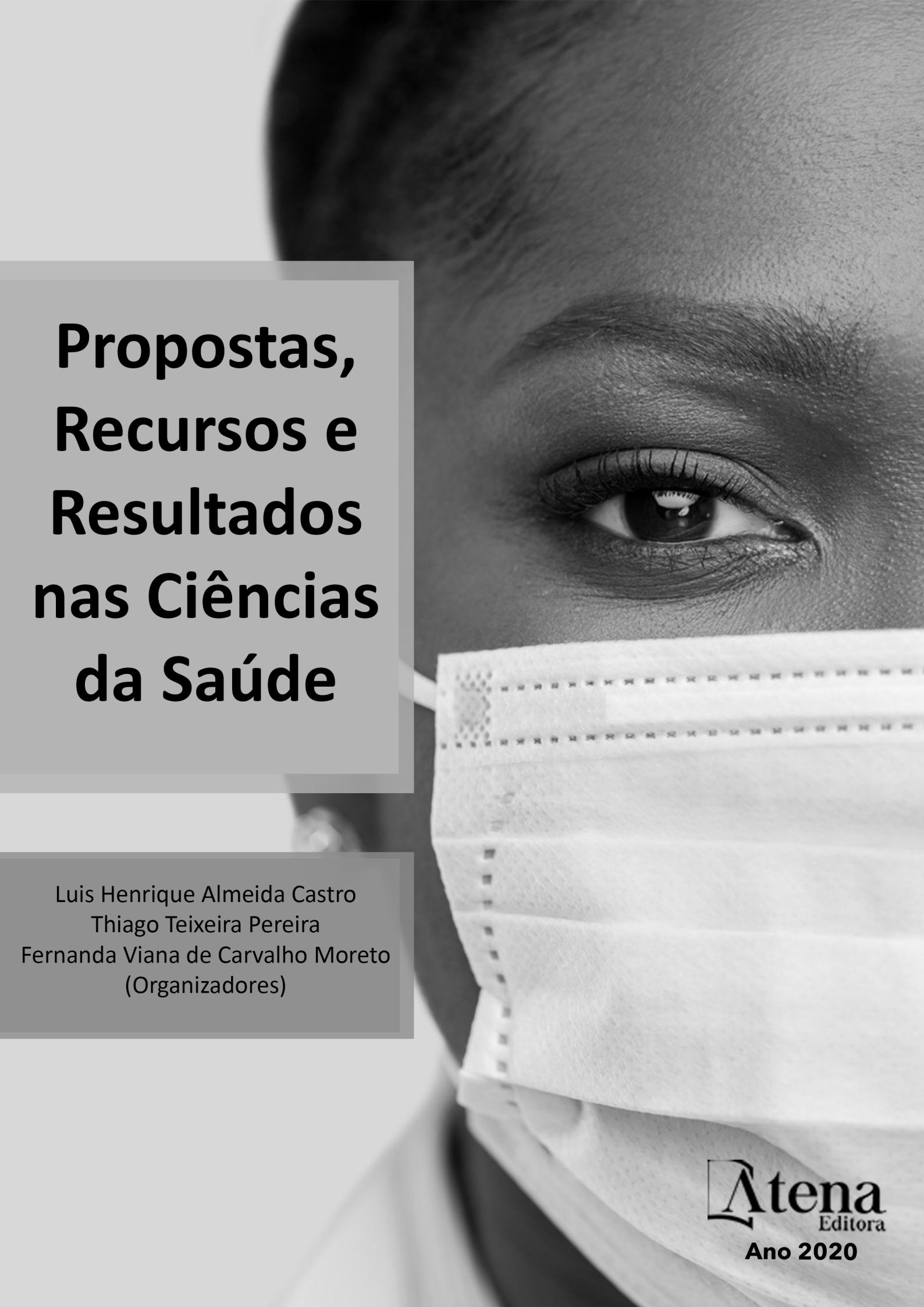


Propostas, Recursos e Resultados nas Ciências da Saúde

Luis Henrique Almeida Castro
Thiago Teixeira Pereira
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
(Organizadores)

 **Atena**
Editora
Ano 2020



Propostas, Recursos e Resultados nas Ciências da Saúde

Luis Henrique Almeida Castro
Thiago Teixeira Pereira
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
(Organizadores)

 **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: Natália Sandrini de Azevedo

Edição de Arte: Luiza Batista

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

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

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele 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

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernando da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

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
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
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
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
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
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
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
Prof^a Dr^a 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
Prof^a Dr^a Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a 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. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a 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^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^a 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. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
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
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
 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. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
 Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
 Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
 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)	
P965	<p>Propostas, recursos e resultados nas ciências da saúde 1 [recurso eletrônico] / Organizadores Luis Henrique Almeida Castro, Thiago Teixeira Pereira, Fernanda Viana de Carvalho Moreto. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-132-9 DOI 10.22533/at.ed.329202406</p> <p>1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Castro, Luis Almeida. II. Pereira, Thiago Teixeira. III. Moreto, Fernanda Viana de Carvalho.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.1</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

Segundo Bachelard, “um discurso sobre o método científico será sempre um discurso de circunstância, não descreverá uma constituição definitiva do espírito científico”; considerando a amplitude dessa temática, uma obra que almeje lançar foco em propostas, recursos e resultados nas ciências da saúde, naturalmente terá como desafio a caracterização de sua abordagem metodológica. Neste sentido, este e-Book foi organizado de modo a apresentar ao leitor 171 artigos seriados justamente por este elo comum que une, na ciência, a proposta (objetivo), o recurso (viabilidade) e o resultado (evidência): o método de pesquisa per si.

Dos seus nove volumes, os dois primeiros são dedicados aos relatos de caso, relatos de experiência e de vivência em saúde apresentando aspectos da realidade clínica, cultural e social que permeiam a ciência no Brasil.

Já no intuito de apresentar e estimular o diálogo crítico construtivo, tal qual o conhecimento dos recursos teóricos disponíveis frente aos mais variados cenários em saúde, os volumes três, quatro e cinco exploram estudos de revisão da literatura que discutem o estado da arte da ciência baseada em evidência sugerindo possibilidades, hipóteses e problemáticas técnicas no intuito de delimitar condutas para a prática clínica.

Por fim, os volumes de seis a nove compreendem os resultados quali e quantitativos das mais diversas metodologias de intervenção em saúde: estudos comparativos, ensaios clínicos e pré-clínicos, além de ações em políticas públicas na área de saúde coletiva.

Com a intelecção dos tópicos tratados nessa obra, espera-se – tanto quanto possível – contribuir no processo de ampliação, fundamentação e fomento da discussão e reflexão científica na interface entre propostas, recursos e resultados nas Ciências da Saúde.

Luis Henrique Almeida Castro

Thiago Teixeira Pereira

Fernanda Viana de Carvalho Moreto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A CRIAÇÃO DE RELATO DE CASO COMO UM INSTRUMENTO DE CONSTRUÇÃO DO OLHAR NA PSQUIATRIA	
Isabela Silva Tavares Bruna Carolina Costa Talita Fernandes Soares Freitas Andrade	
DOI 10.22533/at.ed.3292024061	
CAPÍTULO 2	6
A ESTÉTICA NO CONTEXTO MULTIDISCIPLINAR PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E AUTOESTIMA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Mirian Fabiane Santos de Oliveira Katia Regina de Lima e Silva Smaniotto	
DOI 10.22533/at.ed.3292024062	
CAPÍTULO 3	16
A FORMAÇÃO MÉDICA FRENTE ÀS NECESSIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	
Wellington Sanchez Abdou Luciana Longo Ferlin Carolina Machado	
DOI 10.22533/at.ed.3292024063	
CAPÍTULO 4	24
A IMPORTÂNCIA DO ESTUDANTE DE MEDICINA NA SAÚDE DA MULHER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Beatriz Frischeisen Tomita Bruna Carolina Costa Kelly Jacqueline Barbosa	
DOI 10.22533/at.ed.3292024064	
CAPÍTULO 5	29
A METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO NA FORMAÇÃO TÉCNICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE MENOR IDH DO ESTADO DO MARANHÃO	
Ellen Rose Sousa Santos Dayana Dourado de Oliveira Costa Kelliane Mendes Cunha Santana Jacyane Ramos de Sousa Rafaela Duailibe Soares Joelmara Furtado dos Santos Evanilde Lucinda da Silva Conceição Bruno Moreira Lima	
DOI 10.22533/at.ed.3292024065	
CAPÍTULO 6	41
AÇÃO SOBRE PREVENÇÃO DE LESÕES EM COSTUREIRAS - RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Raíssa dos Santos de Albuquerque Bárbara de Paula Andrade Torres Mariana Sousa Costa Daniel da Ponte Torres Marcelo Mansueto Lopes Júnior	
DOI 10.22533/at.ed.3292024066	

CAPÍTULO 7 45

AÇÕES EXTENSIONISTAS DA LIGA DE DERMATOLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda Sousa de Lima
Taisa Shiguihara
Ariane Araújo de Souza
Sara Frota de Carvalho
Marla Rochana Braga Monteiro
Thanamy de Andrade Santos
Larissa Batista Bessa
Maria das Graças Barbosa Peixoto

DOI 10.22533/at.ed.3292024067

CAPÍTULO 8 50

APRENDENDO SOBRE SAÚDE RURAL COM AS PESSOAS: VIVÊNCIA EXTRACURRICULAR PARA APRIMORAR A FORMAÇÃO E O CUIDADO EM SAÚDE

Bruna Matos de Lima
Marcela Araújo de Oliveira Santana
Gustavo Antonio Raimondi
Danilo Borges Paulino

DOI 10.22533/at.ed.3292024068

CAPÍTULO 9 65

COLESTASE INTRA-HEPÁTICA PROGRESSIVA FAMILIAR TIPO 3

José de Siqueira Amorim Júnior
Alicia Elen Aguiar do Rêgo
Antônia Sylca de Jesus Sousa
Marina Martins Soares da Silva
Francisco José de Araújo Filho
Sayra Carolina Leal
Evelton Barros Sousa
Daniel de Souza Lira
José Wilian de Carvalho
Augusto de Sousa Andrade Neto

DOI 10.22533/at.ed.3292024069

CAPÍTULO 10 72

COMPLICAÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA DE LIBERAÇÃO DO RETINACULUM DOS FLEXORES

Julia Brasileiro de Faria Cavalcante
Pedro Nogarotto Cembraneli
Renata Brasileiro de Faria Cavalcante
Volmer Valente Fernandes Júnior
José Edison da Silva Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.32920240610

CAPÍTULO 11 76

DECISÃO TERAPÊUTICA E QUALIDADE DE VIDA NO TRATAMENTO DA DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA: UM RELATO DE CASO

Laís Flávia Souza de Siqueira
Amanda Karoline Duarte
Gabriela Medrado Fialho
Isa Maria Pereira Fernandes
Lais Micheli de Souza
Nardelly Alves Pereira Martins
João Batista Vieira de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.32920240611

CAPÍTULO 12 80

ESTIMANDO A EMISSÃO DE CO₂ EM CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS: ESTUDO DE CASO

Ríudo de Paiva Ferreira
Bruna Sena de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.32920240612

CAPÍTULO 13 86

INFARTO AGUDO DA MEDULA ESPINHAL EM ADOLESCENTE APÓS TRAUMA DE BAIXO IMPACTO: RELATO DE CASO

Eurides Martins Paulino Uchôa
Antonia Nayanne de Almeida Lima
Mariana Santos Leite Pessoa
Francisco Edilson Silva Aragão Júnior
Pedro Henrique Felipe de Vasconcelos
Pablo Picasso de Araujo Coimbra

DOI 10.22533/at.ed.32920240613

CAPÍTULO 14 92

JOGOS E BRINCADEIRAS COMO ESTRATÉGIA MEDIADORA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA

Lana Ferreira de Lima
Naiara Pereira Caixeta de Campos
Victor Rodrigues Gianelli Lemos Silvano

DOI 10.22533/at.ed.32920240614

CAPÍTULO 15 101

KAHOOT COMO UMA ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO E ENSINO-APRENDIZAGEM PARA A GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Cristina Buischi Petersen
Daniela Nunes Januário de Lucca

DOI 10.22533/at.ed.32920240615

CAPÍTULO 16 109

MIELORADICULOPATIA ESQUISTOSSOMÓTICA: RELATO DE CASO

Sérgio Alvim Leite
Juliana Santiago da Silva
Gabriela Heringer Almeida
José Renato de Oliveira Campos Paiva
Yan Heringer de Oliveira
Sara Hertel Ribeiro D' Avila
Letícia Nora Henri Guitton
Rebeca Muniz Gomes da Costa Silva

DOI 10.22533/at.ed.32920240616

CAPÍTULO 17 117

NEUROPATIA DIABÉTICA E SEUS CUIDADOS EM PACIENTE DESCOMPENSADO: RELATO DE CASO

Renata Teixeira de Melo Diniz
João Pedro Lima Trindade
Tony Carlos Rodrigues Júnior
Danielle Mendes Pinheiro Emerick
Josianne Romagnoli Silva
Talita de Freitas Souza
Amanda de Castro Vieira
Fernanda Lima Ferreira

Larissa Gabrielle Rodrigues
Hugo Uliana Guerra
Thais Ferreira Perigolo
Kennet Anderson dos Santos Alvarenga

DOI 10.22533/at.ed.32920240617

SOBRE OS ORGANIZADORES.....	124
ÍNDICE REMISSIVO	126

A CRIAÇÃO DE RELATO DE CASO COMO UM INSTRUMENTO DE CONSTRUÇÃO DO OLHAR NA PSQUIATRIA

Data de aceite: 01/06/2020

Data de submissão: 30/03/2020

Isabela Silva Tavares

Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-
FACEF
Franca, SP
<http://lattes.cnpq.br/2954359609855778>

Bruna Carolina Costa

Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-
FACEF
Franca, SP
<http://lattes.cnpq.br/6837081017452509>

Talita Fernandes Soares Freitas Andrade

Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-
FACEF
Franca, SP
<http://lattes.cnpq.br/0799241572721239>

RESUMO: O objetivo é refletir acerca da singularidade e acurácia do diagnóstico na psiquiatria, assim como da dificuldade na escolha do medicamento. Relata-se experiência com paciente psiquiátrico, em uma visita no Hospital Allan Kardec, por estudantes do terceiro ano de Medicina. Com abordagem humanizada os estudantes lograram como conclusão a necessidade de acompanhamento

e reavaliação contínua desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Psiquiatria. Desafio Diagnóstico. Adesão Terapêutica.

A CASE REPORT CREATION AS A VIEW CONSTRUCTION INSTRUMENT IN PSYCHIATRY

ABSTRACT: The objective is to reflect about the singularity and accuracy of the diagnosis in psychiatry, as well as the difficulty in choosing the medicine. There are reports about experience with a psychiatric patient in a visit to the Allan Kardec hospital by students of the third year of medical school. With humanized approach, the students arrived at a conclusion about the need of accompaniment and ongoing reassessment of these patients.

KEYWORDS: Psychiatry. Diagnostic Challenge. Therapeutic Adherence.

1 | INTRODUÇÃO

Na antiguidade, a loucura era a personificação da palavra divina. Na Idade Média, com a Reforma Protestante e a Contrarreforma, observou-se uma quebra desse pensamento, associando a loucura

á bruxaria e ao pecado. Em contrapartida com este pensamento, Philippe Pinel (1745-1826), influenciado pelas ideias do iluminismo, foi pioneiro no tratamento de doentes mentais e na diferenciação destes dos criminosos, colocando-os sob cuidados médicos. Os indivíduos que cometem crimes, e são considerados inimputáveis devido à presença de algum tipo de transtorno mental, podem ser enviados a Hospitais de Custódia ou a prisões, a depender do país (CARRARA, 2010, p.17).

No Brasil, a primeira instituição destinada a esse grupo só seria criada em 1920, denominada Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. Entretanto, essas instituições nunca cumpriram os seus objetivos assistenciais. (HIRDES, 2009, p. 298) (DELGADO, 2014). Em continuidade à tentativa de superação desse modelo, foram criadas as políticas de saúde do Brasil na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), seguida das 1ª e 2ª Conferências Nacional de Saúde Mental (1987 e 1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001).

A partir de alguns marcos de reversão manicomial, como a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, e o Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luís da Rocha Cerqueira (ambos localizados em São Paulo), começou-se a privilegiar programas substitutivos do hospital psiquiátrico, a saber: redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando-se cada local e suas necessidades. No município de Franca, uma das referências em atendimento psiquiátrico, apesar de apresentar ainda resquícios de caráter hospitalocêntrico, é o Hospital Fundação Espírita Alan Kardec (FEAK).

A necessidade de se tratar o paciente psiquiátrico de uma maneira integral e sem rótulos, espelha a dificuldade em se fazer o diagnóstico e, conseqüentemente, um tratamento adequado e eficaz, uma vez que deve-se analisar a singularidade de cada caso, a sua evolução natural e a sua validade em comparação com dados na literatura. Nesse contexto, é de suma importância discorrer sobre a atuação médica e sua influência sobre a adesão ao tratamento medicamentoso, uma vez que a falta de adesão ao tratamento causa graves repercussões para o paciente, podendo levar a agravamento dos sintomas, cronificação e dificuldade em controlar a doença (LINGAM; SCOTT, 2002, p. 170). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adesão como a reprodução das recomendações do profissional de saúde pelo paciente. A porcentagem de indivíduos com o espectro esquizofrênico que não aderem ao tratamento está por volta de 50% (SILVA et al., 2012, p. 243). Uma das ferramentas para abordar a não-adesão, é a escuta ativa, sem julgamentos, para promover um ambiente aberto e seguro em que o paciente possa ser honesto.

Dessa forma, informações necessárias podem ser passadas de forma clara e direta, mantendo-se um diálogo constante e empático (LINGAM; SCOTT, 2002, p. 169). Partindo desse panorama, a mudança no conceito e orientação dos tratamentos psiquiátricos,

passando a focar na pessoa e não somente a doença, exige profissionais mais empáticos e preparados sobre as particularidades, potencialidades e fragilidades do paciente psiquiátrico.

2 | OBJETIVOS

Refletir acerca da singularidade e acurácia do diagnóstico na psiquiatria, assim como o desafio na escolha do tratamento medicamentoso.

3 | RELATO DE CASO

Foi realizada uma visita ao Hospital Allan Kardec, como atividade acadêmica do 3ºano do curso de Medicina, a fim de serem coletadas informações gerais sobre um paciente, e o contexto em que esta estava inserido, para a elaboração de um relato de caso. Fez -se contato com o paciente antes de ter conhecimento de seu diagnóstico prévio, realizou-se anamnese semiestruturada e exame do estado mental.

Após esse primeiro momento, a leitura do prontuário foi realizada, com prévia autorização do paciente bem como do médico responsável, e os achados acerca do diagnóstico e tratamento foram comparados com as informações colhidas anteriormente com o paciente.

GJM, masculino, branco, 30 anos, trabalhava como policial e era estudante de direito. Atualmente não trabalha e não estuda. Relata ter nascido com catarata congênita, além de possuir estrabismo. Em seu prontuário foi verificado diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Atualmente faz uso de Risperidona, Bisperidona e Diazepam.

No exame do estado mental apresentou-se vigil, adequadamente trajado e com asseio preservado. Colaborativo. Vigilância e tenacidade normais. Orientado auto e alopsiquicamente. Memória de imediata e remota preservada. Normotímico. Afeto modulado, coerente e ressoante. Discreta lentificação psicomotora com movimentos estereotipados, desprovidos de significado. Sem alterações de sensopercepção durante a entrevista. Pensamento com curso normal, desorganizado, com conteúdo de grandiosidade e persecutoriedade. Discurso com delírios estruturados. Volição prejudicada. Pragmatismo preservado, exerce suas tarefas diárias e consegue realizar aquilo a que se propõe. Crítica abolida, noção de doença preservada. Inteligência preservada, ainda que não testada formalmente.

4 | DISCUSSÃO

Notou -se grande concordância desse caso com os dados na literatura acerca da esquizofrenia paranoide (apresenta início tardio, paciente mais preservado, delírios

persecutórios, principalmente com conteúdo de grandeza e alucinações auditivas). Entretanto, apresenta por contraste a ausência das alucinações auditivas de caráter ameaçador ou de comando, paciente já medicado, com sintomas controlados, se interroga (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2017, p. 313). Podemos citar também a presença de predisposição do paciente e a presença de eventos desencadeantes.

É necessário enfatizar a acurácia necessária para se fazer um diagnóstico em psiquiatria, sendo necessário um acompanhamento longitudinal do paciente, visto que o mesmo pode se apresentar em fases distintas de uma mesma doença, estar sob efeito de medicações ou drogas ilícitas, o que poderia contribuir para um diagnóstico precipitado.

A adesão ao tratamento é um problema complexo que influencia tanto na vida do paciente quanto na família. O descontrole dos sintomas com consequentes crises causa aumento no número de hospitalização (LINGAM; SCOTT, 2002, p. 170), o que a longo prazo justifica a deterioração do estado mental e maior gravidade de sintomas (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2017, p. 317). As consequências da falta da medicação afetam a família do paciente, trazendo muitas vezes discórdia e atritos (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2011, p. 201). Esse é um ponto que deve ser explorado pelos profissionais de saúde, devido a sua grande importância e influência sobre o paciente, visto que a família pode ser um facilitador para o pleno seguimento medicamentoso, como também uma fator de risco para a falha da adesão quando a relação entre eles for conflituosa (BRASIL, 2013).

Dessarte, é preciso que o profissional contemple a singularidade de cada paciente e de seu diagnóstico para a decisão da prescrição do tratamento, devido à grande interferência desse quesito na adesão, juntamente com as questões ligadas ao próprio paciente e do ambiente que está inserido. De acordo com Descalço (2017) quanto maior a satisfação com o tratamento farmacológico, maiores as taxas de adesão, assim como uma qualidade precária da relação entre o profissional e paciente diminuem.

5 | CONCLUSÃO

É inegável o progresso vivenciado pela ciência psiquiátrica, quer no maior conhecimento dos transtornos neuropsiquiátricos, quer nas novas formas de abordagem.

Baseando-se nas observações expostas e nos dados da literatura, pode-se concluir que apesar da grande concordância com a maioria dos sintomas, é sempre necessária uma avaliação contínua do paciente, tanto para um diagnóstico mais assertivo, bem como para direcionamento do tratamento. quanto para a avaliação e acompanhamento dos sintomas. Outrossim, o acompanhamento dos efeitos colaterais das medicações devem ser uma constante, uma vez que a falta de adesão ao tratamento causa graves repercussões para o paciente, podendo levar a agravamento dos sintomas, cronificação e internações hospitalares (LINGAM; SCOTT, 2002, p. 170).

Por fim, pode -se dizer que o significado da doença psiquiátrica não é, e não deve

ser mais visto com os moldes restritivos e rotulatórios, mas sim como uma doença que necessita de cuidados não só medicamentosos, como também psíquicos, sendo de extrema importância o reconhecimento da singularidade desses pacientes e da importância da sua reinserção na sociedade.

REFERÊNCIAS

CARRARA, S. L. A história esquecida: os manicômios. *Rev Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano*. v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc. Saúde coletiva*. v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

DELGADO, P. *Documentário - Saúde Mental e Dignidade Humana*. 2014, 17 min 12 segundos, son., color. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=Ult9ePwpvEY>>. Acesso em: 30/09/2019.

LINGAM, R.; SCOTT, J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*, v. 105, n. 3, p. 164-172, 2002.

SILVA, T. F. C. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. *J Bras Psiquiatr*, v. 61, n. 4, p. 242-251, 2012.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

OLIVEIRA, E. B.; MENDONÇA, J. L. S. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Rev. enferm*. v. 19, n. 2, p. 198-203, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 173 p.

DESCALÇO, N. Adesão à terapêutica nos doentes com esquizofrenia. 2017. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade de Lisboa, Lisboa.

A ESTÉTICA NO CONTEXTO MULTIDISCIPLINAR PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E AUTOESTIMA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/06/2020

Mirian Fabiane Santos de Oliveira

Acadêmica do Curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmética da Universidade Feevale, Novo Hamburgo- RS

Katia Regina de Lima e Silva Smaniotto

Mestre em Genética e toxicologia aplicada ULBRA

RESUMO: No ser humano, o cabelo exerce um papel social e psicológico de extrema importância, interferindo na forma como ele se relaciona com o meio social. O cabelo tem um papel crucial na atratividade e sexualidade feminina e sua perda pode gerar ansiedade, carência e sentimentos de diminuição nestas mulheres, restringindo seus contatos e sua vida social. A autoestima é a disposição de nos considerarmos competentes para enfrentar os desafios básicos da vida e de sermos dignos da felicidade. O Acidente Vascular Cerebral (AVC), vem se constituindo, na população brasileira, como causa principal de internações, mortalidade e deficiências essas doenças levam com frequência à deficiências parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para ele, sua família e a sociedade. O presente estudo foi realizado na disciplina de Laboratório de Estética e Cosmética Capilar

do curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmética da Universidade Feevale, no primeiro semestre do ano de 2018 sendo feitas 8 sessões de atendimento que compreendiam, higienização e embelezamento capilar, um atendimento na Podologia, uma sessão de SPA com uso da banheira de ozônioterapia e maquiagem. A voluntária L. R. S., de 37 anos, sofreu 02 AVCs, o primeiro AVC foi pós-parto cesariana em 24/04/17, e o segundo em 20/09/17 e faz tratamentos concomitantes, com a fisioterapia, psicologia e fonoaudiologia. Sendo assim é de suma importância que os profissionais da área da saúde promovam ações de multidisciplinaridade, levando em conta os aspectos positivos nos resultados de tratamentos realizados para diversas patologias. A estética vem sendo reconhecida além de embelezamento, como promotora de saúde, bem-estar e autoestima.

PALAVRAS-CHAVE: estética, multidisciplinariedade, autoestima, AVC.

THE AESTHETIC IN THE MULTIDISCIPLINARY CONTEXT TO PROMOTE HEALTH AND SELF-ESTEEM: A REPORT FROM EXPERIENCE

ABSTRACT: In humans, hair plays an extremely important social and psychological role, interfering in the way it relates to the social environment. Hair plays a crucial role in female attractiveness and sexuality and its loss can generate anxiety, lack and feelings of diminution in these women, restricting their contacts and their social life. Self-esteem is the willingness to consider ourselves competent to face the basic challenges of life and to be worthy of happiness. In the Brazilian population, stroke is becoming the main cause of hospitalizations, mortality and disabilities in the Brazilian population. These diseases often lead to partial or total disabilities of the individual, with serious repercussions for him, his family and society. The present study was carried out in the discipline of Laboratory of Aesthetics and Capillary Cosmetics of the Higher Course in Technology in Aesthetics and Cosmetics at the Feevale University, in the first semester of 2018, with 8 attendance sessions comprising, capillary hygiene and beautification, a service in Podiatry, a SPA session using the ozone therapy bath and makeup. The volunteer L. R. S., 37, suffered 02 strokes, the first stroke was post-partum cesarean section on 04/24/17, and the second on 09/20/17 and undergoes concomitant treatments, with physiotherapy, psychology and speech therapy. Therefore, it is extremely important that health professionals promote multidisciplinary actions, taking into account the positive aspects in the results of treatments performed for various pathologies. Aesthetics has been recognized in addition to beautification, as a promoter of health, well-being and self-esteem.

KEYWORDS: aesthetics, multidisciplinary, self esteem, stroke

1 | INTRODUÇÃO

1.1 A importância do cabelo

No ser humano, o cabelo exerce um papel social e psicológico de muita importância, interferindo na forma como ele se relaciona com o meio em que vive. Esta importância pode ser confirmada pela rotina diária das clínicas dermatológicas. Apesar de não possuir nenhuma função vital nos humanos, os pelos são encarregados em proteger a pele contra a radiação solar, por reduzir o atrito nas áreas intertriginosas, proteger as áreas de orifícios e ainda fazer parte do aparelho sensorial cutâneo. (MAIA, MOTA, 2009)

O cabelo tem um papel crucial na atratividade e sexualidade feminina e sua perda pode gerar ansiedade, carência e sentimentos de diminuição nestas mulheres restringindo seus contatos e sua vida social. (FILIPPO, SOUZA, 2009)

1.2 Terapia capilar

Tricologia (do grego trichos, cabelos e logos, estudo) é o campo da medicina que trata

exatamente do estudo do fio do cabelo; engloba 4 principais especialidades, sendo elas, clínica médica, endocrinologia, dermatologia e psiquiatria. Entende-se que a elaboração de uma nova disciplina fundamenta o fato do cabelo revelar muitas coisas além do que podemos imaginar. (BIONDO, DONATI, 2020)

A anamnese, deveria ser aplicada sempre antes de qualquer atendimento no salão, pois ela se refere ao estudo e análise do fio do cabelo, deveria ser prioridade antes de qualquer procedimento. (BIONDO, DONATI, 2020)

O terapeuta capilar deve estar em constante aperfeiçoamento técnico para que em conjunto com uma anamnese bem feita, tenham um diagnóstico preciso do fio e conseqüentemente a escolha ideal para o tratamento e recuperação desse cabelo. (BIONDO, DONATI, 2020)

1.3 Auto-estima

A autoestima é a disposição de nos considerarmos competentes para enfrentar os desafios básicos da vida e de sermos dignos da felicidade. Ela é construída por dois componentes: a auto-eficiência e o auto-respeito. A auto-eficiência é a confiança na eficiência da sua mente, na sua habilidade de pensar e, por extensão, na sua habilidade de aprender, fazer escolhas, tomar decisões apropriadas e responder de forma eficaz às mudanças. O autorespeito é a consciência de quem o sucesso, a realização e a satisfação – a felicidade – constituem por natureza um direito seu. (BRANDEN, 1999) (KHOURY, 2004)

É fato que as pessoas que estão de bem consigo mesmas tem uma maior energia para enfrentar os novos desafios. Desta maneira, tendem a ter uma qualidade de vida melhor. Isso não quer dizer que nunca tenham passado por estados emocionais desagradáveis, como tristeza, a depressão ou a ansiedade, ou que nunca tenham enfrentado dificuldades. Significa apenas que são realistas, sabem reconhecer seus limites, são capazes de avaliar sua vida e conseguem adequar seu comportamento de modo a alcançar os resultados desejados. (KHOURY,2004)

1.4 Multidisciplinaridade

É multidisciplinar quando existem vários profissionais atendendo o mesmo paciente de maneira independente. Reconhece-se, contudo, que a busca pelo trabalho em equipe multidisciplinar vem se consolidando, tendo como base a crescente aceitação do modelo biopsicossocial de saúde. Neste modelo, saúde é estabelecida como o bem-estar físico, mental e social, diferente do modelo biomédico tradicional para o qual saúde é a ausência de doença. (Organização Panamericana de saúde, 1996 apud TONETTO e GOMES, 2007)

1.5 O que é AVC

O Acidente Vascular Cerebral (AVC), a partir de 1996, vem se constituindo, na população brasileira, como causa principal de internações, mortalidade e deficiências, acometendo a faixa etária acima de 50 anos, superando até mesmo as doenças cardíacas e o câncer (Ministério da Saúde, 2000 apud. BOCCHI; ANGEL, 2005). Isto não acontece em países industrializados, já que estas doenças permanecem como as duas primeiras causas de mortes sendo o AVC a terceira e em processo de declínio em alguns deles enquanto outros, que já passaram por esta fase, vivenciam um momento de estabilização. (REISTMA *et al.*, 1998; RAGLAND, 1998; ELLEKJAER *et al.* 1997 apud BOCCHI; ANGEL, 2005)

“Mesmo quando não são mortais, essas doenças levam com frequência a deficiências parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para ele, sua família e a sociedade. Isto mostra que o investimento na prevenção destas doenças é decisivo, não só para garantir a qualidade de vida aos indivíduos e seus familiares, mas também para se evitarem gastos com a hospitalização, que se torna mais onerosa a cada dia, em razão do alto grau de sofisticação em que se encontra a medicina moderna.” (Ministério da Saúde, 2000 apud BOCCHI; ANGEL, pág. 730, 2005)

Então pode-se afirmar que o AVC é uma doença caracterizada pelo início agudo de um déficit neurológico que persiste por pelo menos 24h, refletindo envolvimento focal do sistema central com resultado de um distúrbio na circulação sanguínea cerebral. Essas lesões cerebrais são ocasionadas por um enfarte, devido à isquemia ou hemorragia. De que evidencia o comprometimento da função cerebral. Este acontecimento pode ocorrer de forma súbita, devido à presença de fatores de risco vascular ou por defeito neurológico focal (aneurisma). (MARTINS, 2002)

O aparecimento de danos nas funções neurológicas origina prejuízos a nível das funções motoras, sensoriais, comportamentais, perceptivas e de linguagem. Os défices motores são definidos por paralisias completas (hemiplegia) ou parciais/incompletas (hemiparesia) no hemicorpo oposto ao local da lesão que ocorre no cérebro. (MARTINS,2002)

1.6 A Abordagem terapêutica estética:

Os procedimentos estéticos têm como função de alcançar um equilíbrio entre o corpo e o psiquismo, que possibilitará ao indivíduo uma reestruturação e um reencontro consigo mesmo, de modo a se sentir em harmonia com sua própria imagem e com o ambiente que o cerca. (PITANGUY 1992 apud CARMELLO, VINHOLES e FELDENS 2013)

1.7 Maquiagem

Hoje a maquiagem não é mais aquela make-up cinematográfico que à propagou no começo do século XX, neste início de milênio do culto à saúde e a longevidade, a maquiagem se transformou em mais um dos cuidados com a pele, com a beleza e com

o bem-estar. As revistas femininas tornam-se fortes aliadas dos fabricantes de produtos de beleza. “Os conselhos, as informações e as imagens da beleza fazem parte de uma lógica de produção- consumo- comunicação de massa”. (LIPOVETSKI,2000, p.154-155 apud SCHNEIDEIR, REIS 2010).

