante a internação, foi indicado soroterapia com analgésicos. Nas figuras 3 a 5 são mostradas lesões dérmicas graves causadas pela doença:



Figura 3. Região Dorsal apresentando *múltiplas* lesões dérmicas graves.



Figura 4. Braço e antebraço apresentando lesões dérmicas graves.



Figura 5. Braço e antebraço apresentando várias lesões dérmicas graves.

O resultado da biopsia (fragmento de pele apresentando clivagem suprabasal com formação de vesícula intraepidérmica contendo poucas células acantolíticas e denso infiltrado inflamatório com neutrófilos e eosinófilos) confirmou o quadro de Pênfigo Vulgar (PV). O tratamento consistiu em corticoides sistêmicos (prednisona 20mg) associados a azatioprina 50mg. O quadro se agravou, ocorrendo o surgimento de múltiplas lesões cutâneas com dor aguda. Para tal, foi prescrito morfina injetável 0,2 mg/ml de 4/4hs para alívio da dor. A paciente apresentou fraqueza, perda de peso e anemia, onde teve que ser administrado bolsas de sangue.

Após um mês internada, foi diagnosticada pneumonia hospitalar. Foi solicitado raio x do tórax e o resultado apresentou aumento dos linfonodos na região do

mediastino. Para confirmação foi solicitado uma tomografia do tórax. Após o resultado, foi constatado uma massa tumoral no mediastino. Também foi solicitada biópsia dessa massa tumoral e foi diagnosticado presença de um agregado linfóide reacional classificado como Linfoma não-Hodgkin de grandes células B do mediastino.

O tratamento do linfoma consistia de oito sessões de quimioterapia, sendo realizados exames de sangue que apresentaram resultados alterados: Leucopenia ($500/\text{mm}^3$) e Neutropenia febril ($25/\text{mm}^3$), tendo sido necessário o uso de Filgrastim $300 \mu\text{g}$.

Após 10 dias da primeira sessão de quimioterapia, a paciente recebeu alta e mantém controle hematológico mensal. No fim das oito sessões de quimioterapia, foi realizado hemograma, creatinina, ureia e tomografia computadorizada por emissão de Pósitrons (PET/CT) que comprovaram a remissão do câncer. Depois de 6 meses a paciente descobriu o retorno do câncer e ela veio a óbito.

Discussão

O pênfigo vulgar (PV) é raro na população jovem, atingindo, principalmente, os indivíduos a partir dos 40 anos. É indispensável lembrar a importância do médico no diagnóstico da doença para melhorar a qualidade de vida do paciente(6).

No caso clínico relatado nesse estudo, houve apenas presença de lesões cutâneas, sendo que o mais comum é o aparecimento de lesões nas mucosas orais. Outro fato incomum presente nesse caso, é o aparecimento de um agregado linfóide reacional classificado como Linfoma não Hodgkin de grandes células B no mediastino. Neste estudo, foram apresentadas três hipóteses relacionando o PV com o linfoma: o pênfigo pode ter originado o linfoma ou vice-versa e, também, o tratamento contra o pênfigo pode ter ocasionado o aparecimento do linfoma. A terapia medicamentosa no caso relatado, objetivou o controle da doença e dos sintomas, mediante a diminuição da resposta inflamatória e da produção de autoanticorpos da paciente(7).

Distúrbios linfoproliferativos como o linfoma não-Hodgkin podem ocorrer em casos de pênfigo paraneoplásico(8) bladder, liver, and myocardium. Sera were obtained from 28 patients with PNP and from 29 control subjects with autoimmune blistering diseases. RESULTS The sensitivity of murine bladder as a substrate was 75%, with a specificity of 83%. Indirect immunofluorescence on liver was specific (96.5%). Existe uma preocupação relacionada ao uso da azatioprina, pois os pacientes que tem exposição a esse medicamento, possuem maior risco de desenvolver leucemia ou linfoma durante a vida. É um medicamento bastante eficaz, porém apresenta diversos efeitos colaterais(9) thirty-seven patients with severe generalized pemphigus vulgaris were treated with a combined corticosteroid-azathioprine regimen. Twenty-nine patients were available for complete follow-up lasting from 4 to 16 years after initiation of therapy. At the time of final evaluation, twenty-seven patients (93%. O potencial carcinogênico da azatioprina é bem conhecido. Seu uso foi associado a

aumento da incidência de tumores cutâneos, linfomas não-Hodgkin, carcinoma de cérvix, de vulva e sarcoma de Kaposi (em transplantados renais, em uso conjunto de corticosteroide)(10).

As características clínicas do caso não estão de acordo com a literatura em relação ao PV, pois acometeu uma jovem de 27 anos e não teve aparecimento de lesões nas mucosas. Considerando-se que o PV é uma doença sistêmica, autoimune e de etiologia desconhecida, o tratamento consiste primariamente de corticoides sistêmicos (usualmente prednisona), embora possa haver necessidade da combinação com o uso de imunossupressores(11).

Inicialmente, a dose utilizada de corticoides para tratar as lesões é maior, com a melhora dos sintomas, vai-se adequando a dose para tratar a doença. Em muitos casos são mantidas doses baixas de corticoides de forma permanente com o intuito de prevenir surtos de desenvolvimento da lesão(12).

Um aspecto importante do tratamento é o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, o início mais rápido possível da terapia medicamentosa. As doses de corticoides são variáveis, dependendo da severidade da lesão, e têm por objetivo reduzir os anticorpos circulantes(13). É importante o acompanhamento dos pacientes por longos períodos e também o esclarecimento da história natural da doença às pessoas acometidas. Cabe salientar que o prognóstico do pênfigo vulgar pode ser letal acima de 90% dos casos, quando nenhum tratamento é instituído(11,12).

Nota-se que o uso de corticoide continua sendo o tratamento de escolha mais utilizado para os casos de pênfigo vulgar(7). E que esse tipo de tratamento proposto apresenta resultados satisfatórios. A paciente segue em controle clínico, sem apresentar lesões cutâneas e exerce suas atividades diárias normalmente.

CONCLUSÕES

O pênfigo vulgar é uma patologia autoimune mucocutânea crônica rara que ocorre principalmente na vida adulta. O diagnóstico precoce é fundamental visto que se não for tratado rapidamente, o paciente pode vir a óbito. Clinicamente, o pênfigo manifesta-se em forma de bolhas, característica observada histopatologicamente com a separação intraepitelial. O tratamento indicado é a corticoterapia sistêmica com controle clínico e laboratorial para evitar a exacerbação da doença. O presente relato de caso clínico contribuiu para ampliar o conhecimento científico e médico em relação ao pênfigo vulgar e sua relação com o câncer. Nesse estudo não foi possível concluir qual das hipóteses está relacionado com o caso. Contudo, a terapia medicamentosa com azatioprina é considerada carcinogênica e possui grande influência no desenvolvimento de linfomas do tipo não Hodgking.

REFERÊNCIAS

1. Schmidt E, Zillikens D. Diagnosis and Treatment of Patients with Autoimmune Bullous Disorders in Germany. *Dermatol Clin* [Internet]. 2011 Oct;29(4):663–71. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S073386351100115X>
2. Schepens I, Jaunin F, Begre N, Läderach U, Marcus K, Hashimoto T, et al. The Protease Inhibitor Alpha-2-Macroglobuline-Like-1 Is the p170 Antigen Recognized by Paraneoplastic Pemphigus Autoantibodies in Human. Soyer HP, editor. *PLoS One* [Internet]. 2010 Aug 18;5(8):e12250. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0012250>
3. Jolly PS, Berkowitz P, Bektas M, Lee H-E, Chua M, Diaz LA, et al. p38MAPK Signaling and Desmoglein-3 Internalization Are Linked Events in Pemphigus Acantholysis. *J Biol Chem* [Internet]. 2010 Mar 19;285(12):8936–41. Available from: <http://www.jbc.org/lookup/doi/10.1074/jbc.M109.087999>
4. Gonçalves GAP, Brito MMC, Salathiel AM, Ferraz TS, Alves D, Roselino AMF. Incidência do pênfigo vulgar ultrapassa a do pênfigo foliáceo em região endêmica para pênfigo foliáceo: análise de série histórica de 21 anos. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2011 Dec;86(6):1109–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22281897%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2642512>
5. Ferreira FA, Filippini PA, Beltrame M, Guirra FR, Barreto MP. Manifestações bucais dos pênfigos vulgar e bolhoso TT - Oral Manifestations of pemphigus vulgaris and bullous. *Odontol clín-cient* [Internet]. 2009;8(4):293–8. Available from: <http://www.cro-pe.org.br/revista/v8n4/1.pdf>
6. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Pênfigo: O que é? [Internet]. 2017. Available from: <http://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/penfigo/17/>
7. Ioannides D, Lazaridou E, Rigopoulos D. Pemphigus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2008 Dec;22(12):1478–96. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-3083.2008.02825.x>
8. Helou J, Allbritton J, Anhalt GJ. Accuracy of indirect immunofluorescence testing in the diagnosis of paraneoplastic pemphigus. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 1995 Mar;32(3):441–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7868713>
9. Aberer W, Wolff-Schreiner EC, Stingl G, Wolff K. Azathioprine in the treatment of pemphigus vulgaris. A long-term follow-up. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 1987 Mar;16(3 Pt 1):527–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3819096>
10. De David MAS, De Faria FA, Azulay-Abulafia L, Gripp AC. Azatioprina e psoríase. *An Bras Dermatol*. 1997;72(6):561–4.
11. Azulay RD, Azulay DR. *Dermatologia*. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
12. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia: Oral & Maxilofacial*. 2009. 363-453 p.
13. Ben Lagha N, Poulesquen V, Roujeau J-C, Alantar A, Maman L. Pemphigus vulgaris: a case-based update. *J Can Dent Assoc* [Internet]. 2005 Oct;71(9):667–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16271165>