1.8 Podologia

A Podologia é um ramo auxiliar da medicina, cuja atuação é voltada para os pés por meio do estudo aprofundado de sua anatomia, fisiologia e podopatias. O podólogo tem o conhecimento biomecânico sobre o tornozelo e os pés a fim de compreender a marcha e os problemas que a dificultam, podendo desta forma optar pelo melhor tratamento com base em uma visão ampla e multidisciplinar. (SILVY 2016).

A Podologia deve atuar conforme uma ética científica e legal, orientando para profissionais de outras ciências o que a eles cabe tratar e tomando para si a responsabilidade de exercer suas atribuições científicas. (BEGA, 2014, apud SILVY, 2016).

O profissional podólogo tem competência para praticar procedimentos terapêuticos no tratamento e no cuidado dos pés, além de exercer sua função como agente preventivo de patologias, recomendando hábitos específicos de higiene. (VIANA, 2005, apud SILVY 2016).

1.9 Ozonioterapia

O ozônio é uma molécula composta por três átomos de oxigênio, definido como uma forma menos estável do oxigênio. O nome ozônio tem origem na palavra grega “ozein” (cheiro), pelo seu forte odor (SUNNEN, 2001 apud MORETTI 2011). É encontrado naturalmente na atmosfera na forma gasosa, e pode ser gerado de duas formas, pela ação de raios ultravioleta do sol ou artificialmente por um gerador, que forma o ozônio a partir da passagem de oxigênio puro por uma descarga elétrica de alta voltagem e alta frequência. O ozônio de aplicação médica é uma mistura de no máximo 5% de ozônio e 95% de oxigênio. (HERNÁNDEZ; GONZÁLEZ, 2001 apud MORETTI 2011)

Foram listadas na literatura diversas doenças que acometem os seres humanos e que podem ser tratadas com a ozonioterapia isolada ou associada a outros métodos terapêuticos, destacando-se: doenças infecciosas agudas e crônicas originada por vírus, bactérias, fungos e parasitas; infecções resistentes a antimicrobianos, como nos casos de osteomielite, peritonite, infecções hepáticas, doenças autoimunes, como esclerose, artrite reumatoide, doenças com isquemias crônicas, cerebral e cardíaca; doenças degenerativas; doenças pulmonares (enfisema, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e síndrome da doença respiratória aguda); neuropatias, como perda auditiva e labirintite. (TRAINA, 2008 apud MORETTI 2001)

A flexibilidade dos eritrócitos é aumentada pelo tratamento com ozônio, isso facilita a passagem dos mesmos pelos vasos capilares, assegurando um melhor suprimento

de oxigênio tecidual (LEITE, 1999 apud MORETTI 2011). Também reduz a adesão plaquetária, atua como analgésico, anti-inflamatório e estimulante do sistema retículo-endotelial. (HERNÁNDEZ; GONZÁLEZ, 2001 apud MORETTI 2011)

2 | METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado na disciplina de Laboratório de Estética e Cosmética Capilar do curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmética da Universidade Feevale, no primeiro semestre do ano de 2018.

No primeiro atendimento com a cliente foi feita uma avaliação tricológica, através de anamnese, onde foi perguntado histórico das cirurgias, medicamentos em uso, hábitos de vida e higiene do couro cabeludo.

A voluntária L. R. S., de 37 anos, indicada pelos profissionais da fisioterapia (CIES), sofreu 02 AVCs, o primeiro AVC foi pós-parto cesariana em 24/04/17, e o segundo em 20/09/17. Os AVC's afetaram a fala e todos os movimentos. Do decorrido do primeiro AVC foi feita a remoção da calota craniana (craniotomia lado direito, que segue acomodada na região abdominal subcutânea).

Medicamentos em uso: fenitoina, fenobarbital, risperidona, metoprolol, amiodorona, omeprazol, enalapril e diazepam. Pelo grande número de medicamentos que deve tomar, tem dificuldades em ter uma noite de sono regular.

A cliente ingere pelo menos 1l de água por dia, sua dieta é composta por frutas, carnes, verduras, leguminosas, pães e ovos.

Tem dificuldade em realizar a higiene dos cabelos por causa das limitações motoras e pela craniotomia. Em função de não ter uma estrutura adequada em casa, a higiene dos cabelos fica comprometida. No momento da avaliação, foi constatado que ela apresentava muitas placas aderidas de coloração amarronzada no couro cabeludo, orelhas e nuca.

Foi elaborado um protocolo exclusivo de acordo com a necessidade da cliente com o objetivo de remover as placas e dar um aspecto mais saudável aos cabelos.

No decorrer dos atendimentos no centro de estética e cosmética, foram realizadas 8 sessões de higienização capilar com pré-shampoo, shampoo, condicionador, máscara hidratante e finalizador com uso de difusor, dois cortes de cabelo, um atendimento na Podologia, uma sessão de SPA com uso da banheira de ozônioterapia e maquiagem.

3 | ANÁLISE E RESULTADOS

Não foram coletadas imagens do momento inicial por conta de não saber ao certo se a cliente iria aderir ao tratamento estético ou não, e durante a evolução das sessões é que foi decidido relatar o caso.

O fato de se ter uma higienização adequada, acabou melhorando a qualidade de

vida da voluntária e esses cuidados juntamente com os profissionais de estética fez com que esse cabelo se tornasse mais saudável e sedoso, impactando na sua autoestima, como demonstrado nas figuras 1 e 2.



Figura 1: Execução do protocolo

Fonte: À autora



Figura 2: Finalização do protocolo

Fonte: À autora

No último dia de atendimento foi feita uma entrevista indagando a cliente e seu esposo, sobre a sua experiência no laboratório de estética e cosmética. Sendo este o relato:

RELATO CLIENTE:

O que você achou e como se sentiu depois que começou o tratamento com a estética?

- Bem melhor, (emoção única palavra que define), me senti mais leve.

Sente importante continuar vindo ao centro de estética?

- Sim, a cabeça mudou, define-se uma outra mulher, motivada e não vou mais parar, quero continuar semestre que vem fazendo outras coisas, como maquiagem para ficar mais bonita.

Relato esposo:

Expectativa em relação aos procedimentos na estética?

- Não tinham conhecimento, ela foi sempre muito bem atendida, quando começou na estética se sentiu muito animada e no mesmo dia começou a sentir a perna, a fala também melhorou muito, só eu conseguia entender ela.

Além disso o esposo disse perceber muitos aspectos positivos, a fala que ficou mais clara, autoestima que aumentou, o desejo de voltar a se cuidar, ele garante que a Estética fez ela voltar a viver e esquecer o desejo suicida diário.

No final dos atendimentos pode-se perceber a melhora aparente do visual e na autoestima da cliente, benefícios estes, que se refletiram em bons resultados de todos os tratamentos aos quais foi submetida.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A psicologia ofereceu apoio e conforto emocional, em contrapartida a estética auxiliou no resgate da autoestima da voluntária, aspecto este, que deu mais credibilidade para os profissionais envolvidos, onde a cliente se engajou no tratamento e conseqüentemente alcançou resultados mais expressivos.

O cuidado com o outro, o se sentir bem consigo mesma, faz com que tiremos força de onde não temos, o psicológico da pessoa realmente se modifica, se sentir acolhida, se sentir bem com o que se vem realizando faz com que ela queira lutar pela sua evolução em todos os sentidos, na força de conseguir restabelecer a fala com o pessoal da fonoaudiologia, na volta da reabilitação e locomoção com a fisioterapia, e o seu equilíbrio emocional com a psicologia.

E essa força de vontade se deve muito a estética, pelo fato de deixa-la bem, mais leve como ela mesmo relata em uma entrevista dada, o simples fato de vir ao centro de estética, cortar os cabelos ou simplesmente higieniza-los fez com que sua autoestima e evolução perante aos demais tratamentos realizados no laboratório de estética e cosmética capilar, nascesse dentro dela uma vontade imensa de viver, voltar a andar, pegar seu filho no colo e se dedicar a família é o que ela mais quer no momento.

Segundo parecer fisioterapêutico, que faz o acompanhamento, nas suas primeiras

sessões de fisioterapia não teve nenhuma melhora significativa. Após iniciar o tratamento concomitante com a psicologia e a estética, a paciente apresentou-se mais motivada, mais forte e determinada. Esta transformação por parte da voluntária foi decisiva na sua evolução, e a psicologia e a estética foram determinantes nesta mudança.

Sendo assim é de suma importância que os profissionais da área da saúde promovam ações de multidisciplinaridade, levando em conta os aspectos positivos nos resultados de tratamentos realizados para diversas patologias. A estética vem sendo reconhecida além de embelezamento, como terapia complementar para a promoção de saúde, bem-estar e autoestima. Porém não há estudos suficientes, na literatura, que comprovem a relação da estética na promoção da saúde. Sugere-se estudos futuros com ações voltadas para este fim.

REFERÊNCIAS

BIONDO, Sonia; DONATI, Bruno. **Cabelo cuidados básicos, técnicas de corte, coloração e embelezamento**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2020.

BOCCHI, Sílvia Cristina Mangini; ANGEL, Margareth. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 3, n. 10, p.730-738, nov. 2005.

BRANDEN, Nathaniel. **Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo/Nathaniel Branden**; tradução de Ricardo Gouveia; revisão técnica de Maria Sílvia Mourão Netto. 34. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

CARMELLO, Flaviany Araujo; VINHOLES, Daniele Botelho; FELDENS, Viviane Pessi. Avaliação da autoestima no pré-operatório de pacientes submetidas à cirurgia plástica estética em uma clínica privada de Tubarão – SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Tubarão, v. 2, n. 42, p.75-81, jun. 2013.

FILIPPO, Alexandre de Almeida; SOUZA, Ana Beatriz de. Alopecia androgenética feminina. in **dermatologia estética** (org) KEDE Mariana Paulina Vilarejo; SABATOVICH, oleg. 2 ed. Rev. e ampl. – São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

KHOURY, Karinm **Com a corda toda: auto-estima e qualidade de vida/karin Khoury** – 4ed. – São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2004.

MAIA, Claudia Pires Amaral; MOTA, Karina Frias. Cabelo Normal. in **dermatologia estética** (org) KEDE Mariana Paulina Vilarejo; SABATOVICH, oleg. 2 ed. Rev. e ampl. – São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MARTINS, Gabriela Prado. **Estética Dental e Saúde**. 2002. 68 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2002.

MORETTE, Daniela Affonso. **Principais aplicações terapêuticas da ozonioterapia**. 2011. 1 CD-ROM. Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Medicina Veterinária) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, 2011.

SCHNEIDER, Estela Maris; REIS, Mariana. **Tendência do mercado da maquiagem: conceito da arte e da tecnologia**.2010. 38 f. TCC (Graduação) - Curso de Cosmetologia e Estética, Universidade do Vale do Itajaí Univali, Balneário Camboriú, 2010.

SILVY, Suellen Adriana Cardoso. **Tratamento da Onicomicose Através de Óleos Essenciais**. 2016. 20 f. TCC (Graduação) - Curso de Podologia, INA – Instituto Brasileiro de Naturopatia Aplicada de Blumenau,

Blumenau, 2016.

TONETTO, Aline Maria; Barbosa Gomes, William A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar Estudos de Psicologia, vol. 24, núm. 1, enero-marzo, 2007, pp. 89-98 **Pontifícia Universidade Católica de Campinas**, Brasil.

ANEXOS

AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA

L. R.S – 37 ANOS

Diagnóstico Médico: AVC a D.

QP: Dor e falta de movimento no lado esquerdo.

HDA: AVC pós-parto cesariana de 35 semanas gestacionais (24/04/17). Em 03/05/17, após sentir tonturas o marido a levou ao HM-NH, onde foi diagnosticado AVC á D. Passou 21 dias no hospital, os quais, 13 foram de internação na UTI; durante a internação foi realizada a craniotomia a D, a qual ainda está à espera da recolocação, cirurgia que já foi adiada duas vezes. Outro episódio de AVC ocorreu no dia 20/09/17, após convulsionar, foi levada ao HM-NH. A paciente passou aproximadamente 1 mês internada.

HPP: Não relata.

DA: HAS, ESTENOSE VALVAR MITRAL (Cirurgia ano que vem), aguardando cirurgia para recolocação da calota craniana.

HF: mãe - HAS

Histórico Social: Mora com o marido, filha de 16 anos e filho de 10 meses. Passa o dia em casa, metade do dia na cama e o resto do dia na cadeira. O marido cuida da casa, com ajuda da filha mais velha e cuida da paciente e do filho mais novo.

Medicamentos: Fenotomia, Respiridona, Enalapril, Metropolol, Amiodarona, Omeprazol.

Avaliação de funcionalidade: O déficit de movimento no hemicorpo esquerdo impede de realizar AVD's sozinha, necessita ajuda do marido. Fica em pé com auxílio, mas não deambula.

Parecer fisioterapêutico: No início do semestre a paciente apresentava desânimo para realizar a fisioterapia, o que levava a um déficit de força e amplitude de movimentos maiores do que ela poderia realmente realizar. Não apresentou evolução significativa nas primeiras semanas, até que com a união da fisioterapia, psicologia e estética conseguimos reverter o seu quadro. A partir desse momento ganhamos outra paciente, mais animada e mais forte a cada semana. Todo o trabalho repercutiu no andamento dos atendimentos, na postura e força da paciente, que agora chegava com vontade para fazer tudo que era solicitado. Hoje, a paciente está conseguindo fazer a retomada dos primeiros movimentos com o membro inferior esquerdo e está dando os primeiros passos, ainda com auxílio.

A FORMAÇÃO MÉDICA FRENTE ÀS NECESSIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Data de aceite: 01/06/2020

Data de submissão: 24/04/2020

Wellington Sanchez Abdou

Universidade do Vale do Itajaí

Itajaí - Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/0443284988965044>

Luciana Longo Ferlin

Universidade do Vale do Itajaí

Itajaí - Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/3333339262562329>

Carolina Machado

Universidade do Vale do Itajaí

Itajaí - Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/6787539206561243>

RESUMO: As atividades integrativas dentro da formação médica tem sido globalmente estabelecidas como modelo para o processo docente na área, existindo diversas formas e experiências de organização. Todavia, nem sempre é possível encontrar esse modelo em consonância ao que realmente é essencial no contexto das necessidades sociais do Sistema Único de Saúde. Foi abordado a experiência proporcionada através da integração prática de uma acadêmica do décimo primeiro período

do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí, com um médico residente e uma médica especialista em Medicina da Família e Comunidade vinculados à mesma instituição, frente ao Sistema Único de Saúde e às políticas de saúde pública adotadas no Brasil. Tomando como princípio que a gestão do cuidado ao paciente e as tomadas de decisão acontecem de maneira compartilhada, pode-se depreender que todas as discussões constroem um pensamento único e garante ações em saúde indispensáveis à população. Correlacionando relatos de experiência, como a associação de ideias de pessoas em diferentes estágios da vida profissional beneficia o progresso da educação médica e da saúde pública no Brasil. A análise se expressa com o planejamento, tomada de decisão, liderança, trabalho em equipe, avaliação e controle social. A experiência desenvolvida articula elementos triviais na implantação de qualquer programa de formação e controle público no país. Deste modo, somados àqueles advindos da desafiante tarefa de instituir processos formativos, criativos e técnicos através instituição proponente, as práticas integrais em saúde acontecendo de maneira compartilhada, garantem o progresso ideal do ensino e gestão do cuidado efetiva na necessidade nacional.

PALAVRAS-CHAVE: educação médica, saúde pública, sistema único de saúde.

THE MEDICAL PROFESSIONAL TRAINING BEFORE PUBLIC HEALTH NEEDS IN BRAZIL

ABSTRACT: Integrative activities within medical education have been globally established as a model for the teaching process in the area, with different forms and experiences of organization. However, it is not always possible to find this model in line with what is really essential in the context of the social needs of the Unified Unic System. The experience provided was addressed through the practical integration of an academic from the eleventh period of the medical course at the University of Vale do Itajaí, with a resident doctor and a specialist doctor in Family and Community Medicine linked to the same institution, in front of Unified Unic System and public health policies adopted in Brazil. Taking as a principle that the management of patient care and decision making happen in a shared way, it can be inferred that all discussions build a unique thought and guarantee health actions that are essential to the population. Correlating experience reports, such as the association of ideas from people at different stages of professional life benefits the progress of medical education and public health in Brazil. The analysis is expressed through planning, decision making, leadership, teamwork, evaluation and social control. The experience developed articulates trivial elements in the implementation of any training and public control program in the country. Thus, added to those arising from the challenging task of instituting training, creative and technical processes through the proposing institution, comprehensive health practices taking place in a shared manner, guarantee the ideal progress of teaching and management of effective care in national need.

KEYWORDS: medical education, public health, unified unic system.

1 | INTRODUÇÃO

A formação médica é um processo de desenvolvimento no qual os indivíduos de diferentes níveis de instrução fazem um balanço entre o desejo de cuidar e curar, assim como, lidar com sentimentos e estabelecer os limites de sua identidade pessoal e profissional (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010).

Historicamente essa atividade tem privilegiado uma visão biológica e mecanicista do ser humano, levando a fragmentação dos conhecimentos, com influência marcante na estruturação dos currículos na área. No currículo tradicional de medicina e demais cursos da saúde, ocorre a segregação entre teoria e prática, e a fragmentação do aprendizado, que favorece o crescimento das especializações existentes, vendo-se conteúdos sem relevância, que hierarquizam e desintegram o conhecimento (MATTOS, 2004).

O reflexo deste modelo flexneriano de formação pode ser observado pela crescente

especialização, medicalização, ênfase na hospitalização e utilização de tecnologias duras. Como consequência, os sujeitos são tratados de forma impessoal, desconsiderando seus contextos social, familiar e psicológico, bem como suas crenças a respeito do processo saúde-doença (VARGAS; *et al.*, 2008).

Portanto, o egresso da maioria das universidades possui visão predominantemente positivista e biologicista, fortemente centrado nas especialidades, com tendência a medicalizar o processo saúde/doença e com posição individualista e crítica ao Sistema Único de Saúde (SUS), altamente corporativista e liberal.

Um dos grandes nós da Atenção Básica, centro orientador da rede de saúde do país, é fazer com que se atinja o grau de resolubilidade em torno de 85%, além de realizar ações importantes como o cuidado de indivíduos, famílias e comunidades. Uma das causas deste problema é a deficiência na formação de um profissional generalista, que ocorre pela estruturação curricular em disciplinas sem a devida articulação, corroborada por um ensino muitas vezes descontextualizado da prevalência epidemiológica local e nacional. Estes profissionais muitas vezes acabam saindo desprovidos de uma visão humanística e despreparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade (MACHADO, 2017).

No Brasil, as discussões têm acompanhado o contexto mundial de transformação de referenciais da educação e das políticas de saúde, buscando nova orientação que possa contribuir para a formação do profissional exigido pela sociedade contemporânea.

Apesar dos problemas enfrentados, há uma crescente busca pela integralidade na formação em saúde. Este fato é marcado historicamente por movimentos que houveram no Brasil no âmbito do serviço e do ensino, promovendo a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, bem como qualificando os profissionais que já estão inseridos no serviço.

Ao longo da trajetória do ensino médico no país, observa-se um tensionamento de um modelo flexneriano/biomédico para o da integralidade, que busca a construção de um perfil profissional para atuar no âmbito do cuidado, reconhecendo as reais necessidades da população, incorporando em sua prática um conceito de saúde ampliado e pautado na determinação social do processo saúde-doença, verificando-se, desta forma, uma ampliação do papel do médico na produção do cuidado em saúde.

2 | METODOLOGIA

O estudo foi realizado através de uma abordagem qualitativa. Este modelo foi escolhido em função da natureza do objeto e do caráter processual e relacional do tema a ser investigado. A realização deste construiu-se na perspectiva de correlacionar a

educação médica, através de relatos de experiências de pessoas em diferentes estágios da vida profissional, às necessidades do Sistema Único de Saúde.

Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa constrói-se na natureza dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Esses fenômenos humanos são entendidos como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar e por interpretar suas ações no contexto da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Os autores: uma acadêmica do 11º período de Medicina, um médico residente de Medicina de Família e Comunidade (MFC) e a médica preceptora especialista em MFC, foram integrantes da mesma equipe de Estratégia de Saúde da Família, na cidade de Itajaí, Santa Catarina.

Sendo assim, a partir desses relatos individuais, pode-se fomentar discussões sobre a gestão do cuidado ao paciente, a implantação de políticas públicas e sobre a importância das tomadas de decisão de maneira compartilhada, visando o progresso da educação médica e da saúde pública brasileira.

3 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

A unidade básica de saúde recebe durante o ano acadêmicos do décimo primeiro período de medicina da UNIVALI. Neste mesmo cenário, encontram-se alocados uma médica especialista em MFC e um residente da mesma especialidade.

Estes indivíduos, em conjunto, estabelecem as condutas referentes à Estratégia de Saúde da Família de número 049. Os cuidados, na sua totalidade, acontecem de maneira compartilhada, através da discussão dos casos e trocas de conhecimentos acerca da problemática abordada. Tais debates envolvem desde a construção de projetos terapêuticos singulares, até a tomada imediata de decisão, tudo baseado nas políticas públicas de saúde que regem o SUS.

O processo de mesa redonda permite aos envolvidos compartilhar conhecimento, dúvidas e experiências. Ao passo disso, propicia também discussões que visam analisar e implementar os modelos de cuidado preconizados pelo Ministério da Saúde na área adscrita.

Desta forma estes três protagonistas caracterizam três níveis de formação médica, o acadêmico com sua afeição por conhecimento prático, o residente querendo adquirir experiência e o médico especialista ampliando sua visão e transmitindo conhecimento e introduzindo discussões acerca do que é vivenciado.

Por mais que esse modelo se mostre bem estruturado na formação médica, muitos problemas ainda podem ser encontrados, como por exemplo a insegurança na relação médico-paciente, a falta de conhecimento teórico e prático em determinadas patologias e situações, além divergência de opiniões pessoais. Todavia, estes embates, ainda que

importantes, não desqualificam o processo e enriquecem as trocas de saberes.

Assim, pode-se depreender que os três pilares estruturam um modelo de aprendizado favorável a formação médica, pautado nas diretrizes e avanços do SUS. Aliando a experiência do especialista, a habilidade de adaptação e conhecimento do residente e o desejo de crescer e aprender do acadêmico, como podemos visualizar de maneira elucidativa na figura 1.

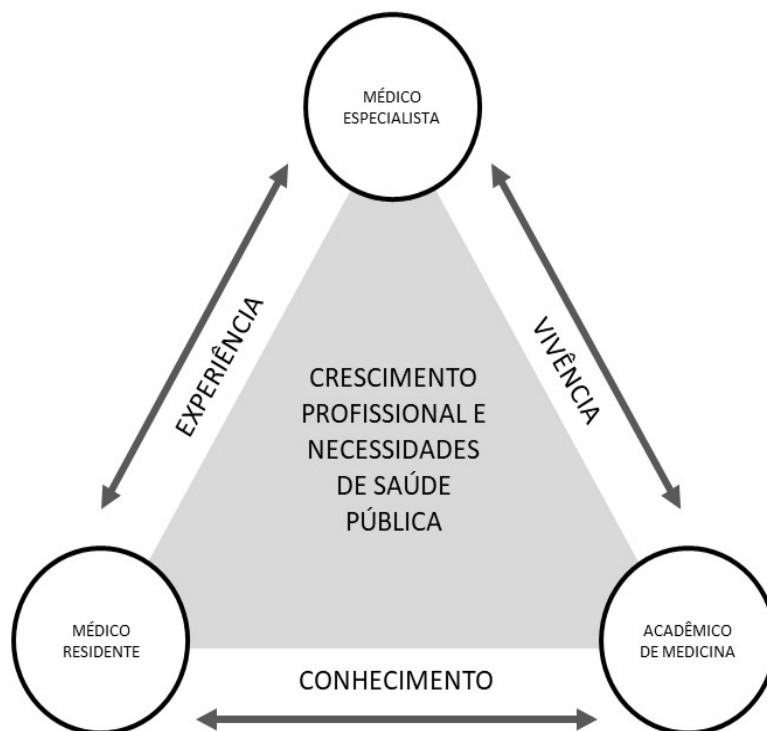


Figura 1: Diagrama de entendimento do benefício da experiência

4 | REFLEXÃO SOBRE A EDUCAÇÃO MÉDICA FRENTE ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Ao longo da trajetória do ensino médico no país, observa-se um tensionamento de um modelo flexneriano/biomédico para o da integralidade, que busca a construção de um perfil profissional para atuar no âmbito do cuidado, reconhecendo as reais necessidades da população, incorporando em sua prática um conceito de saúde ampliado e pautado na determinação social do processo saúde-doença, verificando-se, desta forma, uma ampliação do papel do médico na produção do cuidado em saúde.

Um dos focos de desenvolvimento na área da saúde é a formação de profissionais para conformação de um modelo de atenção à saúde centrado no usuário. Para viabilizar essa mudança, os profissionais do serviço devem sentir-se co-responsáveis pela formação dos futuros profissionais, assim como os docentes devem considerar-se parte dos serviços de saúde, assumindo também o compromisso da assistência à saúde da

população. (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Neste sentido, o Ministério da Saúde (2005) propõe a formação a partir do processo de trabalho. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às necessidades em saúde das pessoas e dos coletivos. A melhor síntese para este tipo de educação dos profissionais da saúde é a noção de integralidade.

A presença da universidade no ambiente loco regional onde atua, estreitando laços com a comunidade e com as políticas públicas, pode ser um caminho para o enfrentamento comum dos problemas, onde as soluções já nasçam integradas. É essencial que as organizações formadoras assumam seu papel político com o desenvolvimento sustentável e a redução das desigualdades sociais e de saúde (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010).

Uma das dimensões de qualidade na educação superior está relacionada com a sua capacidade de atender às demandas do entorno em que se insere, dimensionando seu compromisso com a sociedade (RIBEIRO; ALMEIDA, 2009).

Experiências que envolvem a prática na APS permeando toda a grade curricular, permitem o aprendizado ativo, o que aumenta o vínculo e a responsabilidade com os usuários do sistema e estimula a participação ativa junto ao SUS e à comunidade (ADLER; GALLIAN, 2012). Considera-se essencial que o estudante de Medicina participe, desde o início de seu curso, de atividades na comunidade e em unidades de Atenção Primária à Saúde, por exemplo, nas Unidades Básicas de Saúde, e que tenham preocupação com a qualidade e a integralidade da atenção aos usuários do sistema de saúde e às comunidades (COSTA et al., 2012).

Através de uma visão tanto global quanto focal, dos três envolvidos, existem ganhos. O conhecimento e a intersecção de realidades possibilita que os envolvidos construam processos quase que ideais de planejamento e tomada de decisões, com o levantamento de situações que necessitam de intervenção.

As inserções melhoram a formação generalista, permitindo a proximidade do docente e contribuindo para diminuir o grau de insegurança na prática profissional futura. De modo geral, a prática potencializa a construção do perfil profissional apontado pelas diretrizes nacionais curriculares, especialmente em relação ao trabalho em equipe multiprofissional, buscando atender às reais necessidades de saúde pública da população.

A literatura aponta como sendo estratégica a construção do conhecimento em cenários de prática, onde o SUS aparece com extenso potencial pedagógico, e os estudantes, auxiliados por docentes e profissionais qualificados, têm a possibilidade de aprender articulando teoria e prática na integralidade do cuidado (ADLER; GALLIAN, 2012).

Para que seja possível continuar acompanhando as mudanças na área da saúde, a educação dos futuros médicos e residentes, precisa responder aos novos desafios das sociedades contemporâneas, incorporando uma visão integral dos problemas sociais do

país, contemplando adequadamente a atenção básica e valorizando a formação voltada para o SUS como importante alternativa de trabalho do profissional da Medicina.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão de que a integração é uma aliada, promove a construção de vínculos e melhora a formação médica nos níveis de graduação, especialização e educação continuada. Em todos os momentos, por mais que banais, sempre há uma troca de conhecimentos, alimentando o desejo de aprender e ter experiência, à necessidade de adaptação e ampliação de vivências sobre as relações interpessoais.

Assim, o ensino médico que alia a experiência de trabalho aos processos de formação e reflexão, é um modelo excelente de formação e qualificação do profissional. A partir da vivência obtida por esses três pilares, percebe-se quão rico é um ambiente diversificado entre acadêmicos, residente e especialistas e com isso recomenda-se que tal modelo de aprendizado seja ampliado e adotado em todos os cenários de práticas médicas.