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO CARDÍACA APÓS EXPOSIÇÃO PROLONGADA AO CONTAMINANTE AMBIENTAL TRIBUTILESTANHO

Data de aceite: 03/03/2020

Carolina Falcão Ximenes

Enfermeira. Prof^a. do curso de enfermagem da Faveni - Faculdade Venda Nova do Imigrante e doutoranda no Departamento de Ciências Fisiológicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas, Universidade Federal do Espírito Santo. carolinafximenes@hotmail.com

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/3613329548109549>

Samya Mere Lima Rodrigues

Prof^a. Doutora do curso de enfermagem Multivix e do Instituto de Pós graduação Cabral.

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/1735451802314813>

Cleydianne Luisa Vieira Pereira

Professora de Ciências na prefeitura municipal da Serra.

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/3873566568976069>

Kamila Vidal Braun

Médica egressa da Universidade Federal do Espírito Santo

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/2243477809694315>

Paula Salgado Rabelo

Médica egressa da Universidade Federal do Espírito Santo

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/2133397012916247>

Jones Bernardes Graceli,

Professor Associado do Departamento de Morfologia, Programa de Pós Graduação em Ciências Fisiológicas, CCS - UFES.

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/3803670746263603>

Rogério Faustino Ribeiro Junior

Pharm.D., PhD, Departamento de Ciências Fisiológicas, Programa de Pós-graduação em ciências fisiológicas, Universidade Federal do Espírito Santo.

rogeriofaustino@hotmial.com

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/9031385018611541>

Ivanita Stefanon

Professora Titular, Departamento de Ciências Fisiológicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas, Universidade Federal do Espírito Santo. ivanita.stefanon@ufes.br

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/8456612999765726>

RESUMO: O tributilestanho (TBT) é um composto orgânico de estanho, cujos efeitos são persistentes nos sedimentos dos oceanos e, apesar de seu uso já ter sido banido, continua a afetar ecossistemas e causar toxicidade hepática, renal, cardiovascular e ao sistema hormonal dos mamíferos. Recentemente nós demonstramos como a exposição aguda ao TBT é capaz de induzir disfunção cardíaca

por danificar a contratilidade miocárdica, via alterações fundamentais no movimento intracelular de cálcio (Ca^{2+}) e na indução de estresse oxidativo em células cardíacas. Considerando que os efeitos do TBT persistem em longo prazo e continuam a afetar diferentes ecossistemas, nós estudamos como a exposição prolongada ao TBT é capaz de afetar a função cardíaca dos mamíferos. Ratas Wistar foram divididas em: animais controle (Controle, n=10); ratas expostas ao TBT que receberam 100 ng/kg^{-1} por dia⁻¹ de TBT durante 15 dias (TBT 100 ng/Kg, n=10); e ratas expostas ao TBT que receberam 500 ng/kg^{-1} por dia⁻¹ de TBT (TBT 500 ng/Kg, n=10), por gavagem, por 15 e 60 dias. Os níveis séricos de estanho foram mensurados e a contratilidade miocárdica foi analisada utilizando músculos papilares. A pressão sistólica isovolumétrica do ventrículo esquerdo (PSIVE, mmHg), foi mensurada em corações isolados perfundidos pelo sistema de Langendorff. A exposição ao TBT aumentou os níveis séricos de estanho (controle: $3,16 \pm 0,72$; TBT 100 ng/kg: $54,22 \pm 8,19$; TBT 500 ng/kg: $251 \pm 14,82 \text{ ng.g}^{-1}$). O incremento nos níveis de Ca^{2+} de 0,62 a 3,75 mM induziu a mesma resposta inotrópica positiva em todos os grupos. A resposta inotrópica positiva ao isoproterenol foi igual entre os grupos. O aumento da pré-carga induziu o mesmo efeito na PSIVE em todos os grupos. Em conclusão, nossos achados fornecem evidências de que a exposição até 2 meses, a doses de TBT semelhantes as encontradas em indivíduos expostos, não prejudica a função miocárdica dos ratos.

PALAVRAS-CHAVE: Compostos Organoestânicos; Tributilestanho; Contratilidade miocárdica.

CARDIAC FUNCTION IN FEMALE RATS DURING LONG-TERM EXPOSITION TO THE ENVIRONMENTAL CONTAMINANT TRIBUTYL TIN CHLORIDE

ABSTRACT: Tributyltin (TBT) is a banned organostannic compound which effects are persistent in sediments and continue to affect ecosystems and causing toxic hepatic, renal, neural, hormonal system and cardiovascular effects in mammalian. Recently we demonstrate how acute TBT exposition induces cardiac dysfunction by impairment in the intracellular calcium (Ca^{2+}) handling, inducing mitochondrial and cytosolic ROS production. Considering TBT effects are long-term persistent and continue to affect different ecosystems, we studied how long-term TBT exposition affects the cardiac function in mammalian. Female Wistar rats were divided into: control animals (Control, n=10); TBT-exposed rats received $100 \text{ ng/kg}^{-1} \text{ day}^{-1}$ TBT during 15 days (TBT 100 ng/Kg, n=10) and TBT-exposed rats received $500 \text{ ng/kg}^{-1} \text{ day}^{-1}$ TBT (TBT 500 ng/Kg, n=10), by gavage, for 15 days and 60 days. Serum tin levels were measured using an inductively coupled plasma mass spectrometry. Isometric contractility was analysed using papillary muscles under isometric contractions (g/g). Left ventricular isovolumetric systolic pressure (LVISP, mmHg) was measured in isolated hearts perfused by Langendorff system. TBT exposure increased serum tin levels (control: 3.61 ± 0.72 ; TBT 100 ng/kg: 54.22 ± 8.19 ; TBT 500 ng/kg: $251 \pm 14.82 \text{ ng.g}^{-1}$). The increment on extracellular Ca^{2+} from 0.62 to 3.75 mM induced the same positive inotropic response in all groups: Ca^{2+} 0.62 mM (control: $288.4 \pm 46.1 \text{ g/g}$, TBT 100 ng/

kg: 279.0 ± 32.2 g/g, TBT 500 ng/kg: 242.0 ± 30.7 g/g; $p > 0.05$) and Ca^{2+} 3.75 mM (control: 688.4 ± 53.7 g/g, TBT 100 ng/kg: 716.1 ± 46.0 g/g, TBT 500 ng/kg: 676.1 ± 64.5 g/g; $p > 0.05$). Positive inotropic response do isoproterenol did not differ from groups. The increment on preload induced the same effect on the LVISP in all groups. In conclusion, our findings provide evidence that long-term low dose TBT exposition do not impair the miocardial function in rats.

KEYWORDS: Organotin Compounds; Tributyltin; Myocardial Contractility.

1 | INTRODUÇÃO

O tributilestanho (TBT) é um composto orgânico de estanho utilizado como fungicida, estabilizante em plásticos, moluscidas, miticidas, catalisadores industriais, biocidas industriais e agrícolas, preservativos de madeira e agentes antincrustantes. (ALDRIDGE, STREET e SKILLETER, 1977) O uso de compostos organoestanhos foi banido, mas seus efeitos persistem em sedimentos e continua a afetar diferentes ecossistemas, levando a deformidades de conchas em moluscos bivalves. (COUTINHO *et al.*, 2016; DELGADO FILHO *et al.*, 2011; DE ARAÚJO, 2018) Além disso, o TBT é classificado como um produto químico desregulador endócrino (EDC), obesogênico, sendo capaz de intensificar processos metabólicos por atuar como programador metabólico, aumentando o risco de obesidade e outras anormalidades metabólicas. (FARINETTI *et al.*, 2018; GRACELI *et al.*, 2013)

Os efeitos tóxicos da exposição ao TBT são descritos em vários sistemas tais como: metabolismo anormal de hormônios sexuais em roedores, (GIBSON e Wilson, 2003; GRÜN *et al.*, 2006) síndrome metabólica e adipogênese ovariana anormal em ratas, (IMO, 2001) disfunções reprodutivas, irregularidade do ciclo estral, danos morfológicos nos ovários de ratas, (IPCS, 1999; JANESICK e Blumberg, 2011; KISHTA *et al.*, 2007) inibição da função mitocondrial, (KRAJNC *et al.*, 1984) imunidade dependente do timo, (LANG *et al.*, 2012), mudanças no metabolismo do heme (LIU e Peterson, 2015; MAGUIRE, 1987). Além disso, toxicidade hepática, renal, neural, adrenal e tireoideana também foram descritas. (MATTHIESSEN e Gibbs, 1998; MERLO *et al.*, 2016; MERLO *et al.*, 2018) Recentemente, estudos realizados por nosso grupo demonstraram os efeitos adversos do TBT no sistema vascular de ratas expostas por 15 dias ao TBT em doses de 100 e 500 ng/kg. Essa exposição a baixas doses do TBT provocou um aumento das espécies reativas de oxigênio (EROs), e induziu disfunção endotelial na aorta e veias mesentéricas das ratas, sugerindo dano à função endotelial e da musculatura lisa. (MILLER, Hartung e Cornish, 1980; MITRA *et al.*, 2014; OMURA *et al.*, 2001; PALMER *et al.*, 2006)

Nosso estudo anterior demonstrou que a cardiotoxicidade aguda do TBT, está presente, mesmo em baixas doses, danificando a contratilidade e o relaxamento

dos músculos papilares isolados, e do coração intacto, e interferindo no movimento intracelular de cálcio (Ca^{2+}). O TBT aumentou a produção mitocondrial e citosólica de EROs e reduziu o movimento de Ca^{2+} em cardiomiócitos isolados. (PEREIRA *et al.*, 2019)

Considerando que os efeitos do TBT persistem em longo prazo, e continuam a afetar diferentes ecossistemas, nós estudamos como a exposição prolongada ao TBT afeta a função cardíaca em mamíferos. Para elucidar essa questão, nós investigamos os efeitos da exposição prolongada a baixas doses do TBT, na contratilidade miocárdica de músculos papilares isolados, e no coração inteiro, perfundido pela técnica de Langendorff.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Drogas e reagentes

Isoproterenol (hidrocloridrato de isoproterenol), cafeína, cloreto de tributilestanho (TBT 96%). Todos os sais e reagentes usados foram obtidos da Sigma-Aldrich ou Merck (Darmstadt, Alemanha). Os produtos químicos foram dissolvidos em água destilada, exceto o TBT, que foi diluído em etanol a 0,4%.

2.2 Animais e Tratamento

Os estudos foram realizados utilizando ratas Wistar de aproximadamente 3 meses de idade, pesando entre 250 e 300 g. Todos os protocolos experimentais foram conduzidos em conformidade com as recomendações de pesquisas biomédicas, preconizadas pela Sociedade Brasileira de Biologia Experimental. O protocolo experimental foi aprovado pelo Comitê de Ética Institucional Local (CEUA/UFES, protocolos 020/2009, 106/2011 e 27/2016). Todas as ratas tiveram livre acesso à água e a comida para roedores. As ratas foram randomicamente divididas em quatro grupos: 1) Ratas controle, recebendo 100 μL de água adicionada de etanol 0,4% como veículo (Controle, $n=10$); 2) Ratas expostas ao TBT, recebendo 100 ng/kg^{-1} por dia^{-1} de TBT diluído em etanol 0,4% durante 15 dias (TBT 100 ng/kg , $n=10$); e 3) Ratas expostas ao TBT, recebendo 500 ng/kg^{-1} por dia^{-1} de TBT diluído em etanol 0,4% (TBT 500 ng/kg , $n=10$), por gavagem, por 15 dias e 4) 60 dias (TBT 500 ng/Kg , $n=10$). A concentração de TBT escolhida para estes tratamentos, f foi baseada na ingesta diária aceitável (ADI), descrita pela Organização Mundial da Saúde, apesar da carência de informações acerca dos efeitos provocados no sistema cardiovascular, pelo seu uso crônico. (PODRATZ *et al.*, 2015)

2.3 Avaliação do estanho

Para avaliar os níveis séricos de estanho, amostras de sangue foram coletadas, os quais foram mensurados utilizando espectrometria de massa por plasma acoplado indutivamente (ICP-MS, NexIon, 300-D, Perkin Elmer, Alemanha). (MATTHIESSEN e Gibbs, 1998; QIU *et al.*, 2019) Brevemente, amostras de sangue foram diluídas em 1:49 com uma solução diluente contendo 0,5% (v/v) de HNO₃ ultra-puro duplamente destilado (Elga-Purelab, Marlow, UK). (RIBEIRO JUNIOR *et al.*, 2016) As análises do sangue foram conduzidas com um ICP-MS, e gás argônio (99,999%, Ar Líquido, RJ, Brasil) foi utilizado no ICP-MS para geração de plasma, nebulização e gás auxiliar. O sistema de introdução das amostras foi composto por uma câmara de spray ciclônico, e um nebulizador Meinhard®. A sessão de requerimentos do protocolo de controle de qualidade foi rigorosamente seguida para demonstrar uma qualificação acurada das amostras de sangue e rins utilizadas neste estudo. A relação massa/carga (m/z) foi monitorada com o isótopo 118Sn⁺. As condições de operação do ICP-MS foram realizadas com a frequência do gerador em 40,0MHz, nível do fluxo de gás plasma de 16,01min⁻¹, taxa de fluxo do gás auxiliar de 1,201 min⁻¹, taxa de fluxo do gás de nebulização de 1,021min⁻¹, e poder RF de 1,55kW. A acurácia do procedimento foi checada utilizando uma amostra de referência (Serorm Urine, Sero AS, Norway). O nível de detecção (LOD) para estanho determinado pelo ICP-MS foi de 4,0ng.g⁻¹. Os níveis de LOD foram determinados para cada análise realizada.

2.4 Estudo da contratilidade miocárdica utilizando os músculos papilares

Experimentos com músculos papilares do ventrículo esquerdo (VE) isolados foram realizados utilizando-se um sistema de contração isométrica. Após 15 dias de exposição ao TBT, as ratas eram anestesiadas com pentobarbital sódico (35 mg/kg, ip); o tórax era aberto, o coração removido e perfundido com solução de Krebs-Henseleit (KHS) (em mM: 120 NaCl; 5,4 KCl; 1,25 CaCl₂; 1,2 MgCl; 2 NaH₂PO₄; 1,2 Na₂SO₄; 24 NaHCO₃; e 11 glicose; pH = 7,4).

Os músculos papilares foram fixados a anéis de aço inoxidável, afixados a um transdutor isométrico (TSD125, Biopac Systems, Inc.; CA), e então, colocados em um banho de órgãos contendo KHS a 29 ± 0,5 °C, sendo continuamente aerados com uma mistura carbogênica (95% O₂ e 5% CO₂) pH = 7,4. Eletrodos de prata foram colocados ao longo de toda a extensão do músculo, para estimular as contrações através de pulsos retangulares isolados (10 a 15 V, duração de 12 ms). A frequência de estimulação foi de 0,5 Hz. Os músculos foram esticados para atingir a força máxima (L_{max}). Os registros começaram a ser feitos após 60 min, para permitir que o sistema se adaptasse às novas condições ambientais. A força desenvolvida durante as contrações foi aferida em g/mg (força desenvolvida, em gramas, dividida pelo

peso do músculo, em mg).

Para cada protocolo descrito abaixo, uma bateria diferente de experimentos foi utilizada: para o estudo da contratilidade dos músculos papilares, os seguintes parâmetros basais foram avaliados: força de contração, tensão passiva, derivadas positivas e negativas (dF/dt), tempo para atingir o pico de tensão (TP), e tempo para obter 90% de relaxamento (TR 90). A potenciação pós-pausa (PPP) foi utilizado para fornecer informações sobre a função do retículo sarcoplasmático (SR). No músculo cardíaco, as contrações que ocorrem após pausas curtas são potencializadas, e essas contrações pós-reposo são dependentes da duração da pausa, e da quantidade de cálcio disponível nos compartimentos intracelulares. Vários intervalos de pausa, com diferentes durações, foram utilizados (15, 30 e 60 segundos), e os resultados são apresentados em relação à potencialização (amplitude da contração pós-reposo, dividida pela contração basal). Nós também avaliamos o efeito de diferentes concentrações de cálcio extracelular (0,62; 1,25; e 2,5 mM) e do agonista β -adrenérgico Isoproterenol (10^{-7} – 10^{-2} M).