As mudanças que tanto desejamos no perfil profissional e que contribuirá para a melhoria da atenção básica e, conseqüentemente, para a consolidação do SUS, dependem também de uma adesão ideológica de docentes, estudantes e demais profissionais que compõem a rede de saúde, estes atores têm que ser ativos no processo de mudança.

A inserção nas unidades do SUS desde o primeiro período do curso, especialmente nas unidades de APS, deve ser uma meta a ser atingida por toda escola médica, garantindo, contudo, que os discentes não sejam meros espectadores, mas, sim, partícipes ativos, atuando em diferentes situações, tais como tensões sociais que envolvam pacientes, diagnósticos conflitantes e dificuldades inerentes às decisões terapêuticas, aspectos estes regidos pelas variantes socioeconômicas e culturais loco regionais (COSTA et al., 2012).

Esta inserção pode constituir mais uma oportunidade para consolidar os valores éticos que a profissão requer, colocando em xeque a estrutura ideológica que pressupõe a prática médica exclusiva e necessariamente antecipada, supostamente por sólida e intensa formação científica. Com efeito, a máxima “primeiro a teoria, depois a prática” deixa de ter qualquer sentido, tornando-se insustentável (COSTA et al., 2012).

REFERÊNCIAS

ADLER, M. S; GALLIAN, D. M. C. **Formação médica e Serviço Único de Saúde: propostas e práticas descritas na literatura especializada.** Rev Bras Educ Med. v. 38, n. 3, p.388–96, 2012.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde.** Rev. Bras. Educ. Médica, Rio de Janeiro, n. 32, v. 3, p. 356 – 362, 2008.

BREHMER, L.; RAMOS, F. **Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa.** Rev Eletr Enf. n. 16, v. 1, p.228–37, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE).** p.80. Brasília, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** Physis Rev Saúde Coletiva. n. 14, v. 1, p. 41–65, 2004.

COSTA, J. R. B.; ROMANA, V. F.; COSTA, R. R.; VITORINO, R. R.; ALVES, L. A.; GOMES, A. P. **Formação médica na Estratégia de Saúde da Família: percepções discentes.** Rev Bras Educ Med. v. 36, n. 3, p.387–400, 2012.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo: Hucitec, 2002.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. A. S. G. **Saúde e qualidade de vida de médicos residentes.** Rev. Assoc. Med. Bras. v. 56, n. 1, p. 81-91, 2010.

MACHADO, C. **Repercussões das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 para os cursos de medicina nos PPCS das novas escolas médicas.** Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) – Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. São Paulo, 2017. 249p.

MATTOS R. A. **A integralidade na prática** (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-16, set./out. 2004.

MELLO, A. L. S. F.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. **A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional.** Interface - Comun Saúde e Educ. n. 14, v. 34, p.683–92, 2010.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S.H.S. da S. **Educação permanente em saúde: metassíntese.** Rev Saude Publica. n. 48, v. 1, p.170–85, 2014

MINAYO, M. C de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14º ed. p. 408; São Paulo: Hucitec, 2014.

PIZZINATO, A.; GUSTAVO, A. da S.; SANTOS, B. R. dos; OJEDA, B. S.; FERREIRA, E.; THIESEN, F. V.; *et al.* **Formação Profissional para o SUS.** Rev Bras Educ Med. n. 36, v. 1, p.170–177, 2014.

RIBEIRO, E. L. A.; ALMEIDA, L. P. de. **A pertinência da extensão ao processo de inovação da educação superior.** Brasília: Conselho Nacional de Educação; 2009. 15p.

SALIBA, N. A. *et al.* **Integração ensino-serviço e impacto social em cinquenta anos de história da saúde pública na Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.** RGO, Porto Alegre, v. 57, n. 4, p. 459 – 465, out./dez. 2009.

SOUZA, A. N de. **Formação médica, racionalidade e experiência.** Ciênc. saúde coletiva. n. 6, v. 1, p. 87-96, 2001.

VARGAS, L. H. M.; COLUS, I. M. de S.; LINHARES, R. E. C.; SALOMÃO, T. M. S.; MARCHESI, M. de C. **Inserção das ciências básicas no currículo integrado do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina.** Rev Bras Educ Med. v. 32, n. 2, p. 174–9, 2008.

A IMPORTÂNCIA DO ESTUDANTE DE MEDICINA NA SAÚDE DA MULHER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/06/2020

Data de submissão: 25/03/2020

Beatriz Frischeisen Tomita

Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-
FACEF
Franca – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/5594787932723076>

Bruna Carolina Costa

Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-
FACEF
Franca – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/6837081017452509>

Kelly Jacqueline Barbosa

Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-
FACEF
Franca – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/6883153374607034>

RESUMO: Dentro da metodologia ativa PBL (Problem Based Learning), uma das disciplinas cursadas é o IESC (Interação e Ensino da Saúde na Comunidade). Nela, alunos do curso de medicina, visitam as UBS (Unidades Básicas de Saúde) e aprendem, desde o primeiro semestre, que o vínculo e o ato da territorialização são extremamente importantes na atenção primária presentes no SUS (Sistema

Único de Saúde), principalmente quando a atenção se volta para saúde da mulher. Dentro das áreas específicas da medicina, temos a ginecologia para estudo global da mulher, abrangendo quadros fisiológicos e patológicos. É uma especialidade delicada, e de suma importância para a população feminina, já que abrange uma gama de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, como exemplos ISTs e, principalmente, algumas classes de cânceres específicos desta população. Sendo assim, tal trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma paciente que se afastou da UBS por motivos específicos e demonstrar a importância do estudante de medicina nesta aproximação entre Unidade Básica de Saúde e comunidade. Para tanto, os métodos empregados foram visitas domiciliares semanais no Bairro Ângela Rosa do município de Franca, interior de São Paulo.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Mulher. Territorialização. Vínculo.

THE IMPORTANCE OF THE MEDICAL STUDENT IN THE WOMAN'S HEALTH: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Inside the active methodology PBL

(Problem Based Learning), one of the present disciplines is IESC (Interaction and Teaching of Health in the Community). In which the medical students visit the UBSs (Basic Health Units) and have learned, since the first semester, that the bond and act of territorialization are extremely important in the present primary attention at SUS (Unified Health System), especially when it turns to the women's health. Within the specific areas of medicine, we have gynecology to global study of women to reach physiological and pathological conditions. It's a delicate specialty, and have great importance for the feminine population, since it embraces a range of prevention, diagnosis and treatment of various diseases, such as STDs (Sexually Transmitted Diseases) and, especially, some groups of cancer. Therefore, this essay aims to relate a case of a patient who gets away from the UBS for specific reasons and to demonstrate the importance of the medical student in this relationship between the Basic Health Unit and the community. Thus, the employed methods were weekly home visits in the Angela Rosa neighborhood in the city of Franca, in the countryside of São Paulo.

KEYWORDS: Women's Health. Territorialization. Bond.

1 | INTRODUÇÃO

Conforme o Tratado de Medicina da Família e Comunidade, a definição de territorialização é:

Uma condição para a obtenção e a análise de informações sobre as condições de vida e de saúde da população e meio pelo qual se podem compreender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômico, social, cultural), produzindo-se dados mais fidedignos que reproduzam a realidade social (BORGES, Cleo; TAVEIRA, Valéria Rodrigues, 2012, p.242).

Sendo assim, a territorialização é uma ação que abre diversos caminhos. Dentre eles, conhecer a comunidade ao redor de uma unidade, ver com nossos olhos o contexto em que estão inseridos e, também, encontrar pacientes fora do ambiente da sala de consultório.

No entanto, nada disso seria possível sem a visita domiciliar. Embora necessite da disponibilidade e autorização do paciente, a visita em seu domicílio é algo simples que além de fortalecer o vínculo, demonstra interesse por parte dos profissionais e traz comodidade e conforto ao paciente. Dessa forma, o grau de familiaridade com o local é tão alto que o paciente se sente a vontade para contar e expor dúvidas e necessidades.

Tal ação, quando realizada rotineiramente, leva à criação do vínculo que é importante para a relação médico-paciente, colaborando para a liberdade e aumentando a confiança para qualquer que seja a confissão. Dessa forma, esse fortalecimento é ainda mais significativo quando o assunto é saúde da mulher, já que é preciso muito comprometimento da equipe para que os detalhes não sejam esquecidos. Isso porque, na ginecologia, que inclusive é uma das especialidades mais procuradas nas UBS, é o local onde se contam as particularidades íntimas e, assim, requer garantia de segurança, sigilo e principalmente

ética médica.

Portanto, o vínculo não é algo construído de um dia para o outro. Porém, pode acabar em um piscar de olhos, conforme a situação. O vínculo leva tempo e requer habilidades como, por exemplo, a capacidade de não-julgamento, empatia e compreensão em qualquer que seja a situação. Sendo assim, essa relação pode ser enfraquecida ou até mesmo perdida rapidamente de acordo com a gravidade dos erros cometidos.

À vista de tudo isso, uma das maiores vantagens da metodologia ativa é a possibilidade de interação e conhecimento de todos esses pontos citados acima desde o primeiro semestre. Com a chance de criarmos nossos próprios vínculos, conseguimos viver experiências enriquecedoras que, com certeza, acrescentaram em nossa vida acadêmica.

Sendo assim, tal relato conta a trajetória que alunos de medicina tiveram durante o 2º semestre na disciplina do IESC no bairro Ângela Rosa do município de Franca, São Paulo. Foram realizadas diversas visitas domiciliares que demonstrou um ótimo desfecho.

Dessa forma, atingimos o objetivo de demonstrar a importância do nosso papel na comunidade.

2 | DESCRIÇÃO DO CASO

MD, feminina, 54 anos, casada, católica, hipertensa, ansiosa, mãe de filho único e proprietária de uma padaria a duas quadras da UBS. MD não era cadastrada no Programa de Saúde da Família (PSF) do SUS e, portanto, não recebia visitas nem da médica nem dos agentes comunitários de saúde (ACS), apesar de sua proximidade à unidade e do seu tempo de permanência no recinto, que inclui um turno de domingo a domingo, das 4h às 18h.

2.1 Nossa Primeira Ação

Logo após nossa primeira visita, cadastramos MD para que ela e seu marido fizessem parte do PSF, recebendo visitas semanais nossas e quinzenalmente dos ACS, além de todos os outros benefícios, como consultas marcadas sem precisar sair de casa, por exemplo.

Conforme o vínculo ia se estabelecendo a cada semana, descobrimos que ela não frequentava mais a UBS, a não ser para levar sua neta e sobrinha à vacinação. No entanto, não vimos motivo aparente para esse distanciamento naquele momento e como éramos inexperientes, não buscamos por outras causas que justificassem isso.

Dessa forma, apenas ignoramos o fato e concluímos previamente que seria devido a demora na fila, lotação ou até mesmo desleixo com a própria saúde, já que a unidade Ângela Rosa é uma das mais frequentadas pela população. Nessa hora, mal sabíamos o quanto estávamos errados.

Além de tudo, MD tinha crises de ansiedade que a impediam de dormir bem e hipertensão não controlada, apresentando Pressão Arterial (PA) acima de 160x110 mmHg na maioria das visitas, em uso de atenolol 25mg uma vez ao dia. Já era portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) há mais de 12 anos, porém nunca fizera o manejo medicamentoso, porque não queria voltar à UBS.

2.2 O Motivo

Sem intenção alguma, só depois de muitas visitas domiciliares que finalmente conseguimos descobrir a razão para tal fato: há alguns anos, em uma consulta ginecológica de rotina, uma funcionária da unidade abriu a porta do consultório durante o exame. MD relatou que, com o fato ocorrido, sentiu-se exposta e com preocupação dos demais pacientes, que estavam na sala de espera, terem-lhe visto desnuda. Assim, decidiu não mais ser consultada, independente da especialidade, nem mesmo para rever os remédios de sua hipertensão.

No entanto, com a presença do vínculo e após as diversas visitas domiciliares nas quais sempre incentivamos e explicamos a ela o quão importante é o acompanhamento médico regular na UBS, principalmente diante de suas queixas clínicas e de sua idade. MD voltou a frequentar a UBS, fazendo os exames de rotina (Papanicolau e mamografia) e controlando melhor sua pressão, com ajuda de outros medicamentos após nova consulta com o clínico geral. Além disso, até mesmo sua ansiedade reduziu e seu sono melhorou após essa estabilização.

2.3 Questões Relacionadas

Como já é de conhecimento, por conta de sua idade, MD está inclusa no rastreamento de câncer de colo e de mama, conforme o Caderno de Atenção Primária número 29 do Ministério da Saúde. Abrangendo mulheres sexualmente ativas a partir dos 25 até 64 anos no caso do câncer de colo de útero e dos 50 aos 69 anos no câncer de mama (Ministério da Saúde, 2010). Dessa forma, ao se distanciar da UBS, a paciente não estava fazendo os exames de rotina para rastreio por pelo menos 3 anos. Além disso, MD tem alguns fatores de risco presentes, como sobrepeso e sedentarismo, o que a torna ainda mais vulnerável e necessitada do rastreio anual no câncer de mama e a cada 3 anos no câncer de colo de útero.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a ação dos estudantes de medicina, nesse caso, foi essencial para conscientização da importância do retorno da paciente à UBS, colaborando para seu melhor bem-estar. Isso realça que a atenção primária tem que ser uma das principais

atuações de estudantes e dos profissionais da área da saúde para benefício da população. Assim, os pacientes fazem um trabalho de prevenção e evitam a evolução de doenças, em especial as ginecológicas, que são alvo de diversas infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e cânceres que podem ser evitados ou até mesmo descobertos precocemente. Dessa forma, também não sobrecarrega a atenção secundária e terciária, que são de alta complexidade, reduzindo, dessa forma, os custos para o SUS.

O presente trabalho também demonstra como o vínculo, a territorialização e as consequentes visitas domiciliares foram fator essencial para que MD voltasse a frequentar a unidade sem receios.

É claro que, mesmo sem confirmação da exposição durante a consulta médica interrompida por outro fator, gerou um trauma e não nos compete tal questionamento. No entanto, é importante que a paciente perceba que não pode se expor a riscos por um incidente. É bem provável que, sem a atuação da equipe de estudantes e geração do vínculo, ela não voltasse mais em um médico na UBS, não desmerecendo o fato, mas priorizando a monitorização de sua saúde física isso se tornaria inviável.

Sendo assim, é visível que o papel do estudante é benéfico para a comunidade, que com atitudes práticas, mostra o potencial que têm. Apesar de ainda não ser um profissional formado, no entanto, tem influência conforme as ações colocadas em prática, sendo autoridades na área da saúde diante do conhecimento teórico e prático adquirido ao longo do curso.

REFERÊNCIAS

GUSSO, Gustavo. **Tratado de Medicina da Família e Comunidade**. Vol. 1. Artmed. 2012.

Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Primária**. 29. ed. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde, 2010.

A METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO NA FORMAÇÃO TÉCNICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE MENOR IDH DO ESTADO DO MARANHÃO

Data de aceite: 01/06/2020

Data da Submissão: 13/04/2020

Ellen Rose Sousa Santos

Escola de Saúde Pública do Maranhão- ESP/MA

Universidade Federal do Maranhão- UFMA

São Luis-MA

<http://lattes.cnpq.br/8993296107993254>

ORCID: 0000-0001-7158-868X

Dayana Dourado de Oliveira Costa

Escola de Saúde Pública do Maranhão- ESP/MA

São Luis-MA

<http://lattes.cnpq.br/9480214549048033>

Kelliane Mendes Cunha Santana

Escola de Saúde Pública do Maranhão- ESP/MA

São Luis-MA

<http://lattes.cnpq.br/6042418596275135>

Jacyane Ramos de Sousa

Escola de Saúde Pública do Maranhão

São Luis-MA

<http://lattes.cnpq.br/1923229537641442>

Rafaela Duailibe Soares

Universidade Federal do Maranhão- UFMA

São Luis-MA

<http://lattes.cnpq.br/2420698653439588>

Joelmara Furtado dos Santos

Universidade Federal do Maranhão- UFMA

São Luis-MA

<http://lattes.cnpq.br/8896539024875967>

Evanilde Lucinda da Silva Conceição

Universidade Federal do Maranhão- UFMA

São Luis-MA

<http://lattes.cnpq.br/1751592320667451>

Bruno Moreira Lima

Universidade Federal do Maranhão- UFMA

São Luis-MA

<http://lattes.cnpq.br/5134492482897819>

RESUMO: A Formação Profissional vem apresentando constante necessidade de uma abordagem contextualizada e social cada vez mais abrangente. A metodologia da problematização vem se apresentando como um caminho, permitindo o desenvolvimento de trabalhadores adequados aos diferentes processos de trabalho e modelo de atenção vigente. O objetivo é apresentar a utilização da metodologia da problematização no curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde. Trata-se de um relato de experiência vivenciada pela ETSUS/MA nos 28 municípios de menor IDH do Maranhão entre 2017 e 2018. As turmas iniciaram a partir de janeiro de 2017, com 947 matriculados. Ao final, o índice de aprovação foi de 89,12%, com 844 profissionais capacitados e evasão de 5,8%. A formação dos ACS visou contribuir com a qualificação destes na

perspectiva da Educação Permanente em Saúde, promovendo a integração ensino e serviço e a utilização dos saberes prévios, com foco na aprendizagem significativa que reverbera em uma formação que dialoga com vivências dos profissionais no processo de produção do cuidado. Nesse processo, os discentes foram protagonistas principais desde a observação da realidade até a realização de intervenções na realidade. Acredita-se que a formação contribuiu para o desenvolvimento de competências profissionais que respondam às reais necessidades de saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Profissionalizante; Agentes Comunitários de Saúde; Pessoal de Saúde

THE PROBLEMATIZATION METHODOLOGY IN THE TECHNICAL TRAINING OF COMMUNITY HEALTH AGENTS IN THE MUNICIPALITIES OF THE SMALLEST HDI IN THE STATE OF MARANHÃO

ABSTRACT: Vocational training has been showing a constant need for an increasingly comprehensive contextualized and social approach. The problematization methodology is presented as a path, allowing the development of workers using different work processes and the current care model. The objective is to present the use of the problematization methodology in the Technical course in Community Health Agent. This is an experience report experienced by ETSUS / MA in 28 smaller municipalities in the Maranhão HDI between 2017 and 2018. As classes started from January 2017, with 947 enrolled. In the end, the advance rate was 89.12%, with 844 trained professionals and 5.8% dropout. The formation of the ACS allows to contribute with a qualification from the perspective of Permanent Education in Health, promoting teaching and teaching service and the use of previous knowledge, with a focus on significant learning that reverberates in a training that dialogues with the experiences of professionals in the process of production please be careful. In this process, the students were the main protagonists from the observation of reality to the realization of reality. It is believed that the training contributed to the development of professional skills that responded to the real health needs of the population.

KEYWORDS: Education, Professional; Community Health Workers; Health Personnel

1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Básica em Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações individuais ou coletivas desenvolvidas com o intuito de promover, proteger e/ou recuperar a saúde, além de realizar diagnósticos, reabilitação e manutenção da saúde em determinado território (BRASIL, 2017). Os profissionais de saúde devem atuar respeitando a singularidade e inserção sociocultural dos sujeitos (BRASIL, 2017) e respeitando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017; 1990).

Para isso, propôs-se o rompimento do modelo de atenção fragmentada, por muitos anos praticado, evoluindo-se para a perspectiva de uma atenção que priorizasse a prática interprofissional e colaborativa e que permita a participação dos indivíduos e coletivos nas ações em saúde, introduzindo uma nova dinâmica de atuação das equipes de saúde nos territórios (BRASIL, 1997; BRASIL, 2017).

Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) apresentou-se como resposta às necessidades de estratégias que fortalecessem esse nível de atenção. Dentre as suas atribuições, destacam-se o desenvolvimento de ações que promovam a integração entre a equipe de saúde e a comunidade, além do contato permanente com as famílias promovendo ações de vigilância e promoção da saúde, prevenção das doenças, entre outros, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2009).

Enquanto membro da equipe de saúde da família, o trabalho do ACS transcende o campo da saúde, atendendo múltiplos aspectos das condições de vida da população, ampliando a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-doença (BRASIL, 2004a).

Por isso, reconhece-se a importância da qualificação desse profissional, capacitando-o para atuar diante da subjetividade e diversidade dos sujeitos, promover a integração do trabalho ofertado à população com os demais serviços e implementar os princípios do SUS (BARROS, 2010), superando o perfil de ensino tecnicista que, em sua maioria, não atende às reais necessidades de saúde da população nem às demandas do modelo de assistência à saúde (ARRUDA, 2001; MONFREDINI, 2016).

Para isso, prioriza-se o desenvolvimento de processos educativos que favoreçam uma abordagem pedagógica crítica e libertadora, que dialogue com as especificidades e o perfil epidemiológico regional, oferecendo aos ACS não apenas o conhecimento técnico e científico, mas a formação de um perfil ativo e apto a aprender a aprender com competência, ética, autonomia, pensamento crítico, responsabilidade e sensibilidade, comprometidos com o enfrentamento dos problemas da sociedade (FREIRE, 1996; 2009; BAGIO, 2018; MITRE, 2008).

Com esse propósito, a Escola Técnica do Sistema Único de Saúde/MARANHÃO “*Dra. Maria Nazareth Ramos de Neiva*” (ETSUS/MA), integrada à rede pública estadual de educação e vinculada à Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão (SES-MA) para desenvolver processos formativos de acordo com as diretrizes e referenciais estabelecidos pela área da educação e da saúde e que atendam às demandas locais de formação dos trabalhadores que atuam no SUS. Desde então, a instituição vem promovendo cursos de capacitação e formação técnica de nível médio para profissionais da rede pública de saúde do Estado (MARANHÃO, 2003, 2012).

Entre 2017 e 2018 a ETSUS/MA realizou curso Técnico em Agentes Comunitários de Saúde (TACS) nos 28 municípios de menor IDH do estado, locais de difícil acesso e com

maior percentual de pessoas extremamente pobres¹ do Brasil (25,8%). Segundo o Censo de 2010, 18 destes municípios tem um percentual de extremamente pobres superior ou igual a 50,0% de seus habitantes, enquanto os demais estados do país possuem, no máximo, 3 municípios nesse ranking (BRASIL, 2010). O desenvolvimento do curso nestes municípios somou com a estratégia de “[...] promover a superação da extrema pobreza e das desigualdades sociais no meio urbano e rural, por meio de estratégia de desenvolvimento territorial sustentável”, do Governo do Estado do Maranhão, ao qual a ETSUS/MA está vinculada (MARANHÃO, 2015).

Diante desse contexto de fragilidades, a meta principal da execução das turmas nesses municípios foi a capacitação dos ACS para atuarem nas equipes de saúde realizando ações de prevenção e cuidado aos indivíduos e comunidades, visando melhorar a qualidade das respostas do serviço às demandas de saúde da população (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, 2014).

Propôs-se como estratégia pedagógica a metodologia da problematização que tem como princípio básico a ação- reflexão-ação, permitindo que os alunos se percebam em seus processos de trabalho e desenvolvam competências para propor mudanças que respondam aos desafios da sua prática, transformando, de alguma forma, a sua realidade (FREIRE, 1987, 2009; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, 2012; XAVIER, 2014). O objetivo deste estudo é descrever a experiência da aplicação dessa proposta pedagógica na formação técnica dos agentes comunitários de saúde nos 28 municípios maranhenses, cujo número de profissionais matriculados totalizou 947.

2 | MÉTODO

O presente estudo é um relato da experiência vivenciada pela equipe da ETSUS/MA na formação técnica dos agentes comunitários de saúde dos 28 municípios de menor IDH do estado do Maranhão. Ao todo foram realizadas 29 turmas, contemplando 947 profissionais que atuavam como agente comunitário de saúde. Excluíram-se os ACS que não possuíam o ensino médio, pois esta é uma exigência para a realização das Etapas Formativas II e III.

O período de realização das turmas foi de janeiro de 2017 a outubro de 2018.

2.1 Referencial Curricular

O Ministério da Saúde assinala que as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS) atuam para fortalecer a Educação Profissional em Saúde, também chamada Ensino Técnico de Nível Médio que, de acordo com a Resolução CNE/CEB Nº 04/99, objetiva garantir ao cidadão o direito ao permanente desenvolvimento de competência profissional para mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e

1. São considerados extremamente pobres as pessoas que sobrevivem com renda per capita de até R\$ 77,00.

habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas no trabalho (BRASIL, 1999).

A elaboração do plano do curso TACS desenvolvido pela ETSUS/MA seguiu também as orientações do Referencial Curricular Nacional para formação técnica de Agente Comunitário de Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), em conjunto com o Ministério da Educação (MEC), em 2004, a partir da consulta pública ao “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde” que fomentou a construção da proposta de qualificação desse profissional e tendo como base a Lei Federal nº. 9.394/96 que estabelece as Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDBE) (BRASIL, 2004a; 2004b).

A ETSUS/MA ainda reforça no plano do curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde (2015), o objetivo de formar profissionais dotados de conhecimentos científicos específicos para a sua área de atuação, mas também capazes de atuar em situações de constantes mudanças e desenvolver ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, 2014).

O curso está organizado em 1200 horas divididas em três etapas formativas que contemplam diferentes competências, habilidades e conhecimentos a serem desenvolvidos pelos discentes durante o processo formativo. A Etapa Formativa I constitui-se em uma formação inicial e contempla o perfil social do técnico Agente Comunitário de Saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS, a Etapa Formativa II foca no desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes e a Etapa Formativa III, no desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário. A carga horária de cada Etapa Formativa é de 400, 600 e 200 horas, respectivamente, distribuída de acordo como o demonstrado na Figura 1 (BRASIL, 2004b; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, 2014).

ETAPA FORMATIVA	ÁREAS TEMÁTICAS	CARGA-HORÁRIA		
		Concentração	Dispersão	Total
ETAPA I CONTEXTO POLÍTICO, SOCIAL, CULTURAL E DA EDUCAÇÃO NA FORMAÇÃO DO TÉCNICO EM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	I – Política de Saúde	100h	120h	400h
	II - Processo de trabalho em saúde	90h		
	III – Processo Saúde/Doença	90h		
ETAPA II AÇÕES, PROCEDIMENTOS E INTERVENÇÕES DA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	I – Educação em Saúde	60h	200h	600h
	II - Prevenção e promoção da saúde da mulher, do adulto, da criança e do adolescente	130h		
	III - Prevenção e promoção da saúde mental, saúde do idoso, saúde do homem, da pessoa com deficiência, saúde indígena	130h		
	IV – Sistema de Informação da Atenção Básica	80h		
ETAPA III PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DAS SITUAÇÕES DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO	I – Vigilância em Saúde	120h	80h	200h
TOTAL GERAL		800	400	1.200h

Figura 1: Organização curricular do curso técnico em Agente Comunitário de Saúde utilizado pela Escola Técnica do SUS/Maranhão (ETSUS/MA)

A ETSUS/MA adotou o currículo integrado e por competências com estrutura modular, que articula dinamicamente trabalho e ensino, teoria e prática, ensino e comunidade. As relações entre trabalho- ensino e problemas-hipóteses de solução devem ter sempre, como eixo norteador, as características socioculturais do meio em que este processo se desenvolve. Na estruturação e organização curricular são consideradas as formas de aprender do aluno adulto, seus esquemas de assimilação, conhecimentos e experiências prévias, determinantes histórico-sociais e influências dos padrões culturais no processo ensino aprendizagem, rompendo com o modelo de currículo formal, onde a educação se constitui basicamente de um processo institucional de transmissão de conhecimentos (MALTA, 2013).

3 | EXPLICITAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Como recurso metodológico para a apreensão dos conhecimentos utilizou-se a metodologia da problematização, uma tendência pedagógica crítica, que exigiu dos indivíduos a apropriação do conhecimento, sua transformação por meio de vivências e conhecimentos anteriores e a aplicação nas situações reais e concretas de trabalho, de acordo com a proposta do Plano do Curso (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, 2014).

Essa concepção pedagógica baseia-se no aumento da capacidade do discente em participar ativamente do processo de transformação social da sua realidade, durante o processo de identificação de problemas reais e da capacidade de proposição e execução de estratégias soluções originais (BERBEL, 1998; BORDENAVE, 1983; MITRE, 2008).

Desta forma, o processo de formação procurou mobilizar o potencial social, político e ético dos discentes, para que estes atuem como cidadãos e profissionais em formação.

A primeira referência para essa Metodologia é o Método do Arco, de Charles Maguerez (esquema apresentado por Bordenave e Pereira em 1977). Como ilustrado na Figura 2, nesse esquema constam cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou um recorte da realidade: Observação da Realidade; Pontos-chaves; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade Prática (BERBEL, 1998).



Figura 2: Representação do Método do arco de Maguerez, adaptado a partir de Bordenave, 1998.

Na primeira etapa, os discentes foram estimulados a observar a realidade e expressar suas percepções pessoais, baseadas em experiências prévias enquanto agentes comunitários de saúde. Observou-se nos planos de aulas realizados pelos docentes/facilitadores que os principais recursos utilizados foram vídeos, recortes de notícias, casos ocorridos nos territórios e os indicadores de saúde do município.

Na segunda etapa, os discentes realizaram a identificação dos postos-chaves do problema em questão, momento em que eles foram estimulados a refletir sobre as possíveis causas da existência do problema em estudo. Identificou-se durante os acompanhamentos pedagógicos que o papel do docente/facilitador foi extremamente relevante nesta etapa, considerando a importância de garantir que os aprendizes percebessem que a maioria dos problemas são complexos e, geralmente, multideterminados. A elaboração da síntese da análise dos postos-chaves dos problemas contribuiu para a sua compreensão de maneira mais profunda.

No terceiro momento, a teorização do problema é a investigação propriamente dita. Os discentes foram estimulados a fundamentar os seus achados nos conhecimentos científicos disponíveis na literatura. Para isto, foram utilizados principalmente os manuais do Ministério da Saúde, artigos científicos e portarias ministeriais. Os materiais para as pesquisas foram analisados e avaliados quanto as suas contribuições para a solução

o problema através dos registros nos planos de aula encaminhados para a equipe de supervisão e coordenação do curso.

A quarta e penúltima etapa é a elaboração das hipóteses de solução que, segundo Berbel (1998, p. 144), “são construídas após o estudo, como fruto da compreensão profunda que se obteve sobre o problema, investigando-o de todos os ângulos possíveis”. Desta forma, após todo o estudo e reflexões críticas acerca dos problemas identificados na primeira etapa do movimento, as hipóteses de solução foram construídas pelos próprios discentes.

Na Aplicação da Realidade, última etapa, é o momento destinado à apropriação e ao desenvolvimento das habilidades teórico/práticas (BERBEL, 1998). Na prática da formação, este momento é denominado de atividade em dispersão, momentos em que os discentes retornam aos seus locais de trabalho para realizar o exercício de tudo que foi discutido e testar a hipótese de solução elaborada em sala. Acredita-se que este momento contribuiu para a reflexão de cada aluno no universo das funções para as quais estava se habilitando.