2.5 Coração isolado perfundido pela técnica de Langendorff

As ratas receberam TBT (500 ng/Kg) ao longo de 60 dias, por gavagem. Os corações foram separados e perfundidos utilizando a preparação de Langendorff usando solução de KHS, mantendo a temperatura em 37°C e fluxo em 10 ml/min. O transdutor de pressão (TSD 104A-Biopac) foi conectado ao sistema de perfusão, para medir a pressão de perfusão coronariana (PPC, mmHg). Um balão de látex, cheio de água, foi inserido no interior do átrio esquerdo e conectado ao transdutor de pressão (Biopac TSD 104A-Biopac conectado ao pré-amplificador). A pré-carga foi aumentada pela mudança da pressão diastólica final (PD, mmHg) de 0 a 30 mmHg, em intervalos de 5 mmHg. A pressão sistólica isovolumétrica do ventrículo esquerdo (PSIVE, mmHg) foi aferida pelo sistema de aquisição de dados (MP 100, Biopac Systems: Inc; CA, incluindo o software Biopac Student Lab), utilizando uma taxa de amostragem de 2000 amostras/segundo.

2.6 Função Ventricular no coração isolado perfundido pelo sistema Langendorff

O mecanismo heterométrico de regulação da contratilidade miocárdica, foi analisado pela medida da PSIVE, durante incrementos da PD de 0 a 30 mmHg, em incrementos de 5 mmHg. A resposta inotrópica positiva ao cálcio extracelular foi mensurada mantendo-se a PD constante em 10 mmHg: $[Ca^{2+}]$ a 0,62; 1,25; 1,87; 2,5; e 3,12 mM. As repostas inotrópica e lusitrópica positivas da ativação do receptor β -adrenérgico foram medidas utilizando uma dose de 100 μ M de Isoproterenol.

2.7 Análise de dados e estatísticas

Todos os valores são expressos como a média \pm SEM do número de animais utilizados em cada experimento. Os resultados foram analisados utilizando ANOVA duas vias. Quando a ANOVA mostrou diferença significativamente, o teste *post-hoc* de Tukey foi utilizado para comparar as médias individuais. As diferenças foram consideradas estatisticamente significativas quando $p < 0,05$. Os dados foram analisados, e as figuras foram plotadas utilizando GraphPad Prism™ (Software GraphPad, USA).

3 | RESULTADOS

3.1 Níveis séricos de estanho após exposição ao tributilestano por 15 dias

As amostras de sangue foram obtidas dos grupos controle, TBT 100 ng/kg e TBT 500 ng/kg, e os níveis séricos de estanho foram determinados utilizando ICP-MS. A exposição ao TBT aumentou o nível sérico de estanho nos grupos TBT 100ng/kg ($p < 0,05$) e TBT 500 ng/kg ($p < 0,001$), comparado ao grupo controle (controle: $3,61 \pm 0,72$; TBT 100 ng/kg: $54,22 \pm 8,19$; TBT 500 ng/kg: $251,00 \pm 14,82$ ng.g⁻¹, $n = 5$). Adicionalmente, os maiores níveis séricos de estanho foram observados nos ratos do grupo TBT 500 ng/kg, sendo significativamente diferentes que aqueles do grupo TBT 100 ng/kg ($p < 0,001$).

3.2 Avaliação ponderal das ratas expostas ao TBT

O peso corporal das ratas expostas por 15 dias ao TBT (100 ng/kg) e por 60 dias ao TBT (500 ng/kg) não alterou, comparativamente às ratas do grupo controle, como mostrado na Figura 1 ($p > 0,05$).

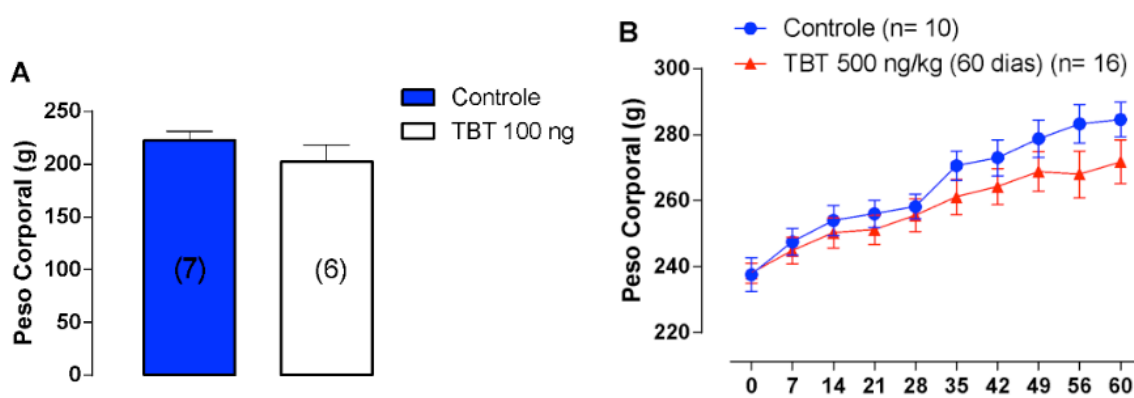


Fig. 1. Peso das ratas expostas ao tributilestano por 15 dias (TBT 100ng/kg) (A) e (TBT 500ng/kg) por 60 dias (B). Os resultados representam a média \pm SEM. ($p > 0,05$ pelo teste T de Student para variáveis não pareadas, e pelo teste ANOVA). O número de animais utilizados está indicado entre parênteses.

3.3 Efeitos da exposição ao TBT sobre a contratilidade dos músculos papilares

A contratilidade foi analisada nos músculos papilares das ratas expostas a 100 ng/kg e 500ng/kg por 15 dias. A contratilidade basal e os parâmetros temporais da contração não diferiram entre os grupos: força de contração (Controle: 568,9 ± 49,5 g/g; TBT 100 ng/kg: 556,2 ± 42,9 g/g; TBT 500 ng/kg: 580,3 ± 74,6 g/g; $p > 0,05$) (Figura 2A); TP (Controle: 0,14 ± 0,03 s; TBT 100 ng/kg: 0,13 ± 0,005 s; TBT 500 ng/kg: 0,13 ± 0,003 s; $p > 0,05$) (Figura 2B); TR 90% (Controle: 0,29 ± 0,02 s; TBT 100 ng/kg: 0,23 ± 0,025 s; TBT 500 ng/kg: 0,26 ± 0,06 s; $p > 0,05$) (Figura 2C).

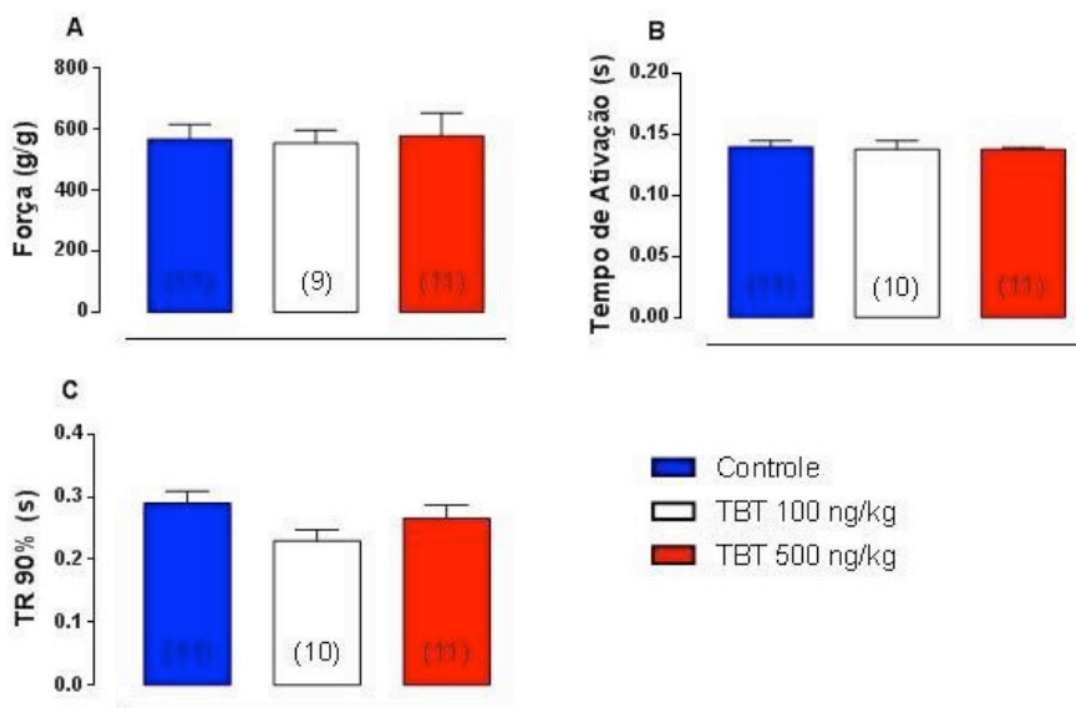


Fig. 2. Parâmetros de contração fixa dos músculos papilares expostos ao tributilestano (TBT) 100ng/kg e 500ng/kg por 15 dias, na força de contração (g/g) (A), no tempo para o pico de tensão (s) (B), tempo de relaxamento (RT) para 90% (s) (C). Os resultados representam a média ± SEM. ($p > 0.05$ pelo teste ANOVA). O número de animais utilizados está indicado entre parênteses.