É relevante destacar que nem todas as aulas teóricas resultaram em atividades práticas propriamente ditas, mas a abordagem desta etapa aponta para o comprometimento social dos discentes com o seu meio, em que a sua aplicação transcende os limites das atividades curriculares e alcança a prática profissional durante e após a conclusão do curso. As atividades em dispersão ocorreram em horários paralelos aos das aulas de concentração e a organização curricular prevê carga horária específica para esta atividade.

Acredita-se que a aplicação da metodologia da problematização na formação dos ACS tenha contribuído não apenas para a formação de profissionais dotados de competências técnicas e conhecimento científicos, mas também para a incorporação do seu papel social, responsabilidade e sensibilidade com as questões sociais, capazes de intervirem em contextos de incertezas e complexidades (MITRE, 2008).

Para isto, destaca-se a relevância do papel dos docentes-facilitadores que, além de habilidades pedagógicas, assumiram uma postura de mediadores e coadjuvantes, estimulando o pensamento crítico e reflexivo dos educandos e tornando-os corresponsáveis pelo seu processo de aprendizagem (FREIRE, 1996; MITRE, 2008; XAVIER, 2014). Nesta perspectiva, eles precisaram ser preparados para conduzir os processos educativos, reconhecendo que os saberes são construídos por meio da interação entre sujeitos.

Para o despertar dessas habilidades, realizou-se inicialmente a capacitação pedagógica dos docentes/facilitadores onde foram apresentadas, dentre outras informações relevantes ao seu desempenho no curso, a metodologia da problematização e a sua operacionalidade. Buscou-se ainda desconstruir a visão tecnicista em que o processo educativo está centrado em alguém que sabe e ensina a alguém que não sabe, em que a lógica é a de mera transmissão verticalizada e centralizada de conhecimentos (BRIGHENTI, 2015; SANTOS; SOUSA, 2017).

Além desta formação inicial, os docentes/facilitadores estavam em constante supervisão da equipe da ETSUS/MA e foram realizados encontros mensais, ou sempre que necessário, entre a equipe e os docentes para orientações e apoio pedagógico.

4 | DISCUSSÃO

Considera-se que a utilização da metodologia da problematização possibilitou a participação efetiva dos discentes e responsabilização dos mesmos pelo processo de ensino-aprendizagem. Durante as visitas de acompanhamento realizadas pela equipe da ETSUS/MA, ouviu-se muitos relatos sobre as contribuições do curso para a prática no serviço, tanto no âmbito do processo de trabalho dentro das unidades de saúde, quanto no âmbito comunitário.

Observou-se em diversos momentos que os profissionais associam a formação sobretudo às melhorias no desenvolvimento de suas ações, tanto na interação com as equipes de saúde como no trato com a comunidade, dando-lhes sentimento de segurança em relação ao que fazem. Esta é uma percepção importante, pois constata-se que eles ressaltam que a formação, mais do que oportunidade de adquirir novos saberes, tem sido capaz de ajudá-los a desenvolver suas competências enquanto profissionais no meio em que atuam. Sobre isto, podemos refletir sobre o importante papel da formação, dentro da perspectiva da Educação Permanente, de fazer com que os discentes se confrontem com suas práticas podendo, a partir daí, ratificar e fortalecer suas experiências na medida em que lhes permita dar sentido ao que fazem e ressignificar o seu fazer cotidiano (BRASIL, 2004c).

Sobre as mudanças no relacionamento com a equipe, ouviu-se relatos como “maior relacionamento com médico, enfermeiro, assistência social, etc”, sugerindo que houve melhorias na comunicação com os membros da unidade de saúde. Sobre as mudanças quanto ao relacionamento com as famílias e comunidade, também foi levantado pelos discentes que a formação possibilitou o desenvolvimento de novas ações de atenção à saúde, disseminação de novos conhecimentos e orientações no âmbito comunitário, e que, após o curso, sentem-se mais aptos a identificar problemas relacionados ao processo saúde-doença.

Isto reforça a importância da formação técnica dos ACS, considerando a relevância do trabalho desses profissionais no âmbito do SUS e a importância do papel social dos mesmos junto à população (BRASIL, 2004a). De acordo com o referencial curricular para o curso, a relevância deste trabalhador no contexto de mudanças das práticas de saúde e seu papel social junto à população constituem a necessidade de sua formação (BRASIL, 2004b).

Aqui destaca-se a formação profissional como contribuição importante para a qualidade dos serviços prestados. Nesse contexto, as metodologias ativas para o processo

ensino-aprendizagem, proposta pela instituição, dialogam com as práticas de atenção à saúde desempenhadas pelos profissionais e equipes, promovendo espaços de reflexão e estimulando a produção de mudanças no processo de trabalho, nas práticas de gestão, assistência à saúde e controle social (BRASIL, 2005; BATISTA; GONÇALVES, 2011). Tal estratégia pedagógica constitui ferramenta potente capaz de engendrar nos discentes-profissionais processos reflexivos que os colocam no centro da produção do saber.

5 | CONCLUSÃO

O processo de formação técnica dos agentes comunitários de saúde nos 28 municípios finalizou também de forma gradativa, com a última turma encerrando em outubro de 2017. Ao todo foram 844 profissionais formados, com índice de aprovação de 89,12% e evasão de 5,8 %. A utilização da metodologia da problematização possibilitou a participação ativa dos alunos, valorizou o diálogo e favoreceu o reconhecimento dos agentes comunitários de saúde como sujeitos portadores de conhecimentos não só em relação ao processo saúde/doença/cuidado, mas também das necessidades de saúde reais das comunidades em que atuam.

Além disto, a abordagem utilizada na formação estimulou os agentes comunitários de saúde a assumir a posição de sujeitos do processo formativo, além de ter contribuído para o desenvolvimento de profissionais mais críticos, participativos e propositivos, empoderados das suas ações. Outra contribuição importante, e que foi bastante colocada pelos discentes durante as discussões sobre o curso, foi a mudança na percepção da equipe em relação ao papel do ACS na equipe de saúde: as atividades passaram a ser compartilhadas, bem como as decisões das equipes a respeito de questões gerais das unidades. A partir da formação, houve maior integração entre as equipes e maior participação dos agentes nas decisões. Acredita-se que os resultados foram positivos, inclusive no fortalecimento do uso de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem da Escola Técnica do SUS/MA.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, B. K. G. (Organizador). A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: Instituto Materno-infantil de Pernambuco (IMIP)/ Ministério da Saúde, 2001.

BAGIO, Viviane A. et al. Didática na Docência Universitária em Saúde: Metodologias Ativas e Avaliação. **Appris, Curitiba**, ed. 1, 2018.

BARROS, D. F. *et al.* O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 78-84, 2010.

BATISTA, K. B. C., GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saude soc.** v. 20, n.4, São Paulo, 2011.

BERBEL, N. A. N. “Problematization” and Problem-Based Learning: different words or different ways? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 2, 1998.

BORDENAVE, J. D. Alguns fatores pedagógicos. **Revista Interamericana de Educação de Adultos**, v. 3, n. 1-2 – PRDE – OEA. Por Maria Thereza Grandi, OPS. Brasília, 1983.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. ed. 4, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CEB n. 04 de 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Conselho Nacional de Educação. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consulta Pública do Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde. Relatório. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Referencial curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional saúde. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Senso 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

BRIGHENTI, J. Metodologias de ensino-aprendizagem: uma abordagem sob a percepção dos alunos. **Revista GUAL**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 281-304, set. 2015.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. **Paz e Terra**, Rio de Janeiro, 1987.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. **Paz e Terra**, São Paulo, ed. 15, 1996.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 2009.

MALTA, S. C. L. Uma abordagem sobre currículo e teorias afins visando à compreensão e mudança. **Espaço do Currículo**, v. 6, n. 2, p. 340-354, 2013.

MARANHÃO. Decreto n. 20.217, de 31 de dezembro de 2003. Criação da Escola Técnica do SUS do Maranhão “Dra. Maria Nazareth Ramos de Neiva”. Diário Oficial do Estado do Maranhão, Poder Executivo,

São Luís, MA, 2003.

MARANHÃO. Decreto n. 30.620, de 02 de janeiro de 2015. Institui o Programa Escola Digna, e dá outras providências. Diário Oficial da União, São Luís, 2015.

MITRE, Sandra M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação. **Ciência e Saúde coletiva [online]**, v. 13, suppl. 2, p. 2133-2144, 2008.

MONFREDINI, I. M. (Organizadora) A Universidade como espaço de formação de sujeitos [e-book]. Editora Universitária Leopoldianum, Santos, 2016.

SANTOS, E. R. S., SOUSA, E. J. B. Implantação de ferramenta virtual para o acompanhamento dos processos educativos desenvolvidos pela escola técnica do Sistema Único de Saúde do Maranhão. **Repositório Observatório Caminhos do Cuidado**, 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Projeto Político Pedagógico (PPP), ETSUS/MA. São Luís. Maranhão 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO. Plano de Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde. ETSUS-MA, 2014.

XAVIER, L. N. *et al.* Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **SANARE**, Sobral, v. 13, n. 1, p. 76-83, 2014.

AÇÃO SOBRE PREVENÇÃO DE LESÕES EM COSTUREIRAS - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/06/2020

Data de submissão: 03/04/2020

Raíssa dos Santos de Albuquerque

UNIFOR - Universidade de Fortaleza

Fortaleza - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2133159883147393>

Bárbara de Paula Andrade Torres

Unichristus - Centro Universitário Christus

Fortaleza- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9190136994521698>

Mariana Sousa Costa

Unichristus - Centro Universitário Christus

Fortaleza- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5119786403835075>

Daniel da Ponte Torres

UNIFOR - Universidade de Fortaleza

Fortaleza- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/6285395374250122>

Marcelo Mansueto Lopes Júnior

Fortaleza- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/6853039953282290>

RESUMO: O objetivo do presente trabalho foi abordar um relato de experiência sobre prevenção de lesões nas costureiras no Instituto de Assistência e Proteção Social uma Organização da Sociedade Civil sem

fins lucrativos. Métodos: Tratou-se de um trabalho desenvolvido por meio de um relato de experiência do tipo pesquisa-ação, realizado no Instituto de Assistência e Proteção Social, no período de fevereiro a junho de 2018. Resultados: As participantes deste projeto tinham entre 40 e 60 anos, todas relatavam dor, seja no punho ou coluna vertebral, tendo como consequência posturas inadequadas. O método tratado neste artigo foi abordar a importância de cuidados preventivos com fundamentos fisioterápicos antes, durante e após a jornada de trabalho resultando na eficácia da qualidade ativa ao longo dos seus afazeres dentro e fora da empresa lhes proporcionando, alívio das dores e melhora na postura. Tendo como conclusão que os direcionamentos dados mostraram-se de grande relevância para a prevenção das possíveis patologias adotadas por esse tipo de serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Postura. Fisioterapia. Lesões.

ACTION ON PREVENTION OF INJURIES IN SEWERS - EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The objective of the present work was to approach an experience report on prevention of injuries in seamstresses at the

Institute of Assistance and Social Protection, a non-profit Civil Society Organization. Methods: This was a work developed through an action research-type experience report, carried out at the Institute for Assistance and Social Protection, from February to June 2018. Results: The participants in this project were between 40 and 60 years old, all reported pain, either in the wrist or spine, resulting in inadequate postures. The method discussed in this article was to address the importance of preventive care with physiotherapy fundamentals before, during and after the workday, resulting in the effectiveness of active quality throughout their chores inside and outside the company, providing them with pain relief and improved posture. . With the conclusion that the directions given were shown to be of great relevance for the prevention of possible pathologies adopted by this type of service.

KEYWORDS: Posture. Physiotherapy. Injuries.

1 | INTRODUÇÃO

As Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados com o Trabalho (LER/DORT) é um conjunto de sintomas onde a terminologia não é consensual e, apesar de não ter nenhum diagnóstico com essa expressão no Código Internacional das Doenças (CID-10), sua utilização é muito alastrada na sociedade como um todo devido ao impacto social e aos danos provocados aos profissionais, sendo comum utilizar no cotidiano de trabalho a expressão “diagnóstico de LER” (MORAES; BASTOS, 2017).

Segundo Maretto, Chesani e Grillo (2017), os Dort são a segunda patologia relacionada ao trabalho com maior incidência no Brasil, podendo ser caracterizados como epidêmicos. O crescimento da incidência de patologias do trabalho acontece por conta do modelo atual de trabalho, tendo como principal característica a limitação da autonomia do trabalhador em relação aos movimentos de seu corpo.

Tais doenças são caracterizadas como lesões musculares, de nervos, vasos, bainhas e outras estruturas responsáveis pelo movimento do corpo, que resultam em dor no membro afetado, diminuição de força muscular e articular, como também, parestesias e fadiga, entre outros sintomas. São geradas pelo conjunto de fatores inter-relacionados, como: exigência de força excessiva, postura forçada, repetição de movimento durante grandes períodos, compressão mecânica, utilização de ferramentas que vibram, postos de trabalhos for a da adequação, ambientes com ruídos e mal iluminação, móveis inapropriados, pressão de tempo e cumprimento de metas de produção.

Além de fatores organizacionais de trabalho, como: jornada prolongada, ausência de pausas periódicas, exigência de grande produtividade, ritmo acelerado de trabalho, estresse no ambiente, elevada exigência de atenção para evitar erros, submissão a monitoração permanente, etc. As consequências vão além da incapacidade profissional e acarretam grandes prejuízos à realização de atividades diárias (DALE; DIAS, 2018).

O sintoma principal e fator incapacitante característico das LER/DORT são as dores,

sobretudo nos casos de maior intensidade e com maior período de lesão. Existem outros fatores identificados em artigos como ocasionadores de sequelas aos trabalhadores com tais lesões, que são: limitação física, necessidade de adaptação para atividades de vida diária, dependência de fármacos, afastamento da profissão, mudança de função, receio de demissão, sentimento de inutilidade, vida cheia de incertezas e pouca perspectiva do futuro (DALE; DIAS, 2018).

Diante disso, tem como destaque no trabalho realizado por costureiras as posturas inadequadas, que resultam em dores difusas pelo corpo em consequência da diminuição da circulação e cansaço muscular de membros superiores e inferiores, e das colunas lombar e cervical, por exigir habilidade, destreza, boa visão, atenção e bastante concentração, uma vez que é um trabalho monótono, repetitivo e cansativo.

Essas ocorrências interferem diretamente na qualidade de vida dessas pessoas, observando-se alterações importantes nas profissionais com relatos de dor (MARETTO; CHESANI; GRILLO, 2017). O objetivo do presente estudo foi abordar um relato de experiência sobre prevenção de lesões nas costureiras no Instituto de Assistência e Proteção Social (IAPS) uma Organização da Sociedade Civil sem fins lucrativos.

2 | MÉTODOS

Tratou-se de um trabalho desenvolvido por meio de um relato de experiência do tipo pesquisa-ação, realizado no IAPS localizado na rua Barra Nova, 1000, Jardim das Oliveiras (Fortaleza – CE, Brasil), no período de fevereiro a junho de 2018, na disciplina de Estágio Supervisionado em Fisioterapia I, da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). O programa teve no total quinze integrantes do gênero feminino, moradoras na comunidade local, com queixas de dor nos punhos e coluna vertebral.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes deste projeto tinham entre 40 e 60 anos, todas relatavam dor, seja no punho ou coluna vertebral, tendo como consequência posturas inadequadas. O método tratado neste artigo foi abordar a importância de cuidados preventivos com fundamentos fisioterápicos antes, durante e após a jornada de trabalho resultando na eficácia da qualidade ativa ao longo dos seus afazeres dentro e fora da empresa lhes proporcionando, alívio das dores e melhora na postura.

Obteve o total de dois dias para a orientação desses cuidados (n=15,100%) sendo o total de zero intercorrência. Houve alerta através de banners sobre as possíveis patologias ou alguma consequência que as costureiras poderiam ter ou adquirir sendo elas: Lesões por Esforço Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) e posturas inadequadas, sendo propostos exercícios laborais para as mesmas

adequarem na rotina de trabalho.

Ao final dos exercícios propostos foi relatado de imediato o alívio da dor e o melhor conforto após adequação de suas posturas de acordo com a altura de cada profissional e ajustar suas respectivas cadeiras. Sendo observado a suma importância das orientações fisioterápicas para melhorar seus hábitos no ambiente de trabalho.

As atividades em grupo ajudam os trabalhadores lesionados a lidar de forma mais autônoma com seu quadro clínico e com as suas limitações proporcionadas pela patologia, desfrutando adaptações em sua forma de trabalhar e de realizações de atividades da vida cotidiana, tendo como finalidade amenizar o sofrimento advindo da doença (PAULA; AMARAL, 2019).

4 | CONCLUSÃO

Conclui-se que os direcionamentos dados mostraram-se de grande relevância para a prevenção das possíveis patologias adotadas por esse tipo de serviço. Possibilitando benefícios na qualidade de vida e bem estar das profissionais.

REFERÊNCIAS

MORAES, Paulo Wenderson Teixeira; BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt. **Os Sintomas de LER/DORT: um Estudo Comparativo entre Bancários com e sem Diagnóstico.** Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 37, n. 3, p. 624-637, set. 2017.

MORETTO, Anacléia Fernanda; CHESANI, Fabíola Hermes; GRILLO, Luciane Peter. **Sintomas osteomusculares e qualidade de vida em costureiras do município de Indaial, Santa Catarina.** Fisioter. Pesqui. São Paulo, v. 24, n. 2, p. 163-168, junho de 2017.

PAULA, Elaine Antonia de; AMARAL, Rosa Maria Monteiro Ferreira do. **Atuação interdisciplinar em grupos de qualidade de vida para pacientes com Lesões por esforços repetitivos/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - LER/DORT.** Rev. bras. saúde ocup., São Paulo , v. 44, e5, 2019 .

DALE, Alana Pires; DIAS, Maria Dionísia do Amaral. **A 'EXTRAVAGÂNCIA' DE TRABALHAR DOENTE: O CORPO NO TRABALHO EM INDIVÍDUOS COM DIAGNÓSTICO DE LER / DORT.** Trab. educ. saúde , Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 263- 282, abril de 2018.

AÇÕES EXTENSIONISTAS DA LIGA DE DERMATOLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/06/2020

Amanda Sousa de Lima

Universidade Estadual do Ceará (UECE), Curso de Medicina, Centro de Ciências da Saúde (CCS)
Fortaleza-CE

Taisa Shiguihara

Universidade Estadual do Ceará (UECE), Curso de Medicina, Centro de Ciências da Saúde (CCS)
Fortaleza-CE

Ariane Araújo de Souza

Universidade Estadual do Ceará (UECE), Curso de Medicina, Centro de Ciências da Saúde (CCS)
Fortaleza-CE

Sara Frota de Carvalho

Universidade Estadual do Ceará (UECE), Curso de Medicina, Centro de Ciências da Saúde (CCS)
Fortaleza-CE

Marla Rochana Braga Monteiro

Universidade Estadual do Ceará (UECE), Curso de Medicina, Centro de Ciências da Saúde (CCS)
Fortaleza-CE

Thanamy de Andrade Santos

Universidade Estadual do Ceará (UECE), Curso de Medicina, Centro de Ciências da Saúde (CCS)
Fortaleza-CE

Larissa Batista Bessa

Universidade Estadual do Ceará (UECE), Curso de Medicina, Centro de Ciências da Saúde (CCS)
Fortaleza-CE

Maria das Graças Barbosa Peixoto

Universidade Estadual do Ceará (UECE), Curso de Medicina, Centro de Ciências da Saúde (CCS)
Fortaleza-CE

RESUMO: Atividades educativas sobre as principais doenças dermatológicas em nosso país são importantes meios de promoção da saúde. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de acadêmicos de medicina da Liga de Dermatologia da Universidade Estadual do Ceará (UECE) em uma atividade de extensão. Trata-se de um estudo descritivo, na forma de relato de experiência. Foram realizadas duas atividades mensais. O público alvo foi representado pelos frequentadores da (UECE) campus Itaperi. Foram utilizados *banners* e panfletos informativos. Cerca de 420 pessoas foram beneficiadas pelas ações. Portanto, as ações educativas possibilitaram o estímulo ao autocuidado e a atenuação de preconceitos e estigmatizações.

PALAVRAS-CHAVE: Dermatologia. Educação em Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT: Educational activities on the main dermatological diseases in our country are important means of promoting health. The objective of this work is to report the experience of medical students from the Dermatology League of the State Universidade Estadual do Ceará (UECE) in an extension activity. This is a descriptive study, in the form of an experience report. Two monthly activities were carried out. The target audience was represented by the attendees of the (UECE) Itaperi campus. Information banners and pamphlets were used. About 420 people were benefited from the actions. Therefore educational actions enabled the encouragement self-care and the reduction of prejudices and stigmatizations.

KEYWORDS: Dermatology. Health Education. Health Promotion.

1 | INTRODUÇÃO

As doenças que afetam a pele mostram-se bastante incidentes no Brasil. Afecções como hanseníase, cuja alta incidência deixa o país em segundo lugar no mundo em número de casos. O câncer de pele não-melanoma, por sua vez, é responsável por 30% de todos os tumores malignos registrados no país. Acne vulgar representa a doença cutânea mais frequente, afetando 85 a 100% da população. Em nosso sistema de saúde, no entanto, a prática de educação em saúde ainda é pouco difundida para o combate dessa problemática. Diante disso, é preciso que haja a melhoria dessa situação (INCA, 2017; SALCI *et al.*, 2013; SILVA; COSTA; MOREIRA, 2014; WHO, 2015).

Nesse ponto de vista, ações educativas que abordam doenças dermatológicas constituem uma relevante estratégia para consolidar a promoção da saúde, uma vez que instruem os cidadãos a respeito da relevância de atividades preventivas para o diagnóstico precoce de doenças. Essa situação colabora para a maior eficácia em procedimentos de tratamento, diminuindo o sofrimento dos indivíduos doentes e reduzindo os custos com excesso de exames no sistema de saúde. (MENDES, 2013; SALCI *et al.*, 2013; WHO, 2016).

Ademais, as ações de educação em saúde viabilizam também a conscientização da população a respeito das principais características de patologias presentes em nosso meio. Tal fato, por sua vez, vai ao encontro dos preceitos defendidos na pedagogia libertadora de Paulo Freire e na Teoria Salutogênica proposta por Aaron Antonovsky, as quais propõem a emancipação e a autonomia do indivíduo, tornando-o, no cenário da saúde, apto a ser o agente promotor de sua própria qualidade de vida (ERIKSSON; FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2009; FREIRE, 1987; MIALHE; SILVA, 2011; SALCI *et al.*, 2013).

Com efeito, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de acadêmicos de medicina da Liga Acadêmica de Dermatologia- LADERM, do curso de medicina da UECE, no desenvolvimento do Projeto de extensão “Como vai a sua pele?”.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, na forma de relato de experiência de extensão universitária, do Projeto “Como vai a sua pele” da LADERM, que tem como objetivo promover ações de educação em saúde sobre importantes doenças dermatológicas em nosso país ao público frequentador da Universidade Estadual do Ceará, campus Itaperi. A vivência nas ações extensionistas foi realizada por acadêmicos de medicina, no período de março a agosto de 2019. O público-alvo foi composto pela comunidade acadêmica, servidores e frequentadores da UECE, campus Itaperi.

Os primeiros dois meses foram destinados a separação de tarefas entre os estudantes participantes, além da capacitação interna sobre as temáticas que viriam a ser abordadas. A partir de abril foram realizados mensalmente dois encontros em dias distintos: Um dia destinado à reunião de preparação e outro dia à intervenção propriamente dita. Esta era realizada no corredor central da universidade, área de intenso fluxo de pessoas.

Nessa atividade, o público era convidado pelos alunos a participar e, a partir daí, eram instruídos sobre a dermatose abordada no referido dia. Esta poderia ser hanseníase, acne, câncer de pele e psoríase, as quais eram abordadas de forma interativa e dinâmica. Para a realização das atividades foram utilizados materiais educativos como *banners*, cartazes e panfletos informativos elaborados pelos alunos ou adquiridos em centros de saúde pública (clínicas e postos de saúde). Tais panfletos eram em número de 70 por ação, a fim de que pudesse ser estimada a população beneficiada por intervenção. Assim, com o uso desses insumos educativos, o processo instrutivo tornou-se mais ilustrativo e simplificado, cativando mais a atenção do público.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse contexto, até o mês de agosto de 2019 foram estimadas mais de 420 pessoas contempladas pela ação de educação em saúde, e até o mês de dezembro deste ano, o número previsto será de 700 pessoas que irão usufruir da atividade.

O processo de planejamento e execução do projeto tem possibilitado, aos acadêmicos de medicina, a melhor compreensão sobre algumas das principais doenças dermatológicas incidentes em nossa nação. Essa situação viabiliza a melhoria da qualidade da formação de futuros profissionais da saúde, uma vez que passarão a ter diagnósticos mais precisos, diminuindo, dessa forma, o tempo de sofrimento dos portadores das dermatoses abordadas (SILVA; MATOS, FRANÇA, 2017).

Paralelamente a isso, por meio do projeto permitiu-se aos estudantes adquirir a experiência acadêmica do elo pesquisa, ensino e extensão. O primeiro fator foi conquistado por meio da busca realizada em base de dados científicas com o fito de compreender e dominar o assunto a ser abordado. O segundo fator foi alcançado com a prática

educativa do compartilhamento de informações geradoras de conhecimento. Já o último foi concretizado, visto que se construiu o debate para além do ambiente de sala de aula (AYRES,2015).

Sob essa ótica, a ação educativa evidenciou ao público-alvo a importância de medidas de fotoproteção para a prevenção contra as neoplasias de pele, assim como os prejuízos do manuseio das lesões da acne por pessoa não habilitada. As atividades corroboram para a conscientização sobre a relevância do autocuidado e da busca de auxílio médico em tempo hábil, evitando agravos (BATISTA; VIEIRA; DE PAULA, 2014; CARVALHO; GASTALDO, 2008; SALCI, *et al.*, 2013;)

Além disso, ao possibilitar uma maior compreensão da população sobre a doença e seus mecanismos fisiopatológicos, a ação educativa possibilita a desconstrução de mitos estigmatizantes contra portadores de patologias como a hanseníase e a psoríase, por exemplo. Dessa maneira, é propiciada a construção de um meio mais justo e harmonioso aos cidadãos (SILVA; PAZ, 2010).

4 | CONCLUSÃO

A prática das ações de educação em saúde no ambiente acadêmico demonstrou com segurança ser fundamental no processo de ensino-aprendizagem, já que possibilita a realização de capacitação interna entre os acadêmicos de medicina. Ademais, permite-se também o compartilhamento dos conhecimentos adquiridos com a população que frequenta o campus da universidade. Por fim, destaca-se a indispensabilidade de ações de promoção da saúde da pele e de conscientização sobre doenças dermatológicas, a fim de estimular o autocuidado e atenuar preconceitos e estigmatizações contra portadores de doenças infecciosas ou não.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Extensão universitária: aprender fazendo, fazer aprendendo. **Rev Med.** (São Paulo). 2015 abr.-jun.;94(2):75-80. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/106761/105399>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

BATISTA, T. V. G.; VIEIRA, C. S. C. A.; PAULA, M. A. B. de. A imagem corporal nas ações educativas em autocuidado para pessoas que tiveram hanseníase. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [1]: 89-104, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/2014.v24n1/89-104/pt>> . Acesso em: 14 ago. 2019.

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. **Health Promot Int.** 2008 Jun; vol.23, n.2, p.190-9. Epub 2008 Mar 20. Disponível em: <<https://academic.oup.com/heapro/article/23/2/190/714741>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Models applied to the activities of health education. **Rev Bras Enferm.** 2010; 63(1): 117–21. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

FREIRE, P; **Pedagogia do Oprimido**. 17a ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1987.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER DE JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 15 ago.2019.

MIALHE, F. L.; SILVA, C. M. C. A Educação Em Saúde e Suas Representações entre Alunos de um Curso de Odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1555-1561, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16suppl1/1555-1561/pt>>. Acesso em: 15 ago.2019.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av.**[online]. 2013, vol.27, n.78, p.27-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200003&script=sci_arttext>. Acesso em : 15 ago. 2019.

MORAES, C. O. ; BELTRÃO, E. S.; FERNANDES, A. A.; CASTELO, L. N.; ROCHA, D. A. Prevenção Do Câncer De Pele – O Autoexame Como Estratégia Acessível A Todos. **Rev. Extendere**.Vol.4, nº1, 2016. Disponível em:< <http://periodicos.uern.br/index.php/extendere/article/viewFile/2038/1113>> Acesso em: 16 ago. 2019.

SALCI, M. A.; MACENO, P.; ROZZA, S. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 224-230, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100027&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 16 ago. 2019.

SILVA, A. M. F.; COSTA, F. P.; MOREIRA, M. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2014 Jan-Mar; vol.9, n.30, p. 54-63. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/754/600>> Acesso em: 16 ago. 2019.

SILVA, K. L.; MATOS, J. A.V.; FRANÇA, B. D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. **Esc Anna Nery** 2017;vol.21, n.4, p. 1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0060.pdf . Acesso em 17 ago. 2019.

SILVA, M. C. D.; PAZ, E. P. A. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 223- 229, June 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion**. vol.35, n.91, p.405–420, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249601/WER9135.pdf;jsessionid=CECE9DF656F7448CE34D911B217C5657?sequence=1>. Acesso em: 17 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion**. Ottawa Canadá: WHO; 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>> Acesso em:16 ago. 2019.

APRENDENDO SOBRE SAÚDE RURAL COM AS PESSOAS: VIVÊNCIA EXTRACURRICULAR PARA APRIMORAR A FORMAÇÃO E O CUIDADO EM SAÚDE

Data de aceite: 01/06/2020

Data de submissão: 10/04/2020

Bruna Matos de Lima

Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia- Minas Gerais

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5274090992200562>

Marcela Araújo de Oliveira Santana

Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia- Minas Gerais

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6052318555672999>

Gustavo Antonio Raimondi

Universidade Federal de Uberlândia-
Departamento de Saúde Coletiva (DESCO)
Uberlândia- Minas Gerais

Link para Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8042687654173704>

Danilo Borges Paulino

Universidade Federal de Uberlândia-
Departamento de Saúde Coletiva (DESCO)
Uberlândia- Minas Gerais

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0107234915890469>

RESUMO: Introdução: O contexto rural abrange diversas esferas e possui vários determinantes que o qualificam. Sabe-se que esse meio possui

piores desfechos quando se trata de indicadores em saúde, o que mostra a importância de uma Atenção Primária à Saúde (APS) eficiente nessas áreas. Percebendo uma lacuna em seu conhecimento, duas estudantes de medicina de uma Universidade Federal de Minas Gerais realizaram um estágio no interior do estado de Rondônia. Métodos: O estágio ocorreu durante 3 semanas com realização de atividades preconizadas no ensino da Saúde Coletiva bem como com experiências com a comunidade local e sua cultura. Desenvolvimento: Perceberam-se várias disparidades, algumas delas foram o acesso dos pacientes aos locais de atendimento, além de diferenças na população assistida e na compreensão do processo saúde-doença. Foi possível também perceber conceitos teóricos sendo aplicados na prática e notar a execução de políticas públicas. Conclusão: A experiência foi extremamente valiosa para as discentes contribuindo para o crescimento pessoal, ganho cultural e adição de conhecimento em várias áreas, incluindo a saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Médica; Saúde da População Rural; Saúde Pública; Zona Rural; Educação em Saúde.