3.4 Intervenções inotrópicas nos músculos papilares após exposição ao TBT

A Potenciação Pós-Pausa (PPP) foi utilizada para analisar indiretamente a participação do retículo sarcoplasmático (RS) sobre o acoplamento excitação-contracção. Não houve diferença entre os grupos, conforme demonstrado na Figura 3A.

Nós analisamos o efeito inotrópico positivo do mecanismo homeométrico utilizando cálcio e isoproterenol como resposta β -adrenérgica. Como esperado, o aumento no cálcio extracelular de 0,62 para 375 mM induziu a mesma resposta inotrópica positiva em todos os grupos: Ca^{2+} 0,62 mM (Controle: 288,4 ± 46,1 g/g; TBT 100 ng/kg: 279,0 ± 32,2 g/g; TBT 500 ng/kg: 242,0 ± 30,7 g/g; $p > 0,05$) e Ca^{2+} 3,75 mM (Controle: 688,4 ± 53,7 g/g; TBT 100 ng/kg: 716,1 ± 46,0 g/g; TBT 500 ng/

kg: $676,1 \pm 64,5$ g/g; $p > 0,05$) (Figura 3B).

A Figura 3C demonstra a resposta inotrópica positiva do receptor β -adrenérgico, utilizando o isoproterenol de 10^{-7} a 10^{-2} M. A exposição ao TBT não mudou essa resposta: isoproterenol a 10^{-7} M (Controle: $230,2 \pm 45,4$ g/g; TBT 100 ng/kg: $251,2 \pm 31,2$ g/g; TBT 500 ng/kg: $214,7 \pm 30,7$ g/g; $p > 0,05$), e a 10^{-2} M (Controle: $521,0 \pm 51,2$ g/g; TBT 100 ng/kg: $574,8 \pm 38,7$ g/g; TBT 500 ng/kg: $536,1 \pm 60,5$ g/g; $p > 0,05$).

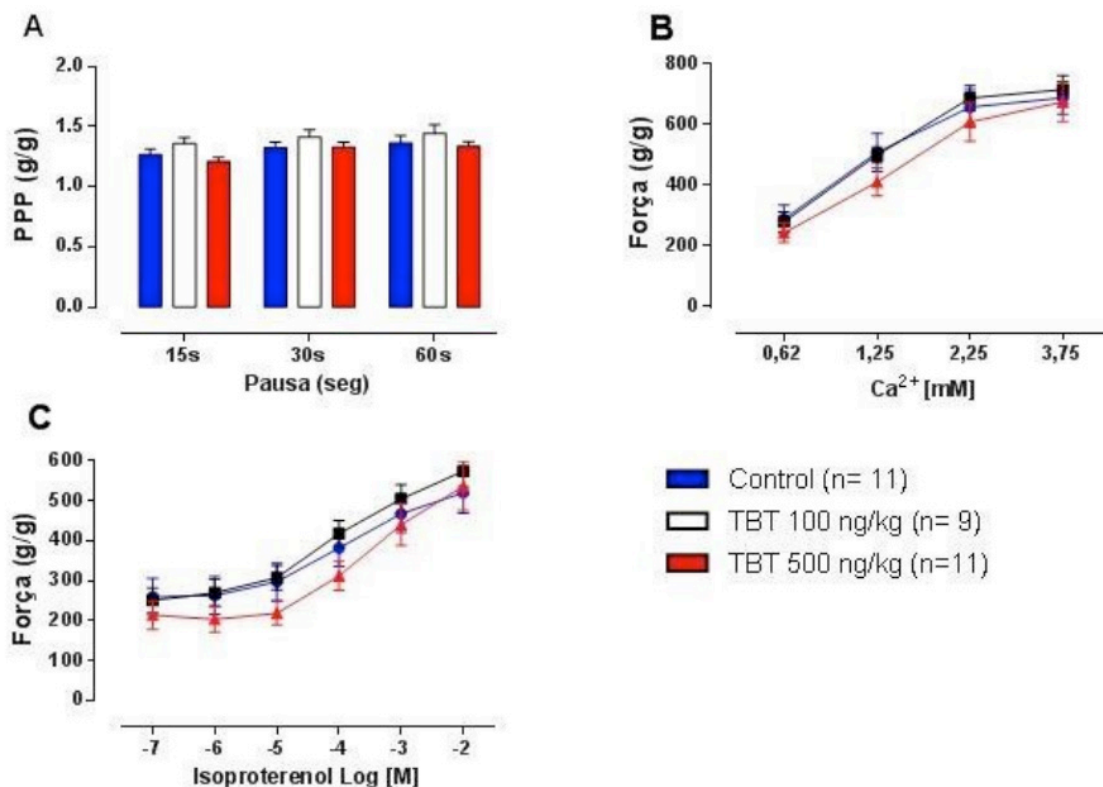


Fig. 3. Intervenções inotrópicas nos músculos papilares expostos ao tributilestanho (TBT) 100ng/kg e 500ng/kg, por 15 dias. (A) Potenciação proporcional obtida após pausas (PPP) (g/g), (B) intervenção inotrópica induzida por diferentes concentrações de cálcio (g/g), (C) intervenção inotrópica induzida pelo isoproterenol (g/g). Os resultados representam a média \pm SEM. ($p > 0,05$ pelo teste ANOVA). O número de animais utilizados está indicado entre parênteses.

3.5 Efeitos da exposição a 500ng/kg de TBT por 60 dias na função ventricular esquerda

A PD foi elevada de 0 a 30 mmHg a fim de analisar o mecanismo de Frank-Starling do coração, durante a exposição prolongada ao TBT, com $[Ca^{2+}]$ normal 1,25 mM, (Ca^{2+} ; 1,25 mM; 0 mmHg: Controle: $72,9 \pm 18,1$ mmHg vs TBT 500 ng/kg: $61,3 \pm 3,44$ mmHg; $p > 0,05$) e (Ca^{2+} ; 1,25 mM; 30 mmHg: Controle: $149,5 \pm 18,4$ mmHg vs TBT 500 ng/kg: $134,1 \pm 3,0$ mmHg; $p > 0,05$) e com $[Ca^{2+}]$ baixa 0,62 mM, (Ca^{2+} ; 0,62 mM; 0 mmHg: Controle: $33,0 \pm 7,1$ mmHg vs TBT 500 ng/kg: $32,2 \pm 2,7$ mmHg; $p > 0,05$) e (Ca^{2+} ; 0,62 mM; 30 mmHg: Controle: $91,0 \pm 11,7$ mmHg vs TBT 500 ng/kg: $91,4 \pm 5,3$ mmHg; $p > 0,05$) (Figura 4A-B). O aumento da pré-carga induziu o mesmo efeito na PSIVE em ambos os grupos, sugerindo que a exposição ao TBT por 60 dias não modificou a contratilidade miocárdica.

A resposta inotrópica positiva ao cálcio extracelular está demonstrada na Figura 4C. Como esperado, o aumento na concentração de cálcio de 0,62 a 3,12 mM, aumentou a PSIVE que, por sua vez, foi similar entre os grupos. $[Ca^{2+}]$ (0,62 a 3,12 mM), (Ca^{2+} ; 0,62 mM: Controle: $60,9 \pm 9,4$ mmHg vs TBT 500 ng/kg: $61,7 \pm 4,2$ mmHg; $p > 0,05$) e (Ca^{2+} ; 3,12 mM: Controle: $194,1 \pm 12,8$ mmHg vs TBT 500 ng/kg: $167,58 \pm 8,7$ mmHg; $p > 0,05$). Isso sugere que a exposição prolongada ao TBT não modificou a contratilidade miocárdica.