LEARNING ABOUT RURAL HEALTH WITH PEOPLE: EXTRACURRICULAR EXPERIENCE TO IMPROVE TRAINING AND HEALTH CARE

ABSTRACT: Introduction: The rural context encompasses different definitions and determinants. It is known that these environments often have poor outcomes in public health data, which shows the importance of an efficient primary health care (PHC) in those areas. Perceiving a gap in their knowledge, two medical students from a Federal University in Minas Gerais pursued a brief internship in the state of Rondônia. Methods: The internship lasted 3 weeks and consisted of activities in the public health field and involvement in local cultural experiences. Development: Disparities observed mainly fell into the following categories: patient access to health centers, differences in the assisted population and in the understanding of the health-disease process. The internship also allowed for the application of theoretical concepts regarding the implementation of public policies. Conclusion: The experience was extremely valuable for the students by contributing to their personal growth, cultural gain, and knowledge in several areas, including health.

KEYWORDS: Medical Education; Rural Health; Public Health; Rural Areas; Health Education

1 | INTRODUÇÃO

O contexto rural, assim como a saúde rural, possui uma definição ampla que não se limita apenas a fatores geográficos, já que envolve também elementos ambientais, políticos, econômicos, históricos, culturais e sociais, que podem atuar com maior ou menor força nos determinantes em saúde, a depender do país em questão (WONCA, 2014). Cerca de 16% da população brasileira é de habitantes rurais, o que equivale dizer que aproximadamente 33 milhões de pessoas vivem nesse contexto, mostrando a relevância que esses(as) cidadãos(ãs) têm para o Brasil (Garnelo, 2018).

Em comparação com as áreas urbanas, as áreas rurais têm maiores índices de mortalidade por todas as causas, além de maiores índices de morte por suicídio, injúria não intencional e envenenamento (SCHROEDER, 2018 e WHITE, 2013). Além disso, essa população tem maiores tendências a doenças crônicas principalmente comorbidades como diabetes (SCHROEDER, 2018), além de maiores índices de tabagismo e menores níveis de cuidado com saúde mental e saúde oral (STRASSER, 2003). Agrega-se a essa conjuntura o fato de que tal comunidade também possui doenças específicas de localidade, a exemplo de maior número de zoonoses (STRASSER, 2003).

Ademais, o acesso à saúde é de muitas maneiras limitado com fatores que se iniciam na distância existente entre as moradias e os locais de atenção à saúde, além de que as próprias estradas podem ser um fator dificultador quando se considera que nem sempre as rodovias estão em bom estado (HARTZBAND, 2018). Acrescenta-se a esse cenário a falta de médicos(as) atuantes no meio rural. Ao se realizar uma análise global da carência

de médicos(as), faltam cerca de 3 milhões de médicos(as) no ambiente urbano, enquanto que no ambiente rural esse número se aproxima a 7 milhões (LANCET, 2015). Além disso, é visto que os(as) médicos(as) do ambiente rural têm uma tendência a receberem salários menores, o que corrobora para que o ambiente rural se torne menos atrativo para esses(as) profissionais (LANCET, 2015).

Diante da relevância dessa temática, tem-se no Brasil a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Trata-se de uma política que busca suplantar os desafios citados anteriormente, através do exercício da equidade¹ em saúde, tendo em vista a situação do ambiente no qual essa população se encontra, além de fatores próprios, considerando-se que a generalização do ambiente como “rural” não explicita as características locais de cada um desses locais (BRASIL, 2014).

Em muitos países que têm uma porcentagem importante de população rural, existem vários Caminhos Rurais² bem estabelecidos para a formação de médicos(as) rurais e que são muito incentivados pelas autoridades em saúde. Alguns países, por exemplo, investem em faculdades de medicina ou cursos inteiramente dedicados para a formação de médicos(as) rurais, como é o caso da Austrália (WONCA, 2014).

Considerando o cuidado às pessoas no âmbito rural é necessário pensarmos em como a Atenção Primária à Saúde (APS) está organizada nesses espaços, sendo essa caracterizada como o:

“conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.” (BRASIL, 2017, p.17)

Em nossa formação, a proposta era que a APS estivesse inserida de forma longitudinal em todos os períodos do curso, porém, ainda assim, não existe módulo específico ou aulas sobre a temática Saúde Rural. Na época em que a experiência aqui relatada ocorreu, o estágio de Saúde Rural estava em fase de estruturação, durante o internato³, etapa da graduação em medicina que atualmente ocorre nos dois últimos anos do curso. Porém, ainda assim notamos que, apesar de existir o estágio em Saúde Rural, essa temática e suas especificidades podem ter suas abordagens potencializadas.

Um dos componentes importantes desses Caminhos Rurais traçados por um(a) futuro(a) profissional que atua em áreas rurais é a exposição a cenários rurais durante a graduação (HENRY et al 2009). Pesquisas indicam que essa exposição gerou interesse na prática rural entre os(as) estudantes - mesmo naqueles(as) que sempre viveram em meio urbano - e que isso pode aumentar o número de estudantes que se interessam pela prática rural e que decidem, eventualmente, por se envolver com esta prática (WONCA, 2014). As pesquisas também mostram que a exposição a cenários de prática em saúde rural até mesmo nos anos pré-clínicos é um fator preditivo importante que, em conjunto

com outros fatores, incentivam os(as) graduados(as) em medicina na escolha por uma prática em medicina rural no futuro (WONCA, 2014).

Nesse sentido, ao longo dos últimos anos o Brasil tem adotado medidas para melhorar o acesso à saúde em áreas não centrais. Exemplo disso é o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), criado em 2013, que tem como objetivo ampliar a disponibilidade de recursos humanos médicos no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente nas regiões mais vulneráveis do Brasil, no âmbito da APS (BRASIL, 2017). Análises de dados do programa, anos após sua implementação, mostrou que este teve sucesso em reduzir iniquidades em saúde principalmente nas regiões mais vulneráveis do país, porém os entraves estruturais ainda são um grande desafio à APS nesses locais (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Outro exemplo é o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), criado em 2011, que tem como objetivo incentivar e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família, com foco nas áreas de periferias de grandes cidades, municípios do interior ou em áreas mais remotas (BRASIL, 2011) Entretanto, ainda é necessário investir na construção desses Caminhos Rurais, que buscam incentivar a longo prazo a formação e fixação de médicos(as) no interior, o que envolveria desde o incentivo a estudantes com origem rural, ensino e preparo durante a graduação, estágios, formação especializada em saúde rural e incentivos locais estruturais e financeiros (HENRY et al, 2009; DUREY et al, 2015).

Considerando isso e as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Graduação em Medicina - que destacam uma formação médica generalista que valoriza a integralidade (princípio do Sistema Único de Saúde que considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades (BRASIL, 2019)), a responsabilidade social (a qual trata-se de um meio de assegurar que os recursos sejam disponibilizados da melhor maneira, gerando resultados mais adequados (HUDSON, 2016)), a equidade em saúde e um acesso universal a essa, ressaltando a corresponsabilidade do graduando em sua formação (BRASIL, 2014) - identificamos que a nossa formação apresenta um potencial de aprimoramento no concernente à Saúde Rural e assim procuramos ampliar nossa formação em um estágio extracurricular.

Assim, este relato objetiva sistematizar e problematizar a experiência de uma vivência extracurricular em Saúde Rural de duas discentes que cursavam o terceiro ano do curso de Graduação em Medicina em uma Universidade Federal no Brasil.

2 | METODOLOGIA

Durante o período de férias das atividades letivas, as discentes tiveram a oportunidade de vivenciar 3 (três) semanas de estágio extracurricular com estudantes do internato de

outras Faculdades de Medicina do país, realizando também atendimentos sob supervisão dos(as) preceptores(as) do local.

Tal estágio foi construído a partir do interesse das discentes e após contato prévio com a Instituição que as recebeu. Ele aconteceu na cidade de Monte Negro, no estado de Rondônia. A localidade está a cerca de 250 km da capital do estado, possui um IDH⁴ de 0,607, além de contar com aproximadamente 15 mil habitantes (BRASIL, 2016). A região em que a experiência foi vivida contrastava com o local de origem das estudantes, Uberlândia no estado de Minas Gerais, uma cidade com cerca de 700 mil habitantes, com um IDH de 0,789, considerada o centro econômico do Triângulo Mineiro (IBGE, 2020).

O local do estágio estava habituado a receber estudantes durante o estágio eletivo do internato. Porém, após um acordo com o responsável pela Instituição, foi pactuada a participação de estudantes do terceiro ano, que permaneceriam por um período mais curto, acompanhando as atividades dos(as) internos(as), e sob supervisão constante dos(as) preceptores(as) do local.

É importante destacar que no currículo vivenciado pelas estudantes, em sua faculdade de origem, os(as) estudantes participavam de atividades práticas na Atenção Primária à Saúde (APS) desde o primeiro período e, atualmente, realizam suas práticas de atendimento clínico predominantemente no cenário hospitalar, a partir do quarto período do curso. Em ambas as situações, são sempre acompanhados(as) por preceptores de cada serviço de saúde. Dessa forma no período do estágio as estudantes já haviam desenvolvido as competências necessárias para a realização de anamnese⁵ e exame físico⁶, bem como dominavam conceitos e princípios básicos da APS.

No estágio, durante uma semana, as estudantes participaram de aulas com o professor responsável pelo local. As aulas consistiam em exposições dialogadas e práticas a respeito do modelo de funcionamento do local, do fluxograma de atendimentos, das atividades essenciais do estágio, dos agravos mais comuns dos(as) habitantes locais e das peculiaridades da população rural e ribeirinha da região. Além disso, puderam contar com aulas de epidemiologia⁷, que auxiliavam na compreensão e interpretação das pesquisas feitas no local e da importância de certas práticas em saúde, como prevenção de agravos⁸, promoção da saúde⁹ e educação em saúde¹⁰. Ademais, as estudantes puderam acompanhar e conduzir sob supervisão, às consultas que ali ocorriam.

Além disso, também puderam acompanhar os procedimentos de triagem¹¹, exames realizados no local e visitas domiciliares¹². O diferencial dessas atividades em relação àquelas vividas pelas estudantes na Universidade - onde os(as) estudantes têm como principal cenário de ensino aprendizagem um hospital terciário - se faz principalmente pela diferença de estar em um ambiente rural, distante há mais de 3 (três) horas de viagem da capital do estado e de centros terciários em saúde, com acesso limitado às outras especialidades médicas e, assim, compreendendo os desafios para o acesso integral à saúde, bem como a aplicação prática dos Determinantes Sociais em Saúde¹³.

Os custos de viagem e alimentação eram de responsabilidade das estudantes, e a elas foi fornecido o alojamento gratuito durante as 3 (três) semanas. A locomoção no local foi facilitada pela proximidade geográfica com a Unidade de Saúde.

Este relato de experiência foi construído pelas discentes e pelo docente orientador, enquadrando-se no item VIII do artigo primeiro da Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, não necessitando de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 2016).

3 | DESENVOLVIMENTO

Inicialmente é importante ressaltar a maneira como acontecia o contato da população com o serviço de saúde. Assim, é fundamental diferenciarmos os conceitos de acesso e acessibilidade, considerando o contexto em que a experiência foi vivida. No que tange ao conceito de acessibilidade temos a percepção dos componentes físicos que envolvem o ambiente de saúde e, segundo Donabedian (2003), tem-se duas perspectivas de acessibilidade: uma sócio-organizacional e uma geográfica. A primeira trata de aspectos estruturais do serviço que interferem na relação com o(a) usuário(a), já a segunda aponta para o trajeto de deslocamento do(a) usuário(a) do Sistema de Saúde e os fatores envolvidos na locomoção. Já o acesso envolve as circunstâncias de maneira ampliada que levam ou não o(a) usuário(a) a procurar o serviço de saúde (Mendes, 2012 ; Paulino, 2016).

Foi possível identificar que não basta que o serviço de saúde exista para assegurar a presença do(a) usuário(a), sendo possível perceber que devido à característica demográfica da população, com predominância do ambiente rural, parte da comunidade não tinha meios de se deslocar ao local de atendimento. Essa situação era minimizada com visitas domiciliares aos ambientes rurais mais distantes, tendo como meio de transporte uma caminhonete que o local de atendimento possuía. Além disso, notou-se, a partir das anamneses com a população atendida, que muitos(as) usuários(as) faziam grandes planejamentos para poder estar presentes nas consultas, viajando por horas, às vezes com crianças pequenas, por valorizarem e dependerem do atendimento médico.

Ademais, um outro fator interessante a ser analisado são as concepções de saúde das pessoas do local onde vivemos a experiência. A concepção de saúde baseada no modelo de Determinantes sociais muito nos ajuda a significar a experiência que vivemos. A depender da região onde se vive o processo saúde- adoecimento-cuidado, diferentes aspectos são acionados para a significação do que seria ser ou estar saudável. Dessa maneira, segundo Batistella (2007) é importante levar em conta perspectivas históricas, econômicas, culturais, sociais, ambientais e psicológicas para ter-se uma perspectiva das características sanitárias do local. Logo, foi possível perceber que a população significava a saúde e a doença de uma forma diferente daquela que vivenciávamos no hospital, em

que muitas vezes uma doença orgânica parece estabelecer o limite entre sentir-se doente ou saudável.

Deste modo, as condições de vida das pessoas, poderiam fazer com que uma enfermidade orgânica não fosse significada como adoecimento. Como exemplo, em um atendimento de oftalmologia tivemos contato com um homem que havia perdido a visão do olho direito por um trauma há cerca de 18 anos e foi procurar atendimento médico pois não estava conseguindo enxergar adequadamente com o olho esquerdo. Para nós, foi curioso notar que, para aquele homem, o fato de se ter mantido funcional com um olho só o caracterizava, para ele, como alguém saudável, o que perdurou por 18 anos.

Por conseguinte, percebemos que na zona rural, as significações de saúde e doença podem ter relação com a forma como os corpos das pessoas que ali vivem são colocados à serviço da produção e do sustento da família, em situações muitas vezes precárias e difíceis, conforme descrito na Introdução deste texto. Essa situação nos fez aprender que um corpo doente, nesse contexto, não necessariamente é um corpo com alguma enfermidade, mas um corpo que não consegue trabalhar, produzir e sustentar a família (Oliveira, 1998). E é nesse momento que a enfermidade orgânica esbarra na sustentação das vidas, que o atendimento médico é acionado. Dessa forma, nos interrogamos sobre como deve ser desafiador construir ações de prevenção, promoção e educação em saúde nesse cenário, em que as distâncias físicas e a necessidade de sobrevivência parecem ter mais peso na significação de ser saudável.

Apesar dos desafios, o atendimento da APS do local buscava cumprir o seu papel, realizando o máximo possível para que cada usuário(a) recebesse ali o cuidado integral ao qual tem direito. Exemplo disso são as consultas oftalmológicas básicas realizadas toda semana no local e a doação de óculos para pessoas com presbiopia - uma das principais demandas nas consultas - pois o acesso a oftalmologistas na região é escasso.

Outra experiência que marcou as estudantes foi a história de um homem que necessitava de acompanhamento com um psiquiatra e parecia estar realizando um tratamento irregular e inadequado. Ele compareceu à consulta médica com a demanda de renovar a receita das medicações de uso contínuo e apresentando como sintomas alucinações visuais e auditivas, delírios, humor deprimido e outros sintomas que nos remetiam ao possível diagnóstico de esquizofrenia. Sua situação afetava de forma importante a sua qualidade de vida, mesmo com o uso do medicamento, pois mantinha alguns sintomas e apresentava sonolência como efeito colateral destes.

Entretanto, ele não recordava o nome dos medicamentos dos quais fazia uso e que precisariam ser prescritos. Ele morava na zona rural, distante do local e não possuía ninguém em casa que pudesse nos comunicar de alguma forma o nome das medicações. Um retorno no próximo dia era inviável pela distância em que o paciente residia e pelas atividades profissionais que esse exercia. O caso foi discutido com o preceptor que prontamente decidiu consultar um colega com formação em psiquiatria, o que auxiliou no

caso, viabilizando o ajuste das medicações e doses, otimizando o tratamento de acordo com os sintomas que o paciente mantinha mesmo com as medicações habituais. Uma semana depois o paciente retornou à consulta e foi perceptível a melhora assim que esse adentrou ao consultório. Tanto o paciente como o acompanhante relataram uma melhora significativa do quadro e estavam muito agradecidos pelo atendimento.

Essa consulta foi marcante pois nos propiciou a reflexão de que muitas vezes para pacientes que residem a longas distâncias de um centro de saúde não é simples conseguir um retorno próximo e é necessário usar ferramentas diversas e muita criatividade para buscar atender o máximo de demandas possíveis dos(as) usuários(as) e criar vínculos.

Pensando nisso, notamos a importância da necessidade de uma sólida e integral formação profissional, tanto durante a graduação como de forma continuada, buscando abarcar as especificidades de atuação de um(a) médico(a) rural. Porém, como citado anteriormente, no Brasil é escasso o acesso a atividades formativas no âmbito da saúde rural tanto na graduação e na especialização médica, quanto durante a vida profissional. Além disso, percebemos a necessidade de um bom funcionamento de estratégias de apoio como uma Rede de Atenção à Saúde¹⁴ bem estruturada e ferramentas como telemedicina e apoio à distância, a exemplo do TelesSaúde, programa do Governo Federal que utiliza a tecnologia para auxiliar profissionais que atuam em áreas remotas, integrando as equipes de saúde da família aos Centros Universitários de referência, com objetivo de conferir resolutividade política, operacional, metodológica e prática além da redução de encaminhamentos, tempo e gastos com a saúde. Esse programa oferece também ações de apoio à assistência à saúde e à educação permanente aos profissionais desses locais (SILVA, 2017). Diante da situação vivida, nos perguntamos se, por exemplo, seria necessário ampliar o acesso a esse e a outros programas de formação e apoio à saúde rural ou se, até mesmo, faltava conhecimento sobre a sua existência e como utilizá-lo.

Percebemos que esse cenário ampliou nosso processo de ensino-aprendizagem, já que apesar de já termos tido contato com a APS em nossa Universidade, esse se dava na maioria das vezes em um cenário urbano. Além disso, é mais frequente o nosso contato com o hospital terciário, em que o cuidado do(a) usuário(a) em geral envolve muitos encaminhamentos para especialistas e solicitações de diversos exames complementares.

Além das consultas, ocorreram também visitas domiciliares na área de abrangência, construção de genogramas¹⁵ das famílias dessa região, territorialização e ações de educação em saúde. Para nós, foi uma ótima oportunidade vivenciar essas ações, pois devido à reformulação curricular que ocorreu em nossa faculdade em 2013 aprendemos a utilizar o genograma, realizamos territorialização¹⁶, elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS)¹⁷ durante os períodos iniciais (1º ao 3º) da formação no eixo de Saúde Coletiva, o que anteriormente só acontecia no último período do curso médico de nossa Universidade. De forma que revisitar tais conceitos e poder vê-los aplicados na prática trouxe um grande ganho para a consolidação do aprendizado de tais ferramentas,

especialmente da sua aplicação no cotidiano do cuidado em saúde.

Tivemos a oportunidade de visitar o orfanato da região, uma casa pequena e azul que abrigava 3 (três) crianças e 1 (um) adolescente. Pudemos conhecer suas histórias e, pensar na saúde deles para além dos aspectos biológicos que nos são sempre tão ensinados, foi muito importante. Conhecer suas histórias de vidas e contextos familiares inicialmente nos gerou um sentimento de impotência, ao pensarmos que ainda tínhamos poucas ferramentas para acolher as dores que transcendem o corpo físico. Entretanto, essa vivência também nos deu esperança, pois percebemos que é possível apreender as concepções de saúde e adoecimento das pessoas para além dos limites orgânicos para, assim, cuidar melhor delas. Dessa forma, ao construirmos ações de cuidado em saúde nos mais diferentes ambientes rurais, temos que ter em vista as concepções de saúde e adoecimento que as pessoas que aí vivem possuem, evitando modelos prontos, impositivos e que possam não fazer sentido às suas mais diversas realidades de vida (GARNELO, 2018).

Ao revisitarmos essas experiências, conseguimos articulá-las com as DCN, que apontam que o(a) graduado(a) em Medicina deverá possuir uma

“formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.” (BRASIL, 2014, p. 1)

Nesse sentido e condizente com as DCNs, a experiência foi muito enriquecedora, na medida em que permitiu a formação em um nível de atenção à saúde ao qual já estávamos familiarizadas, porém em um cenário diferente, com demandas individuais e coletivas diversas, e a atuação dos determinantes em saúde que, para nós até então, não pareciam influenciar tão expressivamente o cuidado em saúde das pessoas. Um exemplo disso é o acesso ao saneamento básico na região ser muito baixo, de forma que em toda consulta precisávamos considerar esse fato e buscar promover educação em saúde compartilhando orientações sobre prevenção primária e secundária de doenças, o que não era tão comum para nós no ambiente urbano e central vivenciado dos centros de saúde aos quais estávamos habituados. Destarte, compreendemos a necessidade de construir com as pessoas os planos de cuidado que respondam às suas necessidades, evitando orientações prescritivas e descontextualizadas que acabariam por afastar e prejudicar ainda mais essas pessoas do cuidado em saúde ao qual têm direito.

Ademais, a oportunidade de conhecer melhor o território nos fez perceber aspectos que a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) nos apresenta, como a relação que a população tem com sua localidade. É interessante mencionar o conceito de Territorialidade, que se define como a conexão, a sensação de pertencimento e representatividade que um local tem em relação ao seu

povo (BRASIL, 2015). Ao longo do estágio, percebemos que construímos o conhecimento em uma troca, já que aprendemos muito com as histórias de vida que pudemos conhecer durante essas semanas.

Dessa forma, é interessante refletir sobre o que vivemos em nossa faculdade com a realidade experienciada. Ao mesmo tempo, pudemos ver suas diferenças no que tange a hábitos culturais locais e significação das experiências vividas. Assim, tivemos a oportunidade de atuar com as pessoas em seu cuidado, de forma afetiva e efetiva. Foi possível perceber que a população até pode adoecer por outras causas, porém é fundamental conhecê-la em sua completude e complexidade, percebendo a urgência de uma formação que nos direcione a um cuidado sensível às diferentes realidades culturais e socioeconômicas de nosso país.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência das discentes foi extremamente valiosa, pois elas puderam vivenciar o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde, inclusive com a Saúde Rural. Conhecer na prática os dilemas do SUS e da Estratégia Saúde da Família permitiu-nos compreender a complexidade do cuidado que acontece na realidade de vida das pessoas que, futuramente, serão cuidadas por nós.

A determinação social do processo saúde-adoecimento-cuidado deixou de ser mera teoria. Foi possível perceber o quanto essas temáticas devem cada vez mais sair da margem das cidades, da sociedade e dos currículos e integrar efetivamente a formação em saúde, para que a realidade da população rural brasileira transforme-se positivamente.

LISTA DE NOTAS DE RODAPÉ

1. Equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. No âmbito do sistema nacional de saúde, se evidencia, por exemplo, no atendimento às pessoas de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. (FIOCRUZ, 2019)

2. Caminhos Rurais - Traduzido diretamente do inglês “Rural Pathways” termo usado em algumas publicações recentes em substituição ao termo “Rural Pipeline” - Os termos representam na literatura médica o percurso na carreira de médicos, que envolve fatores desde a graduação e terminando em um médico rural adequadamente treinado e apoiado. Envolve uma sequência integrada e multifacetada de características individuais ou intervenções ao longo da formação para apoiar um indivíduo em particular a se desenvolver como um profissional de saúde rural (DUREY et al, 2015). Foi sugerido a mudança do termo ‘pipeline’ por “pathway” pois o primeiro sugere uma estrutura linear e rígida, enquanto, na realidade, o desenvolvimento de uma carreira

profissional rural é melhor representado por muitos 'caminhos' com vários pontos de entrada e saída. (ROURKE et al, 2018)

3. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) compara indicadores considerando os fatores riqueza, alfabetização, educação, esperança de vida, natalidade e outros, para avaliar o bem-estar de uma população, principalmente das crianças. Tem variação de zero a um e é compartilhado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) em seu relatório anual. O IDH até 0,499 refere-se a locais desenvolvimento humano baixo, e os com índices entre 0,50 e 0,799 são considerados de desenvolvimento humano médio. (SOUZA, 2008)

4. Internato - corresponde ao estágio supervisionado obrigatório em serviço que no quinto e sexto ano da formação médica, durante o qual o(a) estudante deve receber treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente, em instituição de saúde vinculada à escola médica (BRASIL, 1984, p.04). Na Universidade Federal de Uberlândia, o internato em Saúde Coletiva acontece no décimos segundo período da faculdade, e é nele que o internato rural ocorre.

5. Anamnese- é definida como a primeira fase de um processo clínico na coleta de dados permite ao profissional de saúde obter informações sobre a história clínica do(a) paciente. (SANTOS, 2011, p. 01)

6.Exame Físico - Trata-se de uma etapa relevante do atendimento do(a) paciente que busca avaliá-lo(a) através de sinais e sintomas. (SANTOS, 2011, p. 01).

7. Epidemiologia - A epidemiologia atual é uma disciplina que usa métodos quantitativos para estudar a ocorrência de doenças nas populações humanas e para definir estratégias de prevenção e controle. (BONITA, 2010, p.12)

8. Prevenção de agravos - conjunto de medidas de prevenção destinadas a alcançar diferentes objetivos de erradicação, eliminação, redução da incidência; redução da gravidade e redução da letalidade dos agravos, considerando esta palavra como danos à integridade física, mental e social das pessoas, provocados por doenças ou circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas e lesões auto ou heteroinfligidas. (TAUIL, 1998, p. 01)

9 - Promoção de Saúde - se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida e níveis de saúde uma população. (BUSS, 2010)

10. Educação em Saúde - "Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde."; "Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades." (BRASIL, 2012, p. 19)

11. Triagem - Procedimento cujo objetivo principal é o de identificar os(as) pacientes com condições mais urgentes e maior risco de morte, assegurando atendimento rápido, com tempo mínimo de espera (BECKER, 2015, p. 01)

12. Visita Domiciliar - instrumento essencial para a prática das ações no nível primário de assistência à saúde, em especial, na Estratégia Saúde da Família em que profissionais da saúde

visitam o domicílio de pacientes para realizar práticas de saúde. (SANTOS, 2011, p.01)

13. Determinantes Sociais em Saúde - Fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BRASIL, 2006)

14. Rede de Atenção à Saúde - A Rede de Atenção à Saúde é definida como os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010, p.04).

15. O Genograma Familiar é uma representação gráfica que mostra o desenho ou mapa da família que é utilizado como um instrumento para várias ações (WENDT, 2007, p. 1).

16. Territorialização - Denominamos territorialização, em saúde, o processo de reconhecimento do território. Pode ser visto como uma prática, um modo de fazer, uma técnica que possibilita o reconhecimento do ambiente, das condições de vida e da situação de saúde da população de determinado território, assim como o acesso dessa população a ações e serviços de saúde, viabilizando o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas à realidade cotidiana das pessoas (COLUSSI; PEREIRA, 2016, p. 29).

17. O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário (BRASIL, 2007, p.40)

REFERÊNCIAS

BATISTELLA, C. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). p. 51-86.

BECKER, J. B.; LOPES, M. C. B. T.; PINTO, M. F.; CAMPANHARO, C. R. V.; BARBOSA, D. A.; BATISTA, R. E. A. **Triagem no Serviço de Emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo. v. 49, n. 5, outubro 2015.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia Básica**. 2ª edição. São Paulo: **Grupo Editorial Nacional, Santos Editora**, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª Edição. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/ CES No 3, de 20 de Julho de 2014**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais Do Curso de Graduação Em Medicina. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 510 de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**. 24 de maio 2016. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. **Programa Mais Médicos**. Brasília, DF,

Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011.** Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 2 setembro 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Secretaria-Executiva.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, Seção 1, 31 dezembro 2010, p. 89.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. **Manual do internato.** Brasília: MEC; 1984

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 21 setembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.358, de 23 de junho de 2006. **Aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.** **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 23 junho 2006

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JUNIOR, N. **A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites.** **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, setembro. 2016.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica** [Recurso eletrônico]. In: O Território. Florianópolis. **UFSC.** 2016. Cap 1. p. 9 -26.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care.** New York: Oxford University Press. 2003. p. 18-21.

DUREY, A.; HAIGH, M.; KATZENELLENBOGEN, J. M. **What role can the rural pipeline play in the recruitment and retention of rural allied health professionals?** **Rural and Remote Health,** v. 15, n. 3, p. 1-11, agosto, 2015.

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C.; HERKRATH, F. J. **Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil.** **Saúde debate,** Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 81-99, Setembro 2018.

HARTZBAND, D.; JACOBS, F. **Population Health Approaches to Improving Rural Health.** Wisconsin. Community Health Forum, 2018. Disponível em: <http://www.nachc.org/wp-content/uploads/2018/02/Pop-Health-Approaches-to-Improving-Rural-Health.pdf>. Acesso em: 03 abr 2020.

HENRY, J.; EDWARDS, B.; CROTTY, B. **Why do medical graduates choose rural careers?** **Rural and Remote Health,** v. 9, n. 1, p. 1-13, fev, 2009.

HUDSON, A. **Simpler, clearer, more stable: Making accountability work across health and social care.** **The Health Foundation.** London. 20 de Outubro de 2016. Disponível em: <<https://www.health.org.uk/blogs/simpler-clearer-more-stable-making-accountability-work-across-health-and-social-care>>. Acesso em 10 abr

2020.

IBGE. **Cidades e Estados**. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/>> Acesso em: 09 abril 2020.

THE LANCET (ed.). **Rural health inequities: data and decisions**. *The Lancet*, [s.l.], v. 385, n. 9980, p. 1803-1803, maio 2015. Elsevier BV.

MENDES, A. C. G.; MIRANDA, G. M. D.; FIGUEIREDO, K. E. G.; DUARTE, P. O.; FURTADO, B. M. A. S. M. **Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, novembro 2012.

Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. 2020. <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>> Acesso em: 09 abril 2020

OLIVEIRA, F. J. A. **Concepções de Doenças: o que os serviços de saúde têm a ver com isso?** In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1998, p.81-94.

PAULINO, D. B. **Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da estratégia saúde da família**. 2016. 142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

Rural Communities: Age, Income, and Health Status. *Rural Health Research (RECAP)*. Grand Forks. Novembro de 2018. Disponível em: <https://www.ruralhealthresearch.org/assets/2200-8536/rural-communities-age-income-health-status-recap.pdf>. Acesso em: 04 abril 2020.