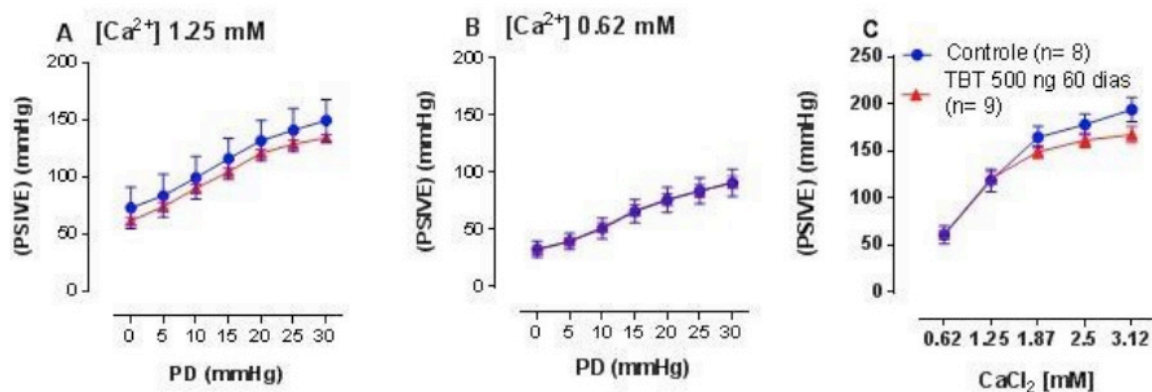


Fig. 4. Avaliação dos parâmetros in vivo do ventrículo esquerdo em ratos dos grupos controle e TBT (500ng/kg) por 60 dias. (A) Pressão sistólica intraventricular esquerda (PSIVE) e pressão diastólica (DP), sob concentração de cálcio 1,25 mM, (B) Pressão sistólica intraventricular esquerda (PSIVE) e pressão diastólica (PD), sob concentração de cálcio 0,62 mM, (C) curva de resposta à concentração de cálcio. Os resultados representam a média \pm SEM. ($p > 0,05$ pelo teste ANOVA duas vias). $n = 6 - 8$.

3.6 Efeitos da exposição a 500 ng/kg de TBT por 60 dias na ativação e relaxamento do coração isolado

A Figura 5 representa a cinética da ativação e relaxamento da pressão sistólica, em ambos os grupos ($dP/dt+$; Ca^{2+} 1,25 mM; 0 mmHg: Controle: $2946,3 \pm 754,1$ vs TBT 500 ng/kg: $2467,4 \pm 358,2$ mmHg; $p > 0,05$); ($dP/dt+$; Ca^{2+} 1,25 mM; 30 mmHg: Controle: $3618,2 \pm 421,0$ vs TBT 500 ng/kg: $3180,8 \pm 358,4$ mmHg; $p > 0,05$), e mínimo ($dP/dt-$; Ca^{2+} 1,25 mM; 0 mmHg: Controle: $-2442,8 \pm 326,8$ vs TBT 500 ng/kg: $-1933,4 \pm 332,4$ mmHg; $p > 0,05$); ($dP/dt-$; Ca^{2+} 1,25 mM; 30 mmHg: Controle: $-2834,4 \pm 349,8$ vs TBT 500 ng/kg: $-2415,7 \pm 317,9$ mmHg; $p > 0,05$). Não houve diferença entre os grupos.

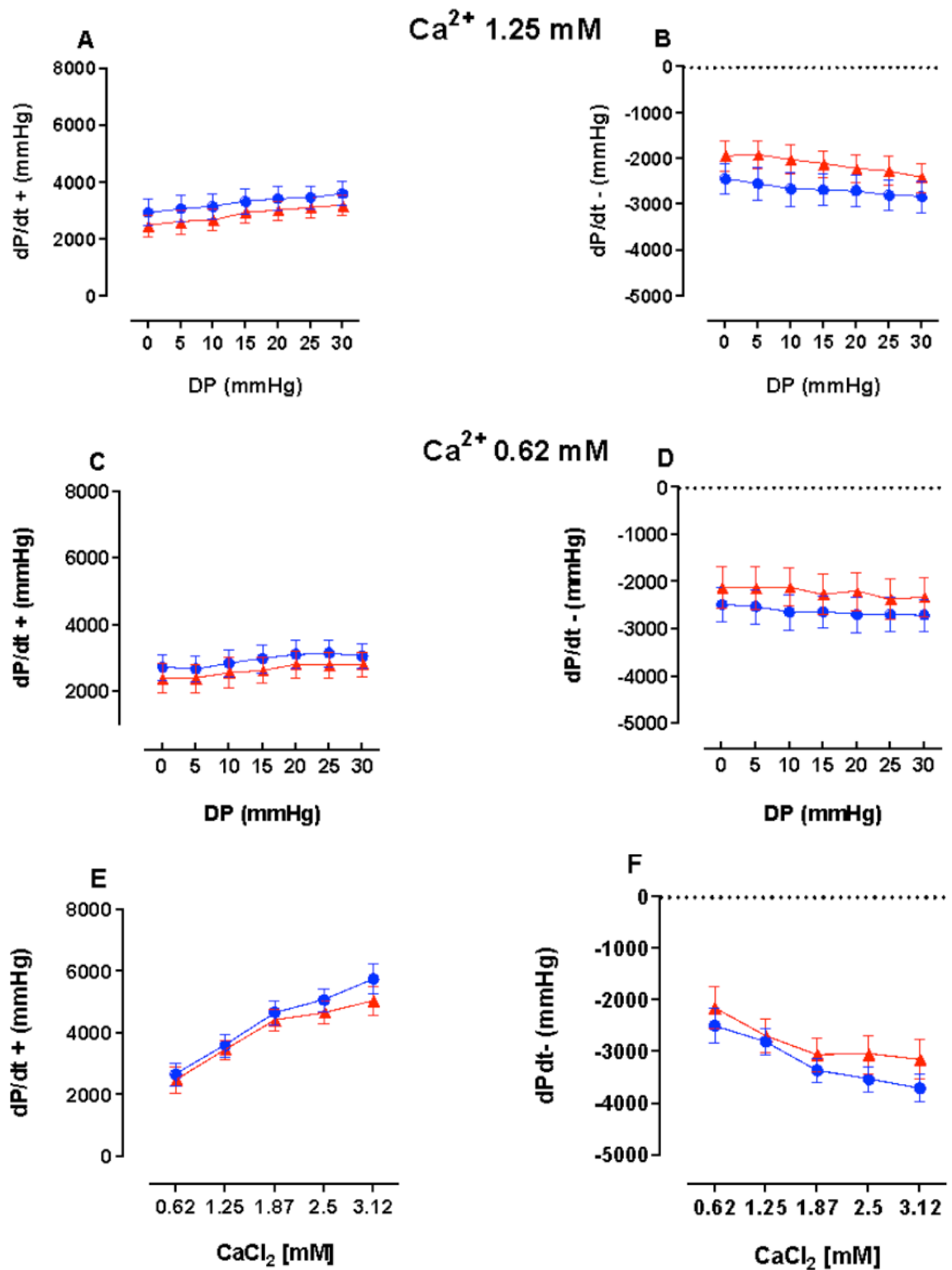


Fig. 5. Tempo de derivação da pressão positiva do ventrículo esquerdo ($dP/dt+$) na concentração extracelular de cálcio de 1,25mM (A) e negativa ($dP/dt-$) (B); ($dP/dt+$) em 0,62mM de cálcio extracelular (C) e $dP/dt-$ (D); $dP/dt+$ durante aumento na pressão diastólica (PD) de 0 a 30 mmHg (E), e $dp/dt-$ (F) durante aumento na concentração de cálcio extracelular, na mesma PD. Os resultados representam a média \pm SEM. ($p > 0.05$ pelo teste ANOVA duas vias). Controle ($n=8$) e TBT 500 ng/kg por 60 dias ($n=9$).

4 | DISCUSSÃO

Neste estudo nós investigamos os efeitos da exposição a baixas doses de TBT durante 15 e 60 dias, nos mecanismos de regulação heterométricos e

homeométricos da contração cardíaca, utilizando corações isolados e músculos papilares de ratas. A concentração de TBT utilizada foi escolhida por ser o limite aceito de ingestão diária (ADI) estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, mesmo com informações incompletas sobre os efeitos resultantes do uso crônico sobre o sistema cardiovascular. (PODRATZ *et al*, 2015)

O resultado principal indicou que a exposição prolongada do TBT não modificou a função contrátil do miocárdio. Esses resultados contrastam com o efeito cardioprotóxico da exposição aguda ao TBT.

A exposição aos componentes organotínicos (OTs) resultou em maior acúmulo de OTs no sangue de modelos animais (RODRIGUES *et al.*, 2014; RONCONI, STEFANON e RIBEIRO JUNIOR, 2018; ROSENBERG, DRUMMOND e KAPPAS, 1982) demonstrado pela exposição a 1 e 5 mg/kg de TBT por 30 dias, elevando os níveis séricos de estanho em ratos. Nossos resultados vão ao encontro desses achados prévios. Nós demonstramos que a exposição, tanto a 100 ng/kg, quanto a 500 ng/kg de TBT, aumentaram os níveis séricos de estanho, de forma dose-dependente.

As ratas foram expostas a 100 ng/kg e 500 ng/kg de TBT por 15 dias, para medir a contratilidade miocárdica nos músculos papilares. A contração basal não foi diferente entre os grupos. Nós também analisamos a cinética temporal da contração, utilizando a análise da potencialização pós-pausa para avaliar indiretamente a participação do RS no mecanismo de acoplamento excitação-contração. A potenciação pós-pausa permite estimar indiretamente os mecanismos que envolvem a recaptção de Ca^{2+} pelo retículo sarcoplasmático, principalmente dependente da bomba de cálcio (Ca^{2+} -ATPase ou SERCA), e sua liberação pelos receptores de rianodina. Nossa hipótese é baseada no fato de que pausas no estímulo elétrico induzem um aumento do acúmulo de RS Ca^{2+} . Se a exposição prolongada ao TBT afetasse a contração e a resposta do Ca^{2+} , seria esperado que as variações temporais da força de contração ($dF/dt+$) e relaxamento ($dF/dt-$) fossem modificadas. Isso poderia sugerir uma possível disfunção no movimento intracelular de cálcio, associado à atividade do trocador Na^+/Ca^{2+} , da SERCA ou do receptor de rianodina. Neste estudo, não houve diferença entre a potenciação pós-pausa, nem na $dF/dT+$ ou $dF/dT-$, entre os grupos. Nós analisamos o efeito inotrópico positivo decorrente do aumento da concentração de cálcio extracelular pelo mecanismo homeométrico, e pela resposta ao receptor β -adrenérgico. Como esperado, o aumento da concentração de cálcio extracelular de 0,62 para 3,75 mM, induziu uma resposta inotrópica positiva. Novamente, a contratilidade foi semelhante em todos os grupos. A resposta ao receptor β -adrenérgico também não diferiu entre os grupos. Esses resultados sugerem que a exposição, por 15 dias, a 100 e 500 ng/kg de TBT não afetaram a contratilidade miocárdica. Isso é diferente das anormalidades que o TBT causa na função vascular.

Rodrigues et al. demonstraram que o tratamento de ratas com 100 ng/kg de TBT por 15 dias afetou a morfologia da aorta e a reatividade vascular, provavelmente devido a mecanismos dependentes da biodisponibilidade do óxido nítrico, modificação nos canais de potássio, e ao estresse oxidativo. (MILLER, HARTUNG e CORNISH, 1980) Os autores sugerem que o TBT pudesse atuar na musculatura lisa vascular e na morfofisiologia endotelial. Contudo, a resposta contrátil à fenilefrina, um receptor alfa-agonista, não foi modificada pela exposição ao TBT. Ximenes *et al.* (2017) demonstraram que ratas expostas a 500ng/kg de TBT por 15 dias apresentaram disfunção aórtica pelo estresse oxidativo, e dano morfológico. Foi demonstrado que o TBT aumenta a resposta vasoconstrictora, reduz a vasodilatação dependente e a independente da função endotelial, aumenta o colágeno na aorta e a densidade da fibrina. (XIMENES *et al.*, 2017)

Tendo em vista que o tratamento com TBT por 15 dias não modificou a função cardíaca, nós investigamos o efeito da exposição por um período mais prolongado. As ratas foram tratadas com 500 ng/kg por 60 dias, a fim de analisar o mecanismo de Frank-Starling nos corações isolados. Neste mecanismo heterométrico, a contratilidade miocárdica aumenta em resposta a um aumento da pré-carga, e isso leva a uma elevação da sobreposição dos miofilamentos, e a sensibilidade ao cálcio. (SENA *et al.*, 2017; STEFANON, VASSALLO e MILL, 1990) A ativação do coração intacto, dependente do estiramento, foi estudada durante uma curva normalizada de tensão dependente do estiramento do músculo cardíaco, pelo aumento do PD, e medindo a PSIVE. A exposição ao TBT não modificou a resposta heterométrica.

Recentemente, nós investigamos os efeitos da exposição aguda ao TBT nos mecanismos heterométricos e homeométricos da contração cardíaca, utilizando corações isolados, músculos papilares e miócitos ventriculares isolados de ratos. (RONCONI, STEFANON e RIBEIRO JUNIOR, 2018) Nós demonstramos que a exposição aguda ao TBT é responsável por uma intensa resposta intríntrica e lusotrópica negativa, envolvendo danos à manipulação do RS Ca^{2+} . Parece que os cardiomiócitos são protegidos contra a exposição prolongada ao TBT, ao passo que, a exposição aguda resulta em cardiotoxicidade em minutos.

Algumas evidências, utilizando estudos *in vivo* e *in vitro*, têm demonstrado que obesogênicos ambientais, como o TBT, atuam modificando o peso corporal, por induzir a expansão do tecido adiposo, mudando o padrão de circulação lipídica, e causando adipogênese abdominal. (TER KEURS, 2012; XIMENES *et al.*, 2017) Farinetti *et al.* (2018) demonstraram que o tratamento crônico com TBT pode interferir no sistema anorexígeno em áreas hipotalâmicas envolvidas com o controle da ingestão alimentar. (WHALEN, LOGANATHAN e KANNAN, 1999) No presente estudo, o peso corporal não modificou durante a exposição do TBT 100 ng/kg por 15 dias, nem pela exposição ao TBT 500 ng/kg por 60 dias.

Apesar da exposição aguda ao TBT causar cardiotoxicidade em minutos, no presente estudo nós concluímos que a exposição prolongada ao TBT a 100 e 500 ng/kg, não modificou a contratilidade miocárdica em ratas.

Em conclusão, nossos achados fornecem evidências consistentes de que baixas doses de TBT não impactam diretamente na função miocárdica normal, durante exposição crônica. Entretanto, nós observamos um elevado nível de estanho nas ratas, durante 15 dias de exposição. Esse trabalho auxilia nossa compreensão acerca dos efeitos do TBT na fisiologia cardíaca.

5 | FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (Edital FAPES 24/2018, processo 84324600/2018), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

REFERÊNCIAS

ALDRIDGE, W.N.; STREET, B.W.; SKILLETER, D.N. **Oxidative phosphorylation. Halide-dependent and halide-independent effects of triorganotin and triorganolead compounds on mitochondrial functions.** *Biochem. J*, v.15 n.3, p. 353 - 364, 1977. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1183780/>. Acesso em: 05/12/19

COUTINHO, J.V.S.; et al. **Tributyltin chloride induces renal dysfunction by inflammation and oxidative stress in female rats.** *Vitória, Toxicol Letter*, v. 260, n.1, p. 52-69, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378427416330946?via%3Dihub>. Acesso em: 05/12/19.

DELGADO FILHO, V.S.; et al. **Triorganotin as a compound with potential reproductive toxicity in mammals.** *Vitória, Braz. J. Med. Biol. Res*, v. 44 n. 9, p. 958-965, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2011000900018. Acesso em: 05/12/19

DE ARAÚJO, J.F.P.; et al. **The obesogen tributyltin induces abnormal ovarian adipogenesis in adult female rats.** *Vitória, Toxicol. Letter*, v. 295, n.1, p. 99-114, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378427418313079>. Acesso em 05/12/19.

FARINETTI, A.; et al. **Chronic treatment with tributyltin induces sexually dimorphic alterations in the hypothalamic POMC system of adult mice.** *Germany, Springer: Cell Tissue Res*, v. 374(3):587-594, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2F00441-018-2896-9>. Acesso em 05/12/19.

GRACELI, J.B.; et al. **Organotins: a review of their reproductive toxicity, biochemistry, and environmental fate.** *Reprod Toxicol*, v. 36, n.1, p. 40-52, 2013. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890-6238\(12\)00345-0](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890-6238(12)00345-0). Acesso em: 05/12/19

GIBSON, C.P.; WILSON, S.P. **‘Imposex’ still evident in eastern Australia 10 years after tributyltin restrictions,** *Marine Environmental Research*, v. 55, n.1 p. 101–112. 2003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0141113602000971>. Acesso em: 05/12/19

GRÜN, F.; et al. **Endocrine-disrupting organotin compounds are potent inducers of**

adipogenesis in vertebrates, Mol. Endocrinol. v.20, n.1, p. 2141-2155. 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/7166238_Endocrine-Disrupting_Organotin_Compounds_Are_Potent_Inducers_of_Adipogenesis_in_Vertebrates. Acesso em: 05/12/19.

INTERNATIONAL MARITIME ORGANIZATION (IMO). **International convention on the control of harmful anti-fouling systems on ships**. In International conference on the control of harmful anti-fouling systems for ships. 2001.