ROURKE, J.; ASGHARI, S.; HURLEY, O.; RAVALIA, M.; JONG, M.; PARSONS, W.; DUGGAN, N.; STRINGER, K.; O'KEEFE, D.; MOFFATT, S.; GRAHAM, W.; STURGE SPARKES, C.; HIPPE, J.; HARRIS WALSH, K.; MCKAY, D.; SAMARASENA, A. **From pipelines to pathways: the Memorial experience in educating doctors for rural generalist practice**. *Rural and Remote Health*. v. 18, n. 1., mar 2018.

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. **A Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: Percepção de Enfermeiros**. *Cogitare Enferm*. Paraná, v. 16, n. 3, setembro 2011.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. **Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro**. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 64, n. 2, p. 355-358, Abril 2011

SILVA, E. A. **A Telessaúde e seus impactos na formação continuada dos Profissionais de Saúde**. *EmRede - Revista de Educação a Distância*, Porto Alegre. v.4, n.1, junho 2017.

SOUZA, J. L. **O que é? IDH. Desafios do desenvolvimento**. Brasília, 25 de Janeiro de 2008. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2144:catid=28&Itemid=23>. Acesso em: 10 abril 2020

STRASSER, R. **Rural health around the world: challenges and solutions**. *Family Practice—an international journal*. Victoria, v. 20, n. 1, p. 457-462. agosto 2003.

TAUIL, P. L. **Controle de agravos à saúde: consistência entre objetivos e medidas preventivas**. *Informe Epidemiológico do SUS*. Brasília, v. 7, n.2, 1998

WENDT, N. C.; CREPALDI, M. A. **A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p 302-310, 2007

WHITE, D. **Development of a Rural Health Framework: Implications for Program Service Planning and**

Delivery. Healthcare Policy, Simcoe, v. 8, n. 3, p. 27–41, 2013.

WONCA. **Rural Medical Education Guidebook**. 1ª Edição. Silom, 2014. Disponível em: <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/ruralGuidebook/RMEG.pdf>. Acesso em: 01 abril 2020.

COLESTASE INTRA-HEPÁTICA PROGRESSIVA FAMILIAR TIPO 3

Data de aceite: 01/06/2020

José de Siqueira Amorim Júnior
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Picos – PI

Alicia Elen Aguiar do Rêgo
Universidade Federal do Piauí - UFPI
Teresina - PI

Antônia Sylca de Jesus Sousa
Universidade Federal do Piauí - UFPI
Picos - PI

Marina Martins Soares da Silva
Universidade Federal do Piauí - UFPI
Valença – PI

Francisco José de Araújo Filho
Universidade Federal do Piauí - UFPI
Picos – PI

Sayra Carolina Leal
Universidade Federal do Piauí - UFPI
Ipiranga – PI

Evelton Barros Sousa
Universidade Federal do Piauí - UFPI
Santo Antônio de Lisboa - PI

Daniel de Souza Lira
Universidade Federal do Piauí - UFPI
Tauá – CE

José Wilian de Carvalho
Universidade Federal do Piauí - UFPI
Alagoinha do Piauí – PI

Augusto de Sousa Andrade Neto
Universidade Federal do Piauí - UFPI
Santo Inácio do Piauí - PI

RESUMO: A colestase intra-hepática familiar progressiva consiste em um grupo heterogêneo de patologias genéticas autossômicas recessivas que se apresentam com colestase hepatocelular devido a um defeito na secreção biliar, que na maioria das vezes é manifestada na infância. O objetivo do estudo foi aplicar a sistematização da assistência de enfermagem à paciente com colestase intra-hepática progressiva familiar tipo 3. A experiência a ser relatada deu-se a partir de três visitas a uma criança hospitalizada. Os dados foram coletados com o auxílio do instrumento modelo do serviço e de informações coletadas a partir do relato da mãe, com a finalidade de conhecer o histórico clínico pregresso e atual da paciente, bem como, os procedimentos executados durante a sua estadia no hospital. Na primeira vista, a paciente encontrava a integridade da pele prejudicada relacionado ao estado nutricional desequilibrado evidenciado por ressecamento de pele e mucosas, bem como, conforto prejudicado relacionado à doença crônica evidenciado por abdome globoso e queixas de desconforto. Tais

diagnósticos deram origem as intervenções e orientações cuja aplicabilidade foi realizada de forma efetiva pelos pais, sendo observado na última visita, pele normocorada e hidratada, melhora no padrão respiratório, presença de pediculose minimizada. O responsável relatou mudança nos hábitos alimentares da criança, com inclusão de saladas durante as refeições e consumo de frutas entre os intervalos das refeições. Mesmo com as intervenções propostas para o desconforto abdominal, o paciente continua a relatar desconforto à palpação, porém esta sintomatologia é uma consequência da patologia, cuja melhora implica a utilização de medicação e não de medidas não farmacológicas. A vivência foi de suma importância para o conhecimento da doença, bem como, propiciou a realização do cuidado do paciente por meio da aplicação da SAE, atentando-se o olhar para as necessidades prioritárias do paciente e buscando a resolução destes por meio de ações.

PALAVRAS-CHAVE: Colestase Intra-Hepática; Insuficiência Hepática; Icterícia.

TYPE 3 FAMILY PROGRESSIVE INTRAHEPATIC CHOLESTASE

ABSTRACT: The progressive familial intrahepatic cholestasis consists of a heterogeneous group of autosomal recessive genetic pathologies that present with hepatocellular cholestasis due to a defect in biliary secretion, which is most often manifested in childhood. The aim of the study was to apply the systematization of nursing care to patients with type 3 progressive intrahepatic cholestasis in the family. The experience to be reported was based on three visits to a hospitalized child. Data were collected with the help of the model service tool and information collected from the mother's report, in order to know the patient's past and current clinical history, as well as the procedures performed during her stay at the hospital. At first glance, the patient found impaired skin integrity related to unbalanced nutritional status, evidenced by dryness of skin and mucous membranes, as well as impaired comfort related to chronic disease evidenced by globose abdomen and complaints of discomfort. Such diagnoses gave rise to interventions and guidelines whose applicability was effectively carried out by the parents, being observed at the last visit, smooth and moisturized skin, improvement in breathing pattern, minimized pediculosis. The guardian reported a change in the child's eating habits, including salads during meals and consumption of fruit between meals. Even with the proposed interventions for abdominal discomfort, the patient continues to report discomfort on palpation, but this symptomatology is a consequence of the pathology, whose improvement implies the use of medication and not non-pharmacological measures. The experience was of paramount importance for the knowledge of the disease, as well as providing the patient's care through the application of SAE, paying attention to the priority needs of the patient and seeking their resolution through actions.

KEYWORDS: Intrahepatic cholestasis; Liver failure; Jaundice.

1 | INTRODUÇÃO

A colestase intra-hepática familiar progressiva (PFIC) consiste em um grupo heterogêneo de patologias genéticas autossômicas recessivas que se apresentam com colestasehepatocelular devido a um defeito na secreção biliar, que na maioria das vezes é manifestada na infância. É considerada como doença rara apresentando estimativa de incidência de 1 por 50.000 a 1 por 100.000 nascidos vivos, porém, ainda não é conhecida a prevalência exata de incidência desta doença (SRIVASTAVA, 2014; DAVIT-SPRAUL et al., 2009).

A colestase intra-hepática familiar progressiva pode ser classificada em PFIC-1, PFIC-2 e PFIC-3. Na qual, apresentam o mesmo espectro clínico, sendo caracterizadas por colestase crônica e ausência de distúrbios anatômicos identificáveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2010).

Dentre os tipos de colestase familiar encontra-se a tipo 3 (PFIC-3), os pacientes desta doença manifestam mutação no gene ABCB4, estando localizado no cromossomo 7, sendo este responsável de codificar a proteína de resistência multidrogas-3 (MDR3), que funciona como transportador de fosfolípido (flippase) que se encontra na membrana canalicular. Com as mutações do MDR3 ocorre a alteração no transporte de fosfolípidios para os canalículos. Desse modo, a formação da bile terá baixa concentração de ácido biliar, resultando assim em efeito tóxico aos hepatócitos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2010; DAVIT-SPRAUL et al., 2009).

Nos achados clínicos de colestase seu aparecimento ocorre no primeiro ano de vida em um a cada três pessoas acometidas pela a doença, e raramente no período neonatal. O surgimento dos sintomas varia, onde algumas crianças podem apresentá-los tardiamente ou na adolescência. A evolução clínica desta doença é caracterizada com o sem presença de icterícia, hipertensão portal e insuficiência hepática (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2010).

Em relação aos achados laboratoriais mostram elevação das aminotransferases e bilirrubina direta, níveis bastante altos de GGT. Histologicamente existe propagação ductal, infiltrado inflamatório, fibrose portal e periportal com progressão para cirrose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2010; SRIVASTAVA, 2014).

2 | OBJETIVO

Aplicar a sistematização da assistência de enfermagem à paciente com colestase intra-hepática progressiva familiar tipo 3.

3 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso realizado a partir da coleta de dados obtida por meio de uma entrevista feita com base em um instrumento de apoio (roteiro), onde nesse constava todas as informações que precisávamos para construção do presente trabalho.

A amostra deste estudo foi escolhida de forma aleatória, tendo como requisito que a criança ou adolescente fosse residente do município de Picos e possuísse alguma patologia. Antes da realização da entrevista foi solicitada autorização do responsável pela criança, da qual concordou com as condições impostas para realização do estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma visita ao domicílio da paciente, onde as informações foram coletadas através de uma entrevista com a mãe da criança sobre, a descoberta e características da patologia, queixas e sintomas relacionados, observou-se o estado geral da criança e foi realizado o exame físico. Buscou-se identificar todos diagnósticos de enfermagem tendo como base o livro NANDA, a partir dos quais foi possível planejar a assistência cabível. Foram no total de três visitas ao domicílio do paciente para a conclusão deste estudo, sendo a primeira realizada 29/05/2019 para coleta de dados, a segunda no dia 05/06/2019 para implementação das intervenções e a terceira no dia 10/06/2019 para avaliação dos resultados alcançados.

4 | RESULTADOS

4.1 Histórico de Enfermagem

G.V.G.L, 4 anos, sexo masculino, brasileiro, católico, natural de Picos, reside no bairro Ipueiras na cidade de Picos - PI, com saneamento básico local. Segundo relato verbal da mãe a gravidez não foi planejada, mas desde a descoberta fez todo o acompanhamento pré-natal e os exames solicitados, porém, foi uma gravidez acompanhada de várias complicações, pois a partir da 16^o semana de gestação começou a sentir contrações e as taxas de TGO, TGP, fosfatase aumentaram acima do normal, atingindo 1000 U/L.

G.V.G.L nasceu no dia 02//04/2014 na maternidade Evangelina Rosa em Teresina, com 33 semanas, pesando 1.585 kg e medindo 41 cm, Apgar no 1^o min: 9 e no 5^o min: 10. Ao nascer suas taxas de TGO e TGP atingiram 700 U/L bem acima do normal, o que seria esperado para o sexo masculino 38 U/L. Devido a imaturidade do pulmão em consequência da pre-maturidade o mesmo foi encaminhado para UTI neonatal, no qual ficou 1 mês e 20 dias internado em uso de CPAP e halo hood até alcançar a maturidade pulmonar.

De acordo com a mãe, os primeiros sintomas como barriga alta e endurecida, icterícia, desconforto respiratório, refluxo, choro e inquietações constantes começaram a surgir quando G.V.G.L tinha 6 meses de vida, o que fez a mesma procurar um atendimento

médico especializado na cidade de Teresina e após diversas internações e realização de exames como, o de sangue, biópsia hepática e tomografia computadorizada, na qual os resultados demonstraram que o tamanho do fígado de G.V.G.L estava com 10 cm (muito grande pra sua idade) e em estágio progressivo de cirrose hepática, fecharam o diagnóstico do mesmo como sendo Colestase intra-hepática família progressiva tipo 3.

Desde então o paciente faz tratamento medicamentoso com Ursacol, via oral de 150 mg, duas vezes ao dia, sendo 75 mg pela manhã e 75mg a noite. Hoje G.V.G. L vem sendo acompanhado a cada 6 meses na cidade de São Paulo para refazer os exames e controlar a doença.

4.2 Exame Físico

A criança encontrava-se consciente, fásica, deambulando, pele e mucosas normocoradas e ressecadas. Ao exame físico apresenta crânio sem anormalidades, fontanelas planas, couro cabeludo sem lesões, ausência de crostas e pediculose, pupilas foto reativas e isocóricas, boa acuidade visual, nariz sem desvio de septo, sem secreção e ou/ crostas, boca: com dentição decídua, sem cáries, língua higienizada, amígdalas sem alteração, orelhas: sem presença de lesões nos pavilhões auriculares e com boa acuidade auditiva, pescoço: sem anormalidades, ausência de nódulos ou massas. Tórax: assimétrico, presença de escoliose, mamas sem alterações ou secreções. Dispneico, sons respiratórios normais audíveis. Avaliação cardiovascular normal sem sopro, extremidades aquecidas e pulsos periféricos presentes. Abdômen: globoso, com presença de RHA, indolor a palpação. Alimentação normal e sem restrição, padrão de sono adequado e eliminações urinárias e intestinais normais (SIC). No momento o paciente aguarda o resultado dos exames periódicos. SSVV: PA: 110 x 70 mmHg; P: 116 bpm; FC: 110; R; 17 rpm; T: 36, 8 °C. Dados antropométricos: PC: 47 cm; PT: 52 cm; PAB: 57 cm; Estatura: 100 cm; Peso: 13.800 Kg.

4.3 Diagnósticos de Enfermagem

1° Risco de motilidade gastrintestinal disfuncional relacionado aos agentes farmacológicos (efeitos colaterais da medicação ursacol);

2° Integridade da pele prejudicada relacionado ao estado nutricional desequilibrado evidenciado por ressecamento de pele e mucosas;

3° Risco de lesão relacionado à presença de pediculose;

4° Padrão respiratório ineficaz relacionado à escoliose evidenciado por dispneia;

5° Conforto prejudicado relacionado à doença crônica evidenciado por abdome globoso;

6° Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais relacionado à doença crônica evidenciado por baixo peso.

4.4 Planejamento de enfermagem

- 1° Paciente apresentará risco de motilidade gastrointestinal disfuncional diminuído;
- 2° Paciente apresentará integridade da pele melhorada;
- 3° Paciente apresentará risco de lesão diminuído;
- 4° Paciente verbalizará melhora no padrão respiratório;
- 5° Paciente verbalizará melhora no conforto;
- 6° Paciente apresentará estado nutricional adequado.

Implementação de Enfermagem

1° Orientar os responsáveis sobre os efeitos colaterais que a medicação pode acarretar:

- Orientar sobre a importância da verificação rotineira do prazo de validade da medicação, bem como armazenar tais fármacos em locais com temperatura adequada e de difícil acesso para as crianças.

2° Estimular os cuidados de pele e mucosas:

- Estimular a hidratação;
- Avaliar ingestão hídrica e alimentar;
- Observar alterações da pele;
- Incentivar na ingestão hídrica e consumo alimentar saudável;

3° Observar o couro cabeludo da criança em busca de lesões:

- Orientar os responsáveis como deve ser feito a remoção de ovos e piolhos;
- Orientar os responsáveis a adquirir pediculicida para o combate da pediculose;

4° Observar valores na oximetria de pulso:

- Monitorar padrão respiratório;
- Orientar quanto às técnicas de reeducação funcional respiratória com ênfase na técnica de correção postural.

5° Medir circunferência abdominal:

- Orientar equilíbrio da ingestão hídrica.

6° Identificar problemas relacionados à alimentação:

- Orientar aos responsáveis sobre a importância da dieta alimentar para recuperação do estado de saúde do paciente.

4.5 Avaliação de Enfermagem

Avaliação de enfermagem foi verificada durante as orientações fornecidas ao responsável do paciente, certificando-se absorção de informações deste para o cuidado com a criança. Na semana seguinte foi realizada novamente uma visita ao paciente para avaliar os resultados alcançados das intervenções implementadas, sendo observada pele normocorada e hidratada, melhora no padrão respiratório, presença de pediculose

minimizada.

O responsável relatou mudança nos hábitos alimentares da criança, com inclusão de saladas durante as refeições e consumo de frutas entre os intervalos das refeições. Mesmo com as intervenções propostas para o desconforto abdominal, não teve grande evolução, visto que é uma consequência da patologia, sendo assim, o paciente continuo a relatar a presença de um leve desconforto na região do abdome quando realizada a palpação. Desse modo, além dos resultados positivos obtidos foi reforçada novamente as orientações para o responsável para a continuação dos cuidados com o paciente.

5 | CONCLUSÃO

A realização do presente estudo foi de suma importância para o conhecimento mais aprofundado da doença colestase intra-hepática familiar progressiva, sendo pouco evidenciada pela a literatura. Destacando-se também a realização do cuidado do paciente por meio da aplicação da sistematização de enfermagem, como experiência enriquecedora para o desempenho com mais qualidade da assistência de enfermagem enquanto acadêmico e como futuro profissional.

Portanto, os cuidados de enfermagem devem ser implementados de forma humanizada, atentando-se o olhar para as necessidades prioritárias do paciente e buscando a resolução destes por meio de suas ações. Além disso, é essencial o aperfeiçoamento do conhecimento com base na literatura científica para realizar a assistência com mais qualidade.

REFERÊNCIAS

DAVIT-SPRAUL, A. et al. Progressivo familiar intrahepatic cholestasis. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, v. 4, n. 1, p. 01-12, 2009.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2013.

DOCHETERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2008.

JOHNSON, M., MASS, M. & MOORHEAD, S. *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA. Programa de educação médica continuada. **Revista SBH**, 2010. Disponível em <<http://www.sbhepatologia.org.br/fasciculos/22.pdf>> acesso em 11 de junho de 2018.

SRIVASTAVA, A. Progressive familiar intrahepaticcholestasis. **Journal of Clinical and Experimental Hepatology**, v. 4, n. 1, p. 25-36, 2014.

COMPLICAÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA DE LIBERAÇÃO DO RETINACULUM DOS FLEXORES

Data de aceite: 01/06/2020

Data de submissão: 01/04/2020

Julia Brasileiro de Faria Cavalcante

Faculdade Ceres (FACERES)

São José do Rio Preto – SP

<http://lattes.cnpq.br/8529681469406105>

Pedro Nogarotto Cembraneli

Faculdade Ceres (FACERES)

São José do Rio Preto – SP

<http://lattes.cnpq.br/6881953147326054>

Renata Brasileiro de Faria Cavalcante

Membro da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

Goiânia – GO

<http://lattes.cnpq.br/4940570467357094>

Volmer Valente Fernandes Júnior

Membro da Sociedade Brasileiro de Neurocirurgia

Goiânia – GO

<http://lattes.cnpq.br/7154722679269050>

José Edison da Silva Cavalcante

Membro da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

Goiânia - GO

<http://lattes.cnpq.br/8506840484334261>

RESUMO: Relatamos um caso de uma paciente do sexo feminino com dor e parestesia na mão direita com evolução há 10 semanas. Foram realizados os devidos exames e feito

o diagnóstico de síndrome do túnel do carpo. Paciente foi submetida à cirurgia e evoluiu com infecção do sítio cirúrgico. Apesar de ser uma cirurgia simples, os cuidados básicos de antisepsia e orientações do paciente quanto à higienização da ferida operatória fazem-se necessários para que não haja sequelas incapacitantes.

PALAVRAS-CHAVE: Parestesia, Nervo Mediano, Síndrome do Túnel Carpal, Antissepsia, Infecção da Ferida Cirúrgica.

COMPLICATION OF THE OPERATING WOUND RETINACULUM RELEASE FROM FLEXORS

ABSTRACT: We report a case of a female patient with pain and paresthesia in her right hand that evolved 10 weeks ago. Proper examinations were performed and the diagnosis of carpal tunnel syndrome was made. The patient underwent surgery and developed an infection in the surgical site. Despite being a simple surgery, the basic care of antisepsis and guidance of the patient regarding the cleaning of the surgical wound are necessary so that there are no disabling sequelae.

KEYWORDS: Paresthesia, Median Nerve, Carpal Tunnel Syndrome, Antisepsis, Surgical

1 | INTRODUÇÃO

A síndrome do túnel do carpo (STC) é a neuropatia de origem compressiva mais frequente, referente ao território do nervo mediano, incidindo em cerca de 1% da população geral. Os pacientes apresentam dor ou parestesia na distribuição que inclui o território do nervo mediano, com envolvimento dos três primeiros dígitos e da metade radial do quarto dígito. Atinge predominantemente o sexo feminino, numa proporção de 4:1, entre 40 e 60 anos. Cerca de 50% dos casos é bilateral, iniciando-se na mão dominante, na qual os sintomas geralmente são mais intensos. Os sintomas são tipicamente piores à noite e muitas vezes despertam os pacientes do sono. [AKALIN, 2002; BLAND, 2007; BLAND, 2003]

2 | RELATO DE CASO

Mulher, 53 anos de idade, cozinheira, apresentando dor e parestesia na mão direita nas últimas 10 semanas, associada à fraqueza na apreensão dos objetos e dificuldade para realizar atividade laboral. O exame neurológico evidenciou diminuição da sensibilidade dos dedos: polegar, indicador, dedo médio e metade radial do dedo anelar (figura 1). Sinal de Tinel positivo.

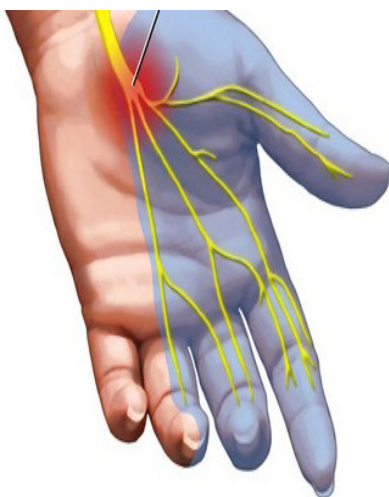


Figura 1. Imagem evidenciando a região acometida pela compressão do nervo mediano.

A eletromiografia evidenciou comprometimento motor e sensitivo no território do nervo mediano. Inicialmente a paciente foi tratada com anti-inflamatórios e fisioterapia, não havendo melhora. Foi então, submetida à cirurgia para liberação do nervo mediano com abertura do retináculo dos flexores.

Evoluiu com infecção, edema e temporária perda da flexibilidade dos dedos (figura 2), alguns dias após alta hospitalar.



Figura 2. Infecção de ferida operatória de liberação do retináculo dos flexores. A- palma da mão. B – região lateral da mão.

Foi novamente hospitalizada para limpeza da ferida operatória e cuidados gerais. Antibióticos e fisioterapia foram introduzidos por 8 semanas trazendo melhora, com recuperação parcial da motilidade dos dedos e punho.

3 | DISCUSSÃO

O diagnóstico da STC é clínico. Suspeita-se quando os sinais e sintomas característicos estão presentes. Os mais importantes são dor noturna ou parestesia na distribuição do nervo mediano. [BLAND, 2003] Os sintomas padrão são: desconforto maçante e dolorido na mão, antebraço ou parte superior do braço; parestesia na mão; fraqueza ou falta de jeito da mão. Podem ter fatores precipitantes como: dormir; posições sustentadas da mão ou do braço; ações repetitivas da mão ou punho, e fatores atenuantes, incluindo mudanças na postura das mãos e apertar a mão.

A eletroneuromiografia diagnóstica pode ser útil para confirmar ou excluir, avaliar a gravidade da compressão nervosa e auxiliar nas decisões relacionadas à intervenção cirúrgica. [CHAMMAS, 2014]

O tratamento adequado pode interromper a progressão desse distúrbio e evitar o desenvolvimento de incapacidade permanente. A terapia conservadora pode ser suficiente, embora muitos pacientes precisem de cirurgia. O tratamento cirúrgico pode envolver técnica aberta ou endoscópica. O objetivo de qualquer abordagem é diminuir a pressão sobre o nervo mediano no pulso, dividindo o ligamento transversal do carpo e a fásia antebraquial. [GERRITSEN, 2002]

Em geral os resultados da descompressão cirúrgica do nervo mediano são excelentes, com um índice de sucesso maior que 90% e uma morbidade pós-operatória inferior a 3%. Aparentemente, os índices de sucesso, de complicações e de falha terapêutica são

semelhantes para o tratamento cirúrgico tradicional e endoscópico. As vantagens da técnica endoscópica decorrem do menor trauma cirúrgico, com menor reação inflamatória, o que resultaria em um retorno mais precoce às atividades habituais: uma média de 14 dias para o tratamento endoscópico e de 28 dias para a descompressão tradicional. No entanto, as complicações imediatas do procedimento endoscópico, em geral, são mais graves que as do procedimento convencional. [JABLECKI, 2002; MULLER, 2004; PRESTON, 2013]

4 | CONCLUSÃO

Apesar de a cirurgia ser relativamente simples, os cuidados básicos de antissepsia, antes, durante e após o ato operatório, e a orientação dos pacientes na higiene da ferida, por ocasião da alta hospitalar, torna a recuperação mais segura, evitando-se sequela incapacitante como no caso apresentado. Não se sobrecarrega o seguro desemprego ou aposentadoria precoce destes pacientes.

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 Neurologia Santa Mônica e assinado o consentimento livre e esclarecido pela participante.

REFERENCIAS

AKALIN, E.; EL, O.; PEKER, O.; et al. **Treatment of carpal tunnel syndrome with nerve and tendon gliding exercises.** Am J Phys Med Rehabil 2002; 81:108.

BLAND, J.D. **Carpal tunnel syndrome.** BMJ 2007; 335:343.

BLAND, J.D.; RUDOLFER, S.M. **Clinical surveillance of carpal tunnel syndrome in two areas of the United Kingdom, 1991-2001.** J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003; 74:1674.

CHAMMAS, M.; BORETTO, J.; BURMANN, L.M.; RAMOS, R.M.; NETO, F.S.; SILVA, J.B. **Síndrome do túnel do carpo – Parte II(tratamento).** Rev Bras Ortop. 2014;49(5):437–45.

GERRITSEN, A.A.; VET, H.C.; SCHOLTEN, R.J.; et al. **Splinting vs surgery in the treatment of carpal tunnel syndrome: a randomized controlled trial.** JAMA 2002; 288:1245.

JABLECKI, C.K.; ANDARY, M.T.; FLOETER, M.K.; et al. **Practice parameter: Electrodiagnostic studies in carpal tunnel syndrome.** Report of the American Association of Electrodiagnostic Medicine, American Academy of Neurology, and the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. Neurology 2002; 58:1589.

MULLER, M.; TSUI, D.; SCHNURR, R.; et al. **Effectiveness of hand therapy interventions in primary management of carpal tunnel syndrome: a systematic review.** J Hand Ther 2004; 17:210.

PRESTON, D.C.; SHAPIRO, B.E. **Median neuropathy at the wrist. In: Electromyography and Neuromuscular Disorders: Clinical-Electrophysiologic Correlations,** 3rd ed, Elsevier, 2013. p.267.

DECISÃO TERAPÊUTICA E QUALIDADE DE VIDA NO TRATAMENTO DA DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA: UM RELATO DE CASO

Data de aceite: 01/06/2020

Laís Flávia Souza de Siqueira

Autor acadêmico do curso de medicina da Universidade José do Rosário Velano

Amanda Karoline Duarte

Coautor acadêmico do curso de medicina da Universidade José do Rosário Velano

Gabriela Medrado Fialho

Coautor acadêmico do curso de medicina da Universidade José do Rosário Velano

Isa Maria Pereira Fernandes

Coautor acadêmico do curso de medicina da Universidade José do Rosário Velano

Lais Micheli de Souza

Coautor acadêmico do curso de medicina da Universidade José do Rosário Velano

Nardelly Alves Pereira Martins

Coautor acadêmico do curso de medicina da Universidade José do Rosário Velano

João Batista Vieira de Carvalho

Cirurgião vascular, docente do curso de medicina da Universidade José do Rosário Velano

RESUMO: A doença arterial periférica (DAP) é uma condição patológica causada pela aterosclerose e seus fatores agravantes envolvendo a vasculatura dos membros inferiores. Manifesta-se mais comumente pela claudicação intermitente, que afeta

principalmente o território vascular fêmoro-poplíteo, assim apresenta-se uma forma terapêutica não invasiva e outra invasiva (FERREIRA et al, 2010). A primeira opção terapêutica pauta-se na alteração dos fatores de risco e progressão da aterosclerose e apresentam melhor impacto direto sobre a qualidade de vida do doente do que a terapêutica invasiva isolada.

PALAVRAS-CHAVE: Doença arterial periférica, aterosclerose, vasculatura dos membros inferiores, claudicação intermitente.

ABSTRACT: Peripheral arterial disease (PAD) is a pathological condition caused by atherosclerosis and its aggravating factors involving the vasculature of the lower limbs, which is most commonly manifested by intermittent claudication, mainly affecting the femoropopliteal vascular territory, thus presenting a therapeutic form non-invasive and other invasive (FERREIRA et al, 2010). The first therapeutic option is based on altering the risk factors and progression of atherosclerosis and have a better direct impact on the patient's quality of life than isolated invasive therapy.

KEYWORDS: Peripheral arterial disease, atherosclerosis, lower limb vasculature, intermittent claudication.

INTRODUÇÃO

A doença arterial periférica (DAP) é uma condição patológica causada pela aterosclerose e seus fatores agravantes envolvendo a vasculatura dos membros inferiores, a qual se manifesta mais comumente pela claudicação intermitente (FERREIRA et al, 2010). O ônus causado pela sintomatologia da DAP tem um importante impacto socioeconômico na vida do doente (NORGREN et al, 2007), o que infere a grande importância do seu tratamento. A definição da abordagem terapêutica na DAP segue uma vertente não invasiva e outra invasiva. A abordagem não invasiva visa reduzir a ocorrência de eventos cardíacos, cerebrais ou isquêmicos dos membros inferiores. Desse modo a técnica é capaz de prevenir ou retardar a progressão da aterosclerose, evitando a progressão da morbidade e aumento da mortalidade dos doentes. Essa modalidade terapêutica pautada na modificação dos fatores de risco e progressão da aterosclerose (o abandono do tabagismo, modificações dos hábitos alimentares, regimes terapêuticos rígidos) é tida como a abordagem de maior impacto positivo na qualidade de vida do doente. A vertente invasiva é aplicada para os pacientes em estágios avançados da DAP sem resultados após três meses de terapêutica não invasiva (FERREIRA et al, 2010).

O território fêmoro-poplíteo é o mais afetado pela DAP. A artéria femoral superficial é submetida a forças de tração longitudinal e transversal causadas pelos grupos musculares da coxa e irriga um território de alta resistência periférica, fatores que favorecem o processo aterosclerótico nesse sítio (PINTO et al, 2005).

O presente relato de propõem discutir a escolha terapêutica adotada e o seu impacto na qualidade de vida do doente.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 66 anos, portador de dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica e hipotireoidismo, diagnosticado com DAP. Percebe-se obstrução dos terços proximal e médio da artéria femoral vistos à angiotomografia, bem como trombose do terço distal da artéria femoral superficial visto ao EcoDoppler. Com queixa de claudicação em membro inferior direito há cerca de um ano e três meses, após curtos períodos de caminhada, associada à cianose a nível da coxa até articulação femorotibial, sem presença de edema. Feito o diagnóstico de isquemia arterial crônica Fontaine IIb, o doente foi admitido no hospital para realização de procedimento eletivo de Bypass fêmoro-poplíteo.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Com o paciente sob anestesia, foi realizada incisão arciforme em região inguinal direita, seguida da dissecação das artérias femorais comum, superficial e profunda;

dissecado e reparado a artéria poplítea supra patelar; dissecado e retirado veia safena magna do seu trajeto; realizado anastomose da artéria femoral comum direita com veia safena magna reversa; confeccionado túnel subfascial para trajeto de veia safena magna reversa; realizado anastomose distal com artéria poplítea direita; enxerto com pulso+pulso distal presente; realizado escopia intraoperatória, observando-se vascularização presente em todo o trajeto analisado; realizado hemostasia, fechamentos por planos + sutura de pele; realizado curativo. Após dois anos cursa sem queixas vasculares no membro operado e ao exame físico e ao doppler percebe-se bom fluxo na ponte fêmoro-poplíteo e nas artérias podálicas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Em casos de DAP grave no sítio fêmoro-poplíteo existem diversos métodos invasivos para tratamento dessas lesões, porém nenhum provou ser eficaz para evitar a reestenose tardia. Para lesões difusas e longas, o bypass fêmoro-poplíteo é a melhor opção. É opinião de vários autores que para lesões de até 5 cm de extensão o tratamento endovascular é efetivo e oferece resultados satisfatórios, considerando sua menor morbidade (CRIQUI et al, 1992). A amputação é a situação mais temível associada à DAP, porém esse é um desfecho pouco provável, só 5 a 10% dos doentes com DAP evoluem para isquemia crítica aos cinco anos após o diagnóstico, podendo alguns destes ainda ser revascularizados; só uma pequena porcentagem vem a necessitar de amputação de membro (1-3,3 %). Frente a essa análise, atribui-se a limitação funcional motora provocada pela claudicação, o principal critério no tratamento da DAP (CAPRIE 1996). Entretanto, novos estudos demonstram que o enfoque na qualidade de vida do doente, bem como na modificação dos fatores de risco e de progressão da aterosclerose possuem um papel muito importante no plano terapêutico. A adoção de uma abordagem terapêutica na esfera biopsicossocial também se faz necessária para que haja uma real melhoria na qualidade de vida do doente.

Ao submeter um paciente a uma terapêutica objetiva-se a melhora da sua qualidade de vida, cuja é definida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, segundo a Organização Mundial de Saúde (SKEVINGTON, 2004). O que infere que a qualidade de vida é multidimensional frente ao tratamento de um doente, não consentindo apenas na retirada da sua enfermidade.

O doente com DAP necessita de uma extensa adaptação para a alteração de estilos de vida, podendo durante ao tratamento evoluir com transtornos de ansiedade e depressão (JELNES et al 1986; PINTO et al, 2005) que impactam diretamente sobre a sua qualidade de vida. Tal fato evidencia que o pleno sucesso de uma terapêutica depende de análise e

projetos sobre os mais amplos aspectos de um paciente.

Frente a isso, a opção pelo tratamento não-intervencionista deve ser compreendida como padrão ouro na abordagem dos casos de DAP crônica não grave, e como padrão ouro em associação ao intervencionista nos casos graves. Na DAP, o tratamento prioritário deve ser a modificação dos fatores de risco de progressão da aterosclerose, o que infere impacto direto na morbidade e mortalidade dos doentes, visto que a claudicação intermitente tem 30% de mortalidade em 5 anos, e risco de 2 a 4 vezes maior de óbito por complicações cardiovasculares em comparação à população não claudicante (HALLIN et al, 2002; KIM et al, 2009). Logo, a intervenção invasiva cirúrgica é uma opção terapêutica que isoladamente não proporciona forte impacto positivo na qualidade de vida doente além da retirada do problema da claudicação, a abordagem terapêutica deve priorizar as melhorias em longo prazo.

REFERÊNCIAS

CAPRIE Steering Committee. **A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE)**. Lancet 1996;348:1329-39.

CRUIK MH, LANGER RD, FRONEK A, FEIGELSON HS, KLAUBER MR, MCCANN TJ, et al. **Mortality over a period of 10 years in patients with peripheral arterial disease**. N Engl J Med 1992; 326:381-6

FERREIRA, M. J. et al. **Dossier patologia vascular: Doença arterial periférica**. Rev Port Clin Geral 2010;26:502-9

HALLIN, A. et al. **Areas of Concern, Quality of life and Life satisfaction in Patients with Peripheral vascular disease**. Eur J Vasc Endovasc Surg,24:255-263, 2002

KIM G. et al. **Impact of Peripheral arterial disease on health status: A comparison with chronic heart failure**. J Vasc Surg,50:1391-8 2009

JELNES R, GAARDSTING O, HOUGAARD JENSEN K, BAEKGAARD N, TONNESEN KH, SCHROEDER T. **Fate in intermittent claudication: outcome and risk factors**. Br Med J 1986;293:1137-40.

NORGREN L, HIATT WR, DORMANDY JA, NEHLER MR, HARRIS KA; FOWKES FG; **TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II)**. J Vasc Surg 2007 Jan; 45 Suppl S: S5-67.

PINTO DM, MANDIL A. **Claudicação Intermitente: do Tratamento Clínico ao Intervencionista**. Rev Bras Cardiol Invas 2005; 13(4): 261-269.

S.M. SKEVINGTON, M. LOTFY, K.A. O'CONNELL, **The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial**, A Report from the WHOQOL Group, Quality of Life Research 13: 299–310, 2004

VAZ, C; DUARTE, V. M; **Doença Arterial Periférica e Qualidade de Vida**. Angiologia e Cirurgia Vascular I Volume 9 | Número 1 | Março 2013

ESTIMANDO A EMISSÃO DE CO₂ EM CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS: ESTUDO DE CASO

Data de aceite: 01/06/2020

Data Submissão: 26/02/2020

Ríudo de Paiva Ferreira

Universidade do Estado de Minas Gerais,
Departamento de Ciências Biológicas, unidade
Carangola

Carangola-Minas Gerais

Centro Universitário UNIFACIG

Manhuaçu - Minas Gerais

CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9692779348110730>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8165-0739>

Bruna Sena de Carvalho

Centro Universitário UNIFACIG, *campus* Alfa Sul

Manhuaçu - Minas Gerais

CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7345442760378231>

RESUMO: As clínicas odontológicas realizam vários procedimentos que geram resíduos ou estão relacionados à atividade que promove as emissões de CO₂. O estudo foi realizado para estimar a contribuição das clínicas odontológicas na emissão de gases de efeito estufa. Foram selecionadas cinco clínicas odontológicas, suas atividades foram observadas e documentadas. Os parâmetros considerados nas clínicas foram:

consumo de eletricidade, gás comprimido e resíduos gerados. Os créditos de carbono foram revertidos no número de árvores utilizadas para neutralizar as emissões das atividades odontológicas. As clínicas odontológicas tiveram uma emissão média anual de 1,85 toneladas / ano de carbono, como medida compensatória calculou-se como média o crédito de 12 árvores a serem plantadas / ano.

PALAVRAS-CHAVES: Odontologia; Consultórios odontológicos; Crédito de carbono; Aquecimento global; Odontologia sustentável.

ESTIMATING CO₂ EMISSIONS IN DENTAL CLINICS: A CASE STUDY

ABSTRACT: Dental clinics carry out various activities promotes CO₂ emissions. The aim of this study was to estimate greenhouse gases emissions of dental activities. Five dental clinics were selected, The consumption of electricity, compressed gas and waste generated were reported. Carbon credits were reverted in numbers of trees used to neutralize the emissions of dental activities. Dental clinics had an average annual emission of 1,85 tons / year of carbon, as a compensatory measure an average of 12 trees planted / year was calculated as carbon credits.

KEYWORDS: Dentistry; Dental Clinics; Carbon Credit System; Climate Change; Sustainable Dentistry.

1 | INTRODUÇÃO

As discussões a respeito da temática da questão ambiental e a sustentabilidade, são recorrentes em fóruns e seminários, com vistas a inserção de estratégias para alcançar o desenvolvimento sustentável, com o uso de práticas com o menor débito para o meio ambiente. O aumento das atividades econômicas tendem a impactar negativamente o meio ambiente, diante desse contexto, as questões sociais e ambientais têm ganhado destaque no debate de política compensatórias, principalmente em relação aos créditos de carbono (EVANGELISTA ET AL., 2020; GOUVEIA, RIGHETTI, 2009).

As estimativas da contribuição de determinada atividade econômica para o efeito estufa tem levando em consideração principalmente as frotas de veículos de grandes cidades (ÀLVARES JR, LINKE, 2001; MACÊDO, 2004), contudo atividades aparentemente não relacionadas diretamente ao uso de combustíveis fósseis também contribuem para a emissão de CO₂, como: gás comprimido, energia elétrica, resíduos gerados, entre outros (VUUREN ET AL., 2017).

O interesse por anular ou reduzir as emissões de CO₂ na atmosfera vem crescendo e muitas empresas estão incluindo essa preocupação ambiental aos seus processos de produção (FERREIRA, SILVA, 2017). Depois de alcançar seu limite da redução, escolhem-se maneiras de como neutralizar essas emissões, que podem ser de formas variadas, dependendo do projeto de cada empresa. Esses projetos são, geralmente, de plantio de árvores para a compensação de carbono na atmosfera (BARBIERI, 2008). Nesse contexto, a neutralização de carbono é uma forma de mitigar as emissões dos gases de efeito estufa através da incorporação desse carbono gerando nas atividades humanas em projetos florestais (FERREIRA, SILVA, 2017).

Os consultórios odontológicos realizam diversos procedimentos que geram resíduos ou se relacionam com atividade que promovem a emissão de CO₂ (PSAS, 2013; IPCC-WGI, 2007). O presente artigo se propõe a elaborar um questionário a ser implantado, analisar, quantificar a emissão de carbono e elaborar medidas compensatórias dessa emissão em clínicas odontológicas, com fins de um plano de gestão ambiental nas clínicas, focado na gestão de efluentes atmosféricos voltando para a neutralização.

2 | METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada por meios de questionários eletrônicos e visitas aos consultórios odontológicos. Os procedimentos de pesquisa seguiram àqueles

recomendados pela Declaração de Helsinki IV (MUNDIAL, 1989).

A emissão de CO₂ em cada consultório odontológico foi contabilizada seguindo os seguintes parâmetros: energia elétrica consumida, resíduos gerados, e utilização de gás comprimido. Usando os parâmetros avaliados, foram usadas calculadoras de emissão de carbono específicas disponíveis em: (<http://www.iniciativaverde.org.br/calculadora/index.php>) para estimar a quantidade de dióxido de carbono emitida por cada consultório odontológico. O valor gerado em toneladas de carbono consumida, foi convertida em número de árvores que devem ser plantadas como medidas compensatórias de emissão de gases estufa na atmosfera gerados pelas atividades dos consultórios odontológicos. Os resultados são mostrados em média e desvio-padrão (média±desvio-padrão).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As especializadas odontológicas das clínicas analisadas foram diferentes de modo a abanger o maior número de procedimentos e assim, possibilitar uma percepção mais real da geração de resíduos, consumo de energia pelas atividades odontológicas. A pegada ambiental, neste trabalho, entendida como a emissão de gases estufas, principalmente, CO₂, foi estimado e a compensação ambiental foi proposta como o plantio de árvores de acordo com as toneladas anuais de CO₂ emitida, bem como medidas para mitigar o impacto das atividades odontológicas (Figura 1).



Figura 1. Emissão de gases estufa (toneladas CO₂/ano) pelas clínicas odontológicas e compensação ambiental (árvore/ano).

Os consultórios odontológicos avaliados produzem por dia, em média, 1,5(±0,44) kg/dia. Os principais tipos de resíduos gerados pelas atividades odontológicas foram: Resíduos Químico – farmacêutico, Resíduos Comuns e Materiais perfuro – cortantes. Apesar dos os materiais perfuro cortantes, não serem uma fonte primária de emissão

de CO₂, segundo as recomendações sanitárias, eles devem ser incinerados. Durante o procedimento de incineração, há liberação de uma grande emissão de CO₂, esta prática é necessária pois são materiais que podem causar acidentes, e riscos de infecção (HIDALGO ET AL., 2013).

Os resíduos comuns gerados devem ser separados corretamente e transportados para aterros sanitários, o que ajudaria a amenizar a contaminação ao meio ambiente e diminuiria a emissão de CO₂ gerado (PEDROSA ET AL, 2007). Práticas mais sustentáveis em odontologia surgem como um tema dos últimos 20 anos e acompanhando as preocupações mundiais sobre o aquecimento global (ADAMS, 2007). Em tal cenário, há uma preocupação profissional e responsabilidade social dos dentistas em tornar a prática odontológica em uma forma sustentável e minimamente invasiva, acarretando assim medidas favoráveis ao meio ambiente (MULIMANI ET AL., 2017).

O consumo de energia elétrica, produção diária de resíduos (kg), gás comprimido e os principais tipos de resíduos descartados no consultório. O consumo de energia elétrica mostrou-se elevado nos consultórios odontológicos, cerca de 280(±74,83) kW/mês. Apesar da energia elétrica no Brasil não se gerada por queima de combustíveis fósseis, a eletricidade provém de hidrelétricas que, para sua construção e funcionamento, precisam de um reservatório. Estes, por sua vez, inundam grandes áreas, a matéria orgânica em decomposição, liberam gases estufas (FERREIRA, ALVES, GOLÇALVES, 2017; FEANRSIDE, 2019). Uma das alternativas para diminuir essas emissões seria a implementação de painéis solares, que amenizaria os efeitos negativos do consumo de energia elétrica.

A emissão de gases estufa estimada, nas atividades odontológicas foi de 1,85 (± 1,39) toneladas de CO₂/anuais. Como medida compensatório, as atividades odontológicas devem plantar cerca de 12 árvores/ano (11,8 ± 8, 93 árvores/ano) para compensar sua “pegada ecológica”. Desde 2009 uma abordagem que combina práticas dentárias e conservação ambiental denominada Odontologia Verde vem se destacando na comunidade científica (MULIAMANI, 2017). Os conceitos-chave da odontologia verde incluem a conservação de água e energia, o uso de produtos não tóxicos, a redução de resíduos e a eliminação de toxinas perigosas que afetam negativamente os pacientes e o meio ambiente. As emissões de gases estufas pelas clínicas odontológicas são dependentes do tipo de atividade e procedimentos que realizam, contudo são poucas as publicações que tratam do tema (CARVALHO, FERREIRA, 2018).

4 | CONCLUSÃO

A preocupação ambiental tem sido muito discutida, e o grande desafio é buscar a melhor forma de agregar o avanço científico sem prejudicar a natureza. Mediante isso, propomos aos consultórios odontológicos analisados, uma prática de separação dos

resíduos adequadamente, o descarte dos mesmos de forma adequada, implantação de luz solar e o plantio de árvores. Inicialmente sabemos que o investimento para essas implementações serão elevados, porém é totalmente viável e diminuirá os danos causados por esses consultórios ao meio ambiente.

REFERÊNCIAS

ADAMS, E. Eco-friendly dentistry: not a matter of choice. **Journal Canadian Dental Association**, p.581-584, 2007.

ÁLVARES Jr, O. M.; LINKE, R. R. A. **Metodologia simplificada de cálculo das emissões de gases do efeito estufa de frotas de veículos no Brasil**. São Paulo: **CETESB**, 2001. 182p.

BARBIERI, J.C. **Gestão ambiental empresarial: conceitos, modelos e instrumentos**: São Paulo, Saraiva, 2ª ed. 2008. 328p.

CARVALHO, B S; FERREIRA, R P. Análise das publicações sobre odontologia sustentável. **Anais do Seminário Científico do UNIFACIG**, n. 3, 2018.

EVANGELISTA, I. R. et al. A relação entre emissão de CO₂ e PIB per capita: análise para os países Sul-americanos no período de 1980 a 2009. **Revista de Economia**, v. 41, n. 74, 2020.

FEARNSIDE, P. M. Hidrelétricas em florestas tropicais como fontes de gases de efeito estufa. **Hidrelétricas na Amazônia**, 2019. 69 p.

FERREIRA, D.A.; SILVA, J. C. A viabilidade socioeconômica do Crédito de Carbono: lucro para empresas. **HÓRUS**, v. 8, n. 2, p. 47-60, 2017.

FERREIRA, S P; ALVES, R C M; GONÇALVES, F V. Estimativa de emissão de metano na formação do reservatório da hidrelétrica Serra do Facão. **Caderno de Geografia**, v. 27, n. 48, p. 1-26, 2017.

GOUVEIA, F.; RIGHETTI, S. Inovação e meio ambiente: pressão verde motiva empresas a inovar de forma sustentável. **Conhecimento & Inovação**, v. 5, n. 3, p. 34-39, 2009.

HIDALGO, L. R. C. et al. Gerenciamento de resíduos odontológicos no serviço público. **Revista de Odontologia da UNESP**, p. 243-250, 2013.

IPCC-WGI. **Contribuição do Grupo de Trabalho I ao 4º. Relatório de Avaliação do Painel Intergovernamental sobre Mudança do Clima**. Sumário para Formuladores de Políticas, Paris, fevereiro/2007. 25p.

MACÊDO R. F. **Inventário de emissões de dióxido de carbono (CO₂) geradas por fontes móveis do estado do Rio Grande do Norte – período de 2003 a junho de 2004**. **Holos**, 1-10. 2004.

MULIMANI, P. Green dentistry: the art and science of sustainable practice. **British dental journal**, v. 222, n. 12, p. 954, 2017.

MUNDIAL, Associação Médica. Declaração de Helsinki IV. 1989

PEDROSA, H.L.O. et al. Avaliação dos cirurgiões-dentistas sobre o gerenciamento dos resíduos odontológicos produzidos na prática diária. **Arquivos em Odontologia**, v. 43, n. 4, 2007.

PSAS-Programa de Saúde e Assistência Social. Lista de procedimentos odontológicos. **Ministério Público**

da União: Plan-Assiste. 2013. 26 p.

VUUREN D. P.; ET AL. Energy, land-use and greenhouse gas emissions trajectories under a green growth paradigm. Global Environmental Change. 2017, 42:237–250.

INFARTO AGUDO DA MEDULA ESPINHAL EM ADOLESCENTE APÓS TRAUMA DE BAIXO IMPACTO: RELATO DE CASO

Data de aceite: 01/06/2020

Eurides Martins Paulino Uchôa

Residente de Radiologia-Hospital Geral de
Fortaleza
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6048802149832830>

Antonia Nayanne de Almeida Lima

Residente de Radiologia-Hospital Geral de
Fortaleza
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/2422832155840352>

Mariana Santos Leite Pessoa

Residente de Radiologia-Hospital Geral de
Fortaleza
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4815341782025938>

Francisco Edilson Silva Aragão Júnior

Residente de Radiologia-Hospital Geral de
Fortaleza
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3567132057794470>

Pedro Henrique Felipe de Vasconcelos

Residente de Radiologia-Hospital Geral de
Fortaleza
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1850255052669550>

Pablo Picasso de Araujo Coimbra

Médico Radiologista-Hospital Geral de Fortaleza
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/2077796297814067>

RESUMO: O infarto medular é um evento raro, de fisiopatologia não esclarecida, estando associado a diversas causas, incluindo eventos sistêmicos, como condições cardiovasculares, e condições localizadas, como infecções, doenças autoimunes, vasculares, iatrogenia, dentre outras. Sua apresentação clínica mais comum é a síndrome da artéria espinhal anterior, tendo como manifestações perda da função motora e da sensibilidade dolorosa e térmica, com preservação relativa de propriocepção e sensibilidade vibratória abaixo do nível da lesão. O diagnóstico é feito no contexto de uma síndrome clínica, exame físico e imagem compatíveis, dada a exclusão de outras patologias, não havendo protocolos claros para seu tratamento. Paciente do sexo feminino, 15 anos, acordou com queixa de escotomas cintilantes, cefaléia, náuseas, evoluindo com disartria e perda de força em membros superiores e inferiores. Relata ter sofrido pequeno trauma na escola (“bolada na cabeça”) no dia anterior. A ressonância magnética da coluna cervical revelou alteração de sinal em T2 na medula espinhal, em seu aspecto anterior, ao nível de C4-C5, com restrição à difusão, medindo 2,1 cm em sentido cranio-caudal, sem captação do produto de contraste. Com base nos dados clínico-radiológicos e excluindo-se

outras patologias, as hipóteses levantadas foram isquemia medular transitória por trombo, e, menos provavelmente, embolia fibrocartilaginosa. Após tratamento com fisioterapia motora, a paciente evoluiu com importante melhora clínica, e seguiu para acompanhamento ambulatorial.

PALAVRAS-CHAVE: Isquemia medular, embolia fibrocartilaginosa, trauma, adolescente.

ACUTE SPINAL CORD INFARCTION IN A TEENAGER AFTER LOW IMPACT TRAUMA: A CASE REPORT

ABSTRACT: Medullary infarction is a rare event, with unclear pathophysiology, being associated with several causes, including systemic events, such as cardiovascular conditions, and localized conditions, such as infections, autoimmune, vascular diseases, iatrogenesis, among others. Its most common clinical presentation is the anterior spinal artery syndrome, with manifestations of loss of motor function and painful and thermal sensitivity, with relative preservation of proprioception and vibratory sensitivity below the level of the lesion. The diagnosis is made in the context of a clinical syndrome, compatible physical examination and imaging, excluding other pathologies. There are no clear protocols for its treatment. Female patient, 15 years old, woke up complaining of scintillating scotoma, headache, nausea, evolving with dysarthria and loss of strength in the upper and lower limbs. He reports having suffered minor trauma at school (“hit by ball in the head”) the previous day. Magnetic resonance imaging of the cervical spine revealed an alteration in T2 signal in the spinal cord, in its anterior aspect, at the level of C4-C5, with diffusion restriction, measuring 2.1 cm cranio-caudally, without capturing the contrast product. Based on clinical and radiological data and excluding other pathologies, the hypotheses raised were transient medullary ischemia due to thrombus and, less likely, fibrocartilaginous embolism. After treatment with motor physiotherapy, the patient evolved with significant clinical improvement, and went on to outpatient follow-up.

KEYWORDS: Spinal cord ischemia, fibrocartilaginous embolism, trauma, adolescent

1 | INTRODUÇÃO

O infarto medular é um evento raro, e suas causas incluem eventos sistêmicos, como condições hematológicas associadas a trombose, aterosclerose, hipotensão prolongada, embolia cardiovascular, iatrogenia, além de condições patológicas localizadas, como processos infecciosos, doenças desmielinizantes, autoimunes, hematológicas, neoplásicas e vasculares. (NOVY et al., 2006; JOAQUIM, 2009; REISNER et al., 2013)

O quadro é caracterizado por dor aguda no dorso ou no pescoço, com intervalo livre de sintomas (de horas a dias), e manifestações neurológicas progressivas, descritas como alterações sensitivas, motoras e/ ou autonômicas (JOAQUIM, 2009).

A apresentação clínica mais comum de um infarto da medula espinhal é a síndrome da artéria espinhal anterior (ASA). Um infarto desse território arterial geralmente tem

como manifestações perda da função motora e da sensibilidade dolorosa/térmica, com preservação relativa de propriocepção e sensibilidade vibratória abaixo do nível da lesão. Os estágios agudos são caracterizados por flacidez e perda de reflexos tendinosos profundos; quadro de espasticidade e hiperreflexia se desenvolvem nos dias e semanas seguintes. A disfunção autonômica pode estar presente e se manifesta como hipotensão (ortostática ou franca), disfunção sexual e / ou disfunção intestinal e vesical. No entanto, é importante reconhecer que a hipotensão pode ser tanto uma causa quanto uma manifestação de isquemia da medula espinhal (MULLEN et al., 2019).

O diagnóstico de infarto da medula espinhal é feito no contexto de uma síndrome clínica compatível: rápido desenvolvimento de déficits mielopáticos na ausência de outra etiologia identificável pela história, exame físico, ressonância magnética ou outros testes (MULLEN et al., 2019).

2 | RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 15 anos, ao acordar queixou-se de escotomas cintilantes, evoluindo com tontura, cefaléia frontal, de intensidade 8, em aperto, associada a náuseas. Pouco tempo depois apresentou disartria e perda de força em membros inferiores e superiores, chegando a cair da própria altura, sem eventos tônico-clônicos ou perda de consciência. Procurou o pronto atendimento, onde apresentou um episódio de vômito, recebeu medicações sintomáticas e foi encaminhada ao hospital terciário para investigação. Nega episódios semelhantes anteriormente. Conta que sofreu uma “bolada na cabeça” (sic) no dia anterior, sentindo apenas dor cervical após o trauma. Além disso, relata máculas hipercrômicas inicialmente pruriginosas em tórax, abdome e membros superiores há uma semana, sem prurido no momento. Na admissão, encontrava-se febril (38°C). Negou infecções prévias, referiu calendário vacinal atualizado.

Ao exame físico evidenciou-se ausência de sinais meníngeos, força em membros inferiores grau 2 e em membros superiores grau 3, sensibilidade maior em dimídio direito, hipertonia maior à esquerda, reflexo fotomotor direto e consensual sem alterações, reflexos osteotendíneos normais bilateralmente, reflexo cutâneo plantar em flexão. Máculas hipercrômicas difusas em tronco e membros.

Foi iniciada a investigação etiológica, e aventada a possibilidade de doença inflamatória medular (ADEM? Devic? Esclerose múltipla?), sendo realizada pulsoterapia com metilprednisolona por cinco dias, além de cinco sessões de plasmaférese, antibioticoterapia empírica, e solicitados exames complementares. A punção lombar apresentou discreta hemorragia, com relato de acidente de punção, sem outras alterações. Bacterioscopia, pesquisa para fungos, sorologias e provas inflamatórias negativas. FAN, anti-RO, anti-LA não reagentes. Pesquisa de anticorpo anti-aquaporina negativa, imunoglobulinas IgE e IgG aumentadas. Triagem infecciosa negativa. Presença

de déficit de vitamina B12.

Após a terapia inicial já citada e correção de desequilíbrios metabólicos, como reposição de vitamina B12, a paciente não apresentou melhora significativa do déficit motor, permanecendo restrita ao leito, com disfunção esfinteriana.

Foi realizada ressonância magnética da coluna cervical, que demonstrou alteração de sinal em T2 na medula espinhal, em seu aspecto anterior, ao nível de C4-C5, com restrição à difusão, medindo 2,1 cm em sentido cranio-caudal, sem captação do produto de contraste. Achados que se mantiveram estáveis nas ressonâncias de controle durante o todo o período de internação (Figura 1).

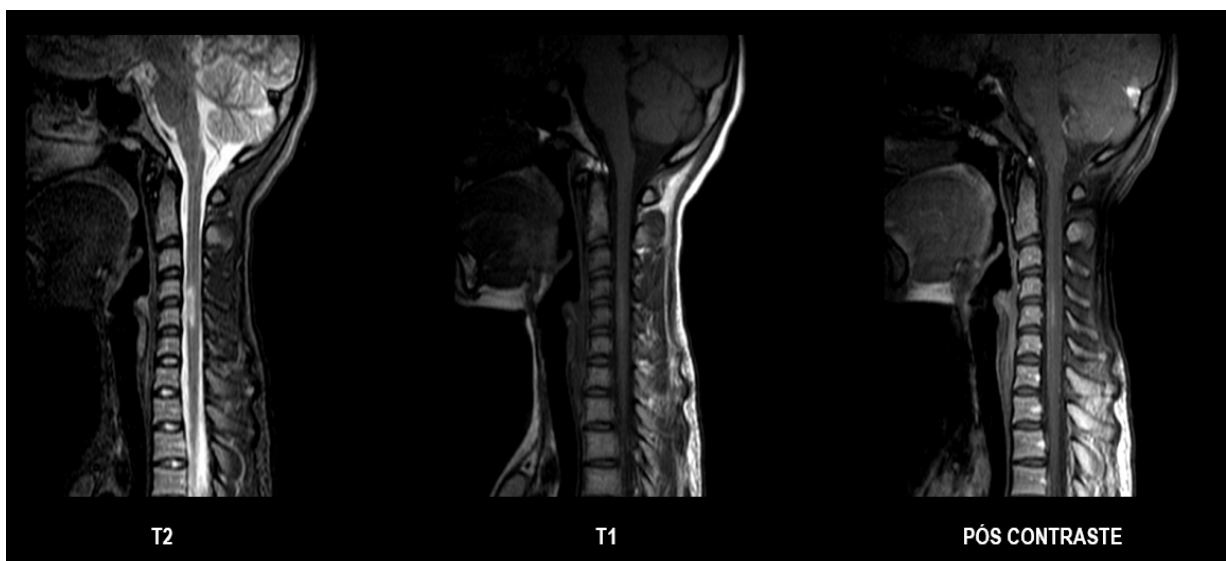


Figura 1. RM de coluna cervical evidenciando área de alteração de sinal na medula espinhal, ao nível de C4-C5, sem captação de contraste.

Tomografias de crânio e coluna torácica não demonstraram alterações, assim como ressonância magnética de crânio.

Discutiu-se o caso clínico junto ao neurorradiologista, o qual levantou a hipótese de mielite de provável natureza isquêmica pós-traumática, não se podendo descartar embolia discal fibrocartilaginosa.

Foi então sugerido realizar arteriografia, a qual não apresentou alteração, porém manteve-se a hipótese diagnóstica de mielopatia vascular, provavelmente por isquemia medular transitória por trombo, ocorrendo revascularização espontânea após. Dessa forma, foi solicitada investigação para trombofilias.

Durante o período de internação, a paciente apresentou melhora clínica importante com fisioterapia motora, recuperando os movimentos de braços, punhos, e parcialmente o controle esfinteriano, além de deambulação parcial com apoio, sendo liberada de alta para seguimento ambulatorial multidisciplinar.

3 | DISCUSSÃO

A epidemiologia e história natural do infarto da medula espinhal em humanos ainda não foi bem esclarecida devido à relativa escassez de casos, embora tenha sido descrita em muitas espécies animais (REISNER et al., 2013). Não há, por consequência, protocolos claros para seu tratamento, sendo o prognóstico funcional dependente do grau de acometimento medular (NOVY et al., 2006).

Em um estudo retrospectivo de pacientes tratados com corticoides ou anticoagulação, no qual todos os pacientes receberam também terapia antiplaquetária para prevenção secundária, não se observou nenhuma diferença no curso clínico (NOVY et al., 2006).

Outro problema pertinente é a dor neurogênica que geralmente se desenvolve após alguns meses na área de hipoestesia, fenômeno que é visto com mais frequência nos infartos da artéria espinhal anterior (NOVY et al., 2006).

A outra hipótese diagnóstica levantada, embolia fibrocartilaginosa (EFC), é uma causa cada vez mais reconhecida do infarto medular. Alguns acreditam que a EFC é mais comum do que se presume e é subdiagnosticada devido sua apresentação clínica inespecífica. A fisiopatologia se dá por embolização dos fragmentos do núcleo pulposo, que interrompem o suprimento vascular, presumivelmente por causa do movimento retrógrado através do artérias espinhais, o que pode culminar com lesão medular grave ou morte (REISNER et al., 2013; ABDELRAZEK et al., 2015).

A maioria dos casos de EFC tem sido relatada em mulheres e documenta-se uma sequência de esforço físico, manobra de Valsalva ou trauma de baixo impacto antes do infarto medular. Outras características clínicas que tornam o diagnóstico provável são ausência de fatores de risco vasculares, análise normal do líquido cefalorraquidiano, imagem consistente com infarto em evolução da medula espinhal, além de exclusão de outras etiologias possíveis (MATEEN et al., 2010).

Os recursos de neuroimagem desse processo podem incluir extensas áreas de hiperintensidade em T2 na ressonância magnética, mínimo realce do contraste, hemorragia do cordão terminal, necrose e infarto da medula óssea (MATEEN et al., 2010)..

4 | CONCLUSÃO

A hipótese diagnóstica de isquemia da medula espinhal de provável origem trombótica prevaleceu em detrimento da possibilidade de doença inflamatória medular devido ausência de respostas à terapia empírica com corticoide e plasmaférese, associada ao reumatograma negativo, apesar da história clínica de máculas cutâneas, febre e aumento de imunoglobulinas, segundo *screening* realizado. A antibioticoterapia e reposição de vitamina B12 também não pareceram melhorar o quadro neurológico.

Outra possibilidade diagnóstica aventada, embolia fibrocartilaginosa do disco

intervertebral, apesar de plausível devido história de trauma e aparente maior prevalência em mulheres, segue como diagnóstico de exclusão, estando ainda pendente o resultado da pesquisa de trombofilias da paciente, que será acompanhada a nível ambulatorial.

REFERÊNCIAS

ABDELRAZEK, Mahmoud A. et al. **Fibrocartilaginous embolism: a comprehensive review of an understudied cause of spinal cord infarction and proposed diagnostic criteria.** *The Journal Of Spinal Cord Medicine.* Buffalo, p. 146-154. dez. 2015.

JOAQUIM, Andrei Fernandes. **Mielopatias agudas não compressivas.** Disponível em: <http://www.siicsalud.com>. Acesso em: 25 jul. 2009.

MATEEN, Farrah J. **Clinically suspected fibrocartilaginous embolism: clinical characteristics, treatments, and outcomes.** *European Journal Of Neurolog.* Rochester, p. 218-225. ago. 2010.

MULLEN, Michael T. **Spinal cord infarction: Clinical presentation and diagnosis.** Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 30 out. 2019.

NOVY, Jan. **Spinal cord ischemia: clinical and imaging patterns, pathogenesis, and outcomes in 27 patients.** *JAMA Neurology.* Lausanne, p. 1113-1120. 08 mar. 2006.

REISNER, Andrew. **Spinal cord infarction following minor trauma in children: fibrocartilaginous embolism as a putative cause.** *Journal Of Neurosurgery: Pediatrics.* Atlanta, p. 445-450. abr. 2013.

JOGOS E BRINCADEIRAS COMO ESTRATÉGIA MEDIADORA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA

Data de aceite: 01/06/2020

Data de submissão: 23/03/2020

Lana Ferreira de Lima

Universidade Federal de Catalão/Curso de Educação Física – Catalão-Goiás

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9085513869381363>

Naiara Pereira Caixeta de Campos

Universidade Federal de Catalão/Curso de Educação Física – Catalão-Goiás

Victor Rodrigues Gianelli Lemos Silvano

Universidade Federal de Catalão/Curso de Educação Física – Catalão-Goiás

RESUMO: O aumento no número de pessoas com mais de sessenta anos de idade é um aspecto que marca a sociedade do século XXI tornando necessária a criação de novos espaços de convivência e participação social para os idosos. Nos últimos anos tem crescido o número de grupos de convivência (GC) por se configurarem como uma estratégia de cuidado que proporciona a interação, a inclusão social, o resgate da autonomia, do viver com dignidade e da saúde de idosos. Objetiva-se com esse trabalho relatar a experiência na utilização de jogos e brincadeiras como estratégia de

educação em saúde e integração social em um GC desenvolvido por docentes e discentes dos cursos de Enfermagem, Psicologia e Educação Física da Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Os encontros do GC ocorrem semanalmente, com duração de 1h30min, contando com a participação de idosos na faixa etária de sessenta a oitenta anos de idade. Durante os encontros são desenvolvidas atividades como dinâmicas de grupo, jogos, brincadeiras e alongamentos. Observa-se que os participantes do GC percebem que as atividades promovem movimentos semelhantes àqueles realizados pelo corpo durante a execução de exercícios físicos regulares de modo que muitos passam a se sentir mais animados ao notarem que ainda são capazes de jogar e obter êxito, tal como antes quando eram jovens, o que os leva a ter opiniões positivas acerca das atividades desenvolvidas, visto que vivenciá-las lhes proporciona bem estar físico, social e emocional por possibilitarem, por meio do exercício do corpo e da mente, emergir sentimentos de alegria e prazer.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Grupo de Convivência. Jogos. Brincadeiras. Saúde.

GAMES AND PLAYS AS A MEDIATING STRATEGY FOR THE PROMOTION OF HEALTH IN A GROUP OF LIVING

ABSTRACT: The increase in the number of people over sixty years of age is an aspect that marks the society of the 21st century, making it necessary to create new spaces of coexistence and social participation for the elderly. In recent years, the number of social groups (CG) has grown, as they are configured as a care strategy that provides interaction, social inclusion, the rescue of autonomy, living with dignity and the health of the elderly. The objective of this work is to report the experience in the use of games and games as a health education strategy and social integration in a KM developed by teachers and students of the Nursing, Psychology and Physical Education courses at Federal University of Catalão (UFCAT). The GC meetings take place weekly, lasting 1h30min, with the participation of elderly people in the age group of sixty to eighty years old. During the meetings, activities such as group dynamics, games, games and stretching are developed. It is observed that the participants of the CG perceive that the activities promote movements similar to those performed by the body during the performance of regular physical exercises so that many start to feel more excited when they notice that they are still capable of playing and being successful, such as before when they were young, which leads them to have positive opinions about the activities developed, since experiencing them provides them with physical, social and emotional well-being by allowing, through the exercise of the body and mind, to emerge feelings of joy and pleasure.

KEYWORDS: Old Man. Living Group. Games. Jokes. Cheers.

1 | INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo resultante de alterações no organismo humano que se manifesta de forma variável e individual, podendo “[...] se referir a um fenômeno fisiológico, de comportamento social, ou ainda cronológico, isto é, a velhice surge com a progressão do tempo, da idade adulta até o fim da vida” (MEIRELES et al., 2007, p. 70). Podemos, dessa forma, ponderar que o envelhecer é um processo natural que ocorre na vida do homem por meio de mudanças multifatoriais (físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais).

Desse modo, pode-se afirmar que a sociedade sempre esteve às voltas com a questão do envelhecimento humano de modo que ao longo dos diferentes períodos da história da humanidade e nas diferentes culturas, o processo em si tornou-se objeto de estudos e reflexões. Mais recentemente o aumento da expectativa de vida e, por conseguinte, do número de pessoas com mais de sessenta anos de idade são aspectos que passaram a marcar a sociedade do século XXI, isto porque a população idosa é a que mais cresce em todo o mundo atualmente, motivo pelo qual os idosos são considerados a “nova” população (CEDENHO, 2014).

Assim, no contexto atual “[...] envelhecer deixou de ser característica de países desenvolvidos, pois cerca da metade dos idosos do mundo vive em países em

desenvolvimento” (MEIRELES et al., 2007, p. 70). A este respeito Kalache (1987, p. 218) afirma que o rápido processo de envelhecimento que temos observado

[...] não é, naturalmente, uma característica específica do Brasil, sendo compartilhado, de modo mais ou menos acentuado, por diversos outros países em desenvolvimento. Desta maneira, o envelhecimento populacional, que caracteriza, hoje, as populações dos países industrializados, passará, em futuro breve, a ser uma característica também nossa. Na verdade, já hoje, a maioria das pessoas idosas vive em países não-desenvolvidos e dentro de poucos anos, na passagem do século, mais de três quartos daqueles, com mais de 60 anos, serão habitantes do Terceiro Mundo.

E é nesta perspectiva que Cedenho (2014) salienta que um fato notório é o envelhecimento com maior velocidade da população nos países menos desenvolvidos e, portanto, que têm menos condições do que os países desenvolvidos para construir infraestrutura e fazer frente a esta importante e significativa transição/transformação social.

Autores como Meireles et al. (2007) e Cedenho (2014) consideram que no Brasil, nas últimas décadas, iniciou-se um processo de inversão na característica populacional haja vista o decréscimo nas taxas de natalidade e mortalidade que vem ocorrendo e que tem ocasionado um aumento considerável da população da faixa etária de sessenta anos ou mais.

Pode-se dizer, portanto, que o envelhecimento populacional decorre de fatores como: queda da fecundidade; avanços científicos e tecnológicos; melhores condições de higiene e saneamento básico, que reduziram, por exemplo, as mortes por doenças infecto-contagiosas; diminuição relativa do contingente populacional nas faixas etárias mais jovens de zero a quatorze anos; ampliação da população na faixa etária de quinze a 59 anos; acréscimo na faixa de sessenta anos ou mais (MEIRELES et al., 2007). Assim, conforme salienta Kalache (1987, p.217)

Os fatores determinantes do envelhecimento, a nível da população de um país, são, fundamentalmente, ditados pelo comportamento de suas taxas de fertilidade e, de modo menos importante, de suas taxas de mortalidade. Para que uma população envelheça, é necessário, primeiro, que haja uma queda da fertilidade; um menor ingresso de crianças na população faz com que a proporção de jovens, na mesma, diminua. Se, simultânea ou posteriormente, há também uma redução das taxas de mortalidade (fazendo com que a expectativa de vida da população, como um todo, torne-se maior), o processo de envelhecimento de tal população torna-se ainda mais acentuado. Tal processo é dinâmico, estabelece-se em etapas sucessivas e é, comumente, conhecido como “transição epidemiológica ou demográfica”.

Meireles et al. (2007) destacam que no Brasil, até meados do século passado a probabilidade de morrerem brasileiros na idade produtiva era um fato bastante concreto. Entretanto, no contexto atual a expectativa de vida vem aumentando de modo que ocorreu um crescimento de dezessete por cento da população idosa brasileira da década de 1990 para a década de 2000 e de 2012 para 2013 a expectativa de vida do brasileiro aumentou de 74,1 para 74,6 anos, um considerável acréscimo de cinco meses e onze dias; se hoje o País conta com cerca de vinte milhões de idosos a previsão é que em 2025 ultrapassemos

o patamar de 32 milhões de pessoas idosas (CEDENHO, 2014).

A respeito do aumento da população idosa e seus impactos na sociedade, Meireles et al. (2007, p.70-71) destacam que o mesmo influencia no modo de gestão da atenção à saúde por ocasionar o aumento da demanda por serviços de saúde e sociais, pois as internações nessa faixa etária, bem como o tempo de ocupação do leito, são mais elevadas. Portanto, torna-se necessária a adequação “[...] dos valores culturais, das políticas sociais e de saúde, de maneira a atender às necessidades e aos problemas decorrentes do envelhecimento populacional”.

Nessa linha de raciocínio, pensar o envelhecimento no contexto atual nos demanda pensar não apenas nos dados estatísticos, mas em novas possibilidades de vivências, conhecimentos, sentimentos e de participação dos idosos na sociedade, pois já não cabe na atualidade pensar na figura da pessoa idosa como alguém que fica somente em casa a tricotar, a cuidar dos netos e dos afazeres da casa. Isso implica em considerar que a imagem do idoso sedentário e acomodado está ficando no passado, tendo em vista que cada vez mais as pessoas com sessenta ou mais anos estão mais ativas e sociáveis buscando sempre mais aprender e serem participativas, ativas, produtivas na sociedade.

É o que aponta, por exemplo, a obra “Idosos no Brasil: vivência, desafios e expectativas na terceira idade”, organizada por Neri (2007), ao longo dos quatorze capítulos que procuram evidenciar as características e as necessidades dos idosos do Brasil, com base em dados sociodemográficos, bem como sobre saúde, inserção social, qualidade de vida percebida, atitudes em relação à velhice e juventude, colhidos junto a uma população de 2.136 idosos com sessenta anos e mais 1.608 jovens e adultos de dezesseis a 59 anos residentes em 204 municípios das cinco microrregiões do País (Sudeste, Sul, Norte, Nordeste e Centro-Oeste). Fica explícito ao leitor que os idosos brasileiros têm buscado manter uma vida ativa por meio da prática de atividades físicas e de lazer, da participação em grupos de idosos assim como por meio da inserção em atividades educativas e de cultura.

Tal aspecto torna necessária a criação de novos espaços de convivência e participação social para as pessoas idosas a fim de que estas não fiquem somente restritas aos afazeres domésticos e familiares. Diante desse fato nos últimos anos tem crescido o número de grupos de convivência (GC) da terceira idade que se configuram como uma estratégia de cuidado bastante estimulada em todo o Brasil por proporcionarem aos idosos a interação, a inclusão social e o resgate da autonomia e do viver com dignidade e saúde.

Cabe destacar que os primeiros grupos de terceira idade surgiram no cenário brasileiro em 1963, no SESC de São Paulo, observando-se a partir desse período um aumento e diversificação destes grupos (DOLL, 2007), visto que se a princípio estes possuíam objetivos apenas educacionais, posteriormente, em decorrência do gradativo aumento da população idosa, alguns destes grupos passaram a ter seus objetivos direcionados ao lazer a fim de atender necessidades desse grupo social (DIAS, 2012).

Dias (2012) destaca que entre estes grupos, também denominados de centros de vivência, clubes ou grupos da terceira idade/de idosos, que possibilitam a sociabilidade das pessoas com sessenta anos ou mais, há objetivos diferenciados mas, também, pontos em comum, como, por exemplo, facilitar a sociabilização e a manutenção de direitos e papéis sociais; auxiliar os participantes a lidar com as perdas, bem como a manterem e adaptarem pelo maior tempo possível a independência física, mental e social; estimular o desenvolvimento da criatividade; contribuir com a reconstrução padrões de vida e atividades.

A respeito da constituição de GC voltados para a população idosa, Wichmann et al. (2013, p.823) apontam que tais grupos “[...] são uma forma de interação, inclusão social e uma maneira de resgatar a autonomia, de viver com dignidade e dentro do âmbito de ser e estar saudável”. Além disso, “[...] estimulam o indivíduo a adquirir maior autonomia, melhorar sua autoestima, qualidade de vida, senso de humor e promover sua inclusão social”.

Frente ao exposto este trabalho relata a experiência na utilização de jogos e brincadeiras como estratégia de educação em saúde e integração social com idosos em um GC de idosos desenvolvido por docentes e discentes dos cursos de Enfermagem, Psicologia e Educação Física da Universidade Federal de Catalão (UFCAT), em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), da cidade de Catalão-GO.

2 | METODOLOGIA

A UFCAT iniciou em 2014 o Projeto de Extensão “Promoção e manutenção da saúde e prevenção de doenças para idosos na comunidade”, de caráter multidisciplinar, pois envolve docentes e discentes dos cursos de Psicologia, Enfermagem e Educação Física, perspectivando a estruturação de um GC com idosos, consolidado desde o ano de 2016 na Unidade de Estratégia de Saúde da Família (UBSF) localizada na Escola CAIC São Francisco de Assis.

O grupo é composto por um total de quinze idosos, de ambos os sexos, havendo predominância do sexo feminino, na faixa etária que varia de sessenta a oitenta anos.

Semanalmente os idosos são contatados, via telefone, por uma monitora do projeto de extensão. Objetiva-se com essa ação obter informações sobre como foi a semana e como está a saúde de cada um dos/as participantes do grupo; lembrá-los/as do dia e horário da reunião do grupo; e fortalecer o vínculo dos/as idosos/as com os monitores e docentes da Universidade. Destaca-se que em média participam das reuniões do grupo de cinco a dez idosos. A não regularidade dos idosos às reuniões do grupo decorre do fato dos mesmos em algumas semanas assumirem, no horário das reuniões, compromissos familiares, sociais, religiosos e de saúde, os quais os impede de manter uma frequência e participação regular.

Pautado na Política Nacional do Idoso, na Política do Envelhecimento Ativo e na Política Nacional de Promoção da Saúde, o grupo de convivência realiza encontros semanais, com duração de uma hora e meia (1h30min), durante os quais são desenvolvidas as seguintes atividades: - aferição da Pressão Arterial Média (PAM) e exame de glicemia capilar; - Práticas Integrativas e Complementares (fitoterapia, musicoterapia, yoga, técnicas de relaxamento e respiração, automassagem); - rodas de conversa sobre temas diversos; - oficinas de artesanato; - manutenção de horta comunitária; - festas em comemoração a datas festivas; - alongamentos; - danças; - ginástica; - dinâmicas de grupo; e, jogos e brincadeiras.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ser humano, desde as épocas mais remotas, joga e brinca, o que nos permite considerar que tal como a linguagem e a escrita, também o jogo e a brincadeira sempre fizeram parte da história da humanidade (MATOS, 2006). Entende-se, desse modo, que enquanto o jogo “é um exercício ou passatempo recreativo sujeito a certas regras ou combinações, em que se dispõe habilidade, destreza ou astúcia” a brincadeira se configura como “um elemento lúdico e da cultura, que pode proporcionar uma riqueza de sentimentos que tem a possibilidade de traduzir-se em prazer, satisfação, alegria, vontade de viver, amor próprio e autoconfiança” (MATOS, 2006, p.9). Nesse sentido, jogar e brincar são atividades que proporcionam prazer, equilíbrio emocional ao mesmo tempo em promovem o desenvolvimento social e uma maior autonomia do indivíduo sobre seus atos e pensamentos (Ibidem.).

Pode-se considerar, nessa perspectiva, que a atividade lúdica pode ser um dentre os vários aspectos favoráveis à melhora da qualidade de vida e da saúde da pessoa idosa, podendo ser alcançada via o desenvolvimento de jogos e brincadeiras que promovam situações estimulantes e instigantes que favoreçam a diminuição das resistências ao tato, ao contato, ao movimento e ao prazer pela vida (ANDRADE et al., 2012).

Considerando que o idoso traz uma bagagem da infância, da vivência de sua adolescência, da juventude e da fase adulta bem como de sua experiência atual da velhice, pode-se avaliar que o mesmo possui um significado do lúdico. Por outro lado uma nova significação positiva do lúdico durante a velhice pode ser uma forma agradável e dinâmica de ter um crescimento emocional, social, e mais, uma oportunidade de vivenciar os benefícios dessas atividades e se promover um envelhecimento saudável e bem sucedido (ANDRADE et al., 2012).

Com vistas a promover a valorização de cada um dos idosos, a interação dos mesmos com os demais membros do GC e assim contribuir para estimular a participação dos mesmos na sociedade, são desenvolvidos nas reuniões do grupo jogos e brincadeiras.

Para garantir o êxito das atividades a serem realizadas durante os encontros semanais

do GC estas, assim como os materiais didáticos e pedagógicos, são cuidadosamente planejados e pensados considerando as características e individualidades de cada um dos idosos, ação esta que vai ao encontro do preconizado por Mota e Munari (2006) que destacam que o planejamento meticuloso das ações a serem desenvolvidas em grupos de qualquer natureza é uma forma de respeito aos membros do mesmo. Além disso, entende-se que as atividades desenvolvidas por idosos devem ter significado e vínculo com a identidade de cada um, considerando-se suas histórias e condições de vida (DOLL, 2007).

Com isso, busca-se pensar e garantir propostas de atividades que considerem os interesses, as competências e as identidades dos idosos do grupo para que sejam significativas para os mesmos e não se tornem apenas um passatempo vazio num determinado tempo/dia de suas vidas.

Esse cuidado no planejamento dos jogos e brincadeiras decorre, ainda, da compreensão de que ao vivenciá-los é possível experimentar a interação entre as pessoas do grupo, a convivência, a autoestima, a autonomia e a autoexpressão ao mesmo tempo em que são fortalecidos laços afetivos, amizades e autoconfiança fazendo com que a participação social do idoso seja mais ativa.

Tal compreensão vai ao encontro da ponderação de Fernandes, Oliveira e Canani (2011, p.16448) que afirmam que ao se promover a vivência de jogos e brincadeiras objetiva-se proporcionar entretenimento, cooperação, socialização, alegria e prazer para ajudar a eliminar inibições, contudo estes devem possuir poucas regras e dar oportunidade para o exercício da criatividade e da cidadania dos participantes criando assim oportunidades para dar um novo significado aos conhecimentos já adquiridos durante a vida. Mais especificamente, no tocante ao trabalho com idosos, além dos aspectos levantados entende-se que jogos e brincadeiras podem contribuir para superar imagens negativas em relação à velhice e que foram construídas ao longo da vida.

Desse modo, como forma de introdução das atividades do GC são realizados, no primeiro momento das reuniões, jogos e brincadeiras com duração máxima de quinze minutos com e sem bola (boliche, voleibol de toalha, estafetas), bem como atividades ritmadas com música e movimentos gestuais, visando com essa ação abranger um maior número de gostos pessoais.

O que se observa no tocante a participação dos idosos (incluindo aqueles que se mantêm sentados) nos jogos e brincadeiras é que os mesmos percebem que as atividades proporcionadas promovem movimentos semelhantes ou próximos àqueles executados pelo corpo durante a execução de exercícios físicos regulares de modo que muitos passam a se sentir mais animados ao perceberem que ainda são capazes de jogar e obter êxito nestes, tal como antes quando eram jovens. Tal aspecto nos permite considerar, conforme Doll (2007, p. 111), que o que leva à satisfação do idoso não é a execução da atividade em si, mas a “[...] percepção subjetiva do reconhecimento e da integração social” que foram

possibilitadas por meio da atividade que realizou.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do GC notou-se, por relatos e atitudes, que os idosos têm opiniões positivas acerca do grupo e das atividades desenvolvidas, visualizando-os como um espaço no qual suas vozes são ouvidas e onde ocorre um processo de ensino-aprendizagem entre os participantes, equipe da ESF e a Universidade.

Percebe-se, também, que vivenciar os jogos e brincadeiras proporciona aos participantes, sejam estes sedentários ou não, bem estar físico, social e emocional o que nos remete a associar tais atividades com a melhoria da qualidade de vida e da saúde daqueles que as experenciam. O que decorre do fato de tais atividades possibilitarem, por meio do exercício do corpo e da mente, emergir sentimentos de alegria e prazer nos participantes.

Salienta-se, desse modo, que os jogos e brincadeiras vivenciados pelo idoso como atividades nos GC's se apresentam como uma válida alternativa de promoção à saúde e que o elemento lúdico se configura como uma estratégia mediadora da construção e do repasse do conhecimento de modo agradável, interessante e, principalmente, significativa para os participantes.

Assim, as vivências no GC, quando se dão em um espaço lúdico, tendem a quebrar barreiras e auxiliar no aprendizado e na relação com o outro e a sociedade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T. P. et al. Projeto Conviver: Estímulo à Convivência entre Idosos do Catete, Ouro Preto, MG. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Londrina-PR, n. 36 (1 Supl. 1), p. 81-85, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a11.pdf>. Acesso em: 12 jun.2018.

CEDENHO, A.C. O idoso como novo personagem da atual sociedade: o Estatuto do Idoso e as diretrizes para o envelhecimento no Brasil. **Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito**, São Paulo, vol. 11, n. 11, p. 9-45, 2014. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/RFD/index>. Acesso em: 08 jun.2018.

DIAS, A. O. **Idoso, lazer, grupos de convivência**: uma comparação entre participantes, não participantes e egressos. 2012. 154f. Dissertação (Mestrado em Lazer) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-8YYNBJ/1/disserta__o_vers_o_final__aline_dias_com_ficha.pdf. Acesso em: 20 mar.2020.

DOLL, J. Educação, cultura e lazer: perspectivas de velhice bem-sucedida. In: NERI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC,SP, 2007. p. 109-123.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 3, n. 3, p. 217-220, set. 1987. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000300001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 jun.2018.

MATOS, N. M. de. **O significado do lúdico para os idosos**. 2006. 168 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Católica de Brasília, Brasília-DF. 2006. Disponível em: <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/handle/123456789/1226>. Acesso em: 13 jun.2018.

MEIRELES, V. C. et al. Características dos Idosos em Área de Abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol.16, n.1, p.69-80, jan-abr 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/07/pdf>. Acesso em: 08 jun.2018.

MOTA, K. A. M. B.; MUNARI, D. B. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, vol. 8, n. 1, p. 150-161, 2006. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/atualizacao.htm. Acesso em: 08 jun.2018.

NERI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC,SP, 2007.

WICHMANN, F. M. A. et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 4, 821-832, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n4/1809-9823-rbgg-16-04-00821.pdf>. Acesso em: 09 jun.2018.

KAHOOT COMO UMA ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO E ENSINO-APRENDIZAGEM PARA A GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Data de aceite: 01/06/2020

Data de submissão: 04/03/2020

Cristina Buischi Petersen

Centro Universitário Barão de Mauá
Ribeirão Preto/SP

<https://orcid.org/0000-0003-4929-3433>

Daniela Nunes Januário de Lucca

<https://orcid.org/0000-0001-8933-0230>

Centro Universitário Barão de Mauá
Ribeirão Preto/SP

RESUMO: O interesse pelo tema proposto parte dos desafios de aplicar a metodologia ativa e melhorar a participação dos alunos nas aulas. A gamificação de conteúdos tem sido apontada como estratégia bem aceita entre os jovens na educação. Neste sentido, o *Kahoot*, um software que permite criar questionários que podem ser respondidos por alunos conectados à internet por meio de seus *smartphones* ou computadores, se propõe a envolver os alunos através de *quizz* e discussões semelhantes a jogos de competição com pódio de classificação. No primeiro semestre de 2019, nas disciplinas de Avaliação Facial e Drenagem Linfática Manual no curso de Estética e Cosmética

foi utilizado pelas autoras o *Kahoot* como piloto para conhecer o aplicativo e observar a reação dos alunos. Devido ao sucesso da aplicação surgiu a ideia para este trabalho. **Objetivos:** aplicar e avaliar o game *kahoot* como estratégia e avaliação de ensino-aprendizagem na disciplina Biomedicina Estética do curso de Biomedicina de um Centro Universitário paulista. **Método:** estudo exploratório implementado em três etapas: criação, aplicação e avaliação do jogo. Realizado em sala de aula durante o horário regular da aula de biomedicina estética com 16 alunos do 6º período do curso de Biomedicina. Foi utilizado como instrumentos o game *Kahoot* e um questionário de avaliação do game com dez questões elaborado na plataforma de pesquisa *onlineSurveyMonkey*. **Resultados:** foi visível a empolgação dos alunos com gritos de torcida durante a aplicação, quando a pontuação foi mostrada na tela de projeção como *ranking*. Na avaliação do jogo pelo questionário *online SurveyMonkey* a maioria dos alunos concordou que o jogo auxilia na concentração e raciocínio, na solução de problemas e gostariam que o jogo fosse aplicado em outras disciplinas. **Conclusão:** O jogo auxiliou positivamente em todos os aspectos da aprendizagem através da motivação oferecida pela competição.

PALAVRAS-CHAVE: Gamificação na

educação. Metodologia ativa de ensino. Práticas inovadoras de ensino.

KAHOOT AS EVALUATION AND TEACHING-LEARNING STRATEGY FOR UNDERGRADUATION IN HEALTH

ABSTRACT: The interest in the proposed theme starts from the challenges of applying the active methodology and improving the participation of students in classes. Gamification of content was identified as a well-accepted strategy among young people in education. In this sense, Kahoot, a software that allows creating questionnaires that can be answered by students connected to the Internet through their smartphones or computers, reproduces students using questionnaires and discussions related to competition games with a rating podium. In the first semester of 2019, in the course of Aesthetics and Cosmetics, it was used by the authors Kahoot as a pilot to learn about the application and observe the reaction of the students. Accepting the success of the application emerged as a concept for this work. Objectives: to apply and evaluate the kahoot game as a strategy and evaluation of teaching-learning in the discipline Biomedicine Aesthetics of the Biomedicine course of a University Center at a city in state of São Paulo. Method: exploratory study implemented in three stages: creation, application and evaluation of the game. Held in the classroom during the regular schedule of the aesthetic biomedicine class with 16 students from the 6th period of the biomedicine course. It was used as instruments or game Kahoot and a game evaluation questionnaire with ten questions elaborated on SurveyMonkey's online survey platform. Results: an enthusiasm of the students was shown with cheering notes during the application, when a score was shown on the projection screen as a classification. In evaluating the game through the online questionnaire, SurveyMonkey has the majority of students who agree with the game and auxiliary reasoning, in solving problems and would like the game to be applied in other subjects. Conclusion: The game helped positively in all aspects of learning through the motivation offered by the competition.

KEYWORDS: Gamification in education, Active teaching methodology, Innovative teaching practices.

1 | INTRODUÇÃO

A área da educação vem passando por mudanças, pois os estudantes estão chegando às universidades cada vez mais imediatistas e tecnológicos. As metodologias ativas estão sendo utilizadas com finalidade de articulação e efetivação das relações entre professores e alunos, do ensinoaprendizagem, dos métodos e técnicas de ensino, das tecnologias educativas, da avaliação, dos conhecimentos que o aluno já possui dentro da sua realidade sociocultural edo projeto político-pedagógico da instituição (ARAÚJO, 2015).

Segundo pesquisador na área, os métodos de ensino tradicionais não impulsionam

as necessidades dos alunos. A aprendizagem significativa e contextualizada, o desenvolvimento de competências e habilidades para a vida profissional e pessoal, com compreensão transdisciplinar do conhecimento, não são atendidos. Sendo assim, o interesse pelo tema proposto parte da consideração sobre os desafios de aplicar a metodologia ativa em sala de aula, como também, é válido empreender estudos que auxiliem os docentes em suas aulas (MOURA, 2014).

Outro fato a ser considerado, é o bem estar e a vontade de participar das aulas encontrada nos alunos, pois eles procuram não faltar das aulas com metodologia ativa, principalmente quando a metodologia aplicada é a gamificação. O trabalho, além das relevâncias científica e social, tem relevância acadêmica, pois prende-se ao fato de ele estar ligado com a área de atuação das autoras. Por isso, a discussão gira em torno de uma das metodologias ativas conhecidas, a gamificação (*gamification*) voltada à educação, que promove a curiosidade, a colaboração e a aprendizagem utilizando técnicas de jogo para incentivar a participação de estudantes no processo de aprendizado (ALVES et al., 2014).

Na área da educação, trabalhar com o conceito de gamificação exige recontextualizar os elementos dos jogos encontrados nos games, como sistema de *feedback*, sistema de recompensas, conflito, cooperação, competição, objetivos e regras claras, níveis, diversão, interação, interatividade, entre outros, com o objetivo de tentar obter o mesmo interesse e motivação demonstrados por jogadores quando em ação nos games em alunos quando inseridos na sala de aula (FARDO, 2013; FIGUEIREDO et al., 2015). A gamificação