IPCS Concise international chemical assessment documents, no.13, **Triphenyltin compounds**, World Health Organization, Geneva. 1999

JANESICK, A.; BLUMBERG, B. **Endocrine disrupting chemicals and the developmental programming of adipogenesis and obesity**. Birth Defects Res C Embryo Today, v. 93, n.1, p. 34-50, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4919125/pdf/nihms794977.pdf>. Acesso em: 05/12/19

KISHTA, O.; et al. **In utero exposure to tributyltin chloride differentially alters male and female fetal gonad morphology and gene expression profiles in the Sprague-Dawley rat**. Reprod. Toxicol. v.23, n. 1, p. 1-11. 2007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890623806002310?via%3Dihub>. Acesso em: 05/12/19

KRAJNC, E.I.; et al. **Toxicity of bis(tri-n-butyltin) oxide in the rat: I. Short-term effects on general parameters and on the endocrine and lymphoid systems**. Toxicol. Appl. Pharmacol, v. 75 n. 3, p. 363-386. 1984. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0041008X84901765>. Acesso em 05/12/19.

LANG, P.P.; et al.. **Tributyltin impairs the reproductive cycle in female rats**. J. Toxicol. Environ Health v. 75 n.1, p. 16-17. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22852853>. Acesso em: 05/12/19.

LIU, Y.; PETERSON, K.E. **Maternal exposure to synthetic chemicals and obesity in the offspring: recent findings**. Curr. Environ. Health Rep. v. 2, n.1 p. 339-347. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5482496/>. Acesso em: 05/12/19.

MAGUIRE, R.J. **Environmental aspects of tributyltin**. [S.l.] Appl Organomet Chem. v.1, n.1, p. 475-98. 1987.

MATTHIESSEN, P.; GIBBS, P.E. **Critical appraisal of the evidence for tributyltin-mediated endocrine disruption in mollusks**. Environmental Toxicology and Chemistry, v.17, n.1, p. 37-43. 1998. Disponível em: <https://setac.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/etc.5620170106>. Acesso em: 05/12/19.

MERLO, E.; et al., 2016. **The environmental pollutant tributyltin chloride disrupts the hypothalamic-pituitary-adrenal axis at different levels in female rats**. Endocrinology, v. 157, n.1, p. 2978-2995. 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/endo/article/157/8/2978/2422338>. Acesso em: 05/02/19

MERLO, E; et al. **The obesogen tributyltin induces features of polycystic ovary syndrome (PCOS): a review** J. Toxicol. Environ. Health Part B, v. 21, n.1, p. 181-206.2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10937404.2018.1496214>. Acesso em: 05/12/19

MILLER, R.R.; HARTUNG, R.; CORNISH, H.H. **Effects of diethyltindichloride on amino acid and nucleoside transport in suspended rat thymocytes**. Toxicol. Appl. Pharmacol, v. 30 n. 3, p.564-571, 55. 1980. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=retrieve&list_uids=7001677&dopt=citation. Acesso em: 05/12/19.

MITRA, S; et al.**Comparative toxicity of low dose tributyltin chloride on serum, liver, lung and kidney following subchronic exposure**. Food Chem. Toxicol. v. 64, n.1, p.335-343.2014. Disponível

em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027869151300793X?via%3Dihub>. Acesso em: 05/12/19

OMURA, M.; et al. **Twogeneration reproductive toxicity study of tributyltin chloride in male rats**. *Toxicol. Sci.* v. 64, n. 2, p. 224-232. 2001. Disponível em: <https://academic.oup.com/toxsci/article/64/2/224/1629631>. Acesso em: 05/12/19.

PALMER, C.D.; et al. **Determination of lead, cadmium and mercury in blood for assessment of environmental exposure: a comparison between inductively coupled plasma-mass spectrometry and atomic absorption spectrometry**. *Spectrochim. Acta B Atom. Spectrosc.*, v. 61, n. 8, p. 980-990. 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0584854706002527>. Acesso em: 05/12/19

PEREIRA, C.L.V.; et al. **Cardiotoxicity of environmental contaminant tributyltin involves myocyte oxidative stress and abnormal Ca²⁺ handling**. *Environmental Pollution*. v. 247, n.1, p.371-382. 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0269749118339708?via%3Dihub>. Acesso em: 05/12/19.

PODRATZ, P.L.; et al. **Accumulation of organotins in seafood leads to reproductive tract abnormalities in female rats**. *Reprod.Toxicol.*, v. 57, n.1, p. 29-42. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890623815000714?via%3Dihub>. Acesso em: 05/12/19

QIU, X.; et al. 2019 **Tributyltin and perfluorooctane sulfonate play a synergistic role in promoting excess fat accumulation in Japanese medaka (*Oryzias latipes*) via in ovo exposure**. *Chemosphere*, v. 220, n.1, p. 687-695. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30605811>. Acesso em: 05/12/19

RIBEIRO JUNIOR, R.F.; et al. **Tributyltin chloride increases phenylephrine-induced contraction and vascular stiffness in mesenteric resistance arteries from female rats**. *Toxicol Appl Pharmacol*, v. 295, n.1, p. 26–36. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0041008X1630028X?via%3Dihub>. Acesso em: 05/12/19.

RODRIGUES, S.M.; et al. **Tributyltin contributes in reducing the vascular reactivity to phenylephrine in isolated aortic rings from female rats**. *Toxicol Lett*, v. 225, n.1, p.378–85. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378427414000113?via%3Dihub>. Acesso em: 05/12/19

RONCONI, K.S.; STEFANON, I.; RIBEIRO JUNIOR, R.F. **Tributyltin and Vascular Dysfunction: The Role of Oxidative Stress**. *Front Endocrinol (Lausanne)*, v. 9, n.1, p. 354. 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326352533_Tributyltin_and_Vascular_Dysfunction_The_Role_of_Oxidative_Stress. Acesso em: 05/12/19.

ROSENBERG, D.W.; DRUMMOND, G.S.; KAPPAS, A. **The influence of organometals on heme metabolism. In vivo and in vitro studies with organotins**. *Mol. Pharmacol*, v. 21, n.1, p.150-158. 1982. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6897100>. Acesso em: 05/12/19.

SENA, G.C.; et al. **Environmental obesogen tributyltin chloride leads to abnormal hypothalamic-pituitary-gonadal axis function by disruption in kisspeptin/leptin signaling in female rats**. *Toxicol. Appl. Pharmacol.* 319:22-38. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0041008X17300492?via%3Dihub>. Acesso em: 05/12/19

STEFANON, I.; VASSALLO, D.V.; MILL, J.G. **Left ventricular length dependent activation in the isovolumetric rat heart**. *Cardiovasc Res.*, v. 24, n. 3, p. :254-6.1990. Disponível em: <https://academic.oup.com/cardiovascres/article-abstract/24/3/254/290543?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 05/12/19

TER KEURS, H.E. **The interaction of Ca²⁺ with sarcomeric proteins: role in function and dysfunction of the heart**. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*, v. 302, n. 1, p. H38-H50. 2012. Disponível

em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3334233/>. Acesso em: 05/12/19.

VEIGA-LOPEZ, A.; et al. **Obesogenic endocrine disrupting chemicals: identifying knowledge gaps**. Trends Endocrinol. Metabol., v. 29, n.1, p. 607-625. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6098722/>. Acesso em: 05/12/19

XIMENES, C.F.; et al. **Tributyltin chloride disrupts aortic vascular reactivity and increases reactive oxygen species production in female rats**. Environ Sci Pollut Res Int, v. 24, n. 1, p.24509–20. 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11356-017-0061-8>. Acesso em: 05/12/19.

WHALEN, M.M.; Loganathan, B.G.; Kannan, K. **Immunotoxicity of environmentally relevant concentrations of butyltins on human natural killer cells in vitro**. Environ. Res., v.81. n. 2, p. 108-116.1999. Disponível em: https://www.academia.edu/12111132/Immunotoxicity_of_Environmentally_Relevant_Concentrations_of_Butyltins_on_Human_Natural_Killer_Cells_i_in_Vitro_i . Acesso em: 05/12/19.

SOBRE A ORGANIZADORA

Marileila Marques Toledo - Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa (2015). É especialista em Educação em Diabetes pela Universidade Paulista (2017). É mestra em Saúde, Sociedade e Ambiente pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (2019). Atua como pesquisadora voluntária em projetos de pesquisa e de extensão na área da saúde na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri desde 2015. É membro do Grupo de Estudo do Diabetes, credenciado pelo CNPq e membro da Sociedade Brasileira de Diabetes. Tem experiência em enfermagem, educação permanente e diabetes *mellitus*.

ÍNDICE REMISSIVO

A

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

B

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

C

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

D

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

E

Educação em fitoterapia 107

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

F

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

H

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

I

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

L

Lúpus eritematoso sistêmico 215, 219, 220

M

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

N

Neoplasias pulmonares 1, 2

O

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

P

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

R

Relação médico-pessoa 207

S

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

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

Síndrome coronariana aguda 78, 79, 80, 84

Síndrome de Takotsubo 78, 79, 84

Subjetividade da dor 207

T

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

Tomboembolismo pulmonar 146

U

Usina hidroelétrica 184, 185, 195

V

Violência contra o idoso 132, 134, 135

 **Atena**
Editora

2 0 2 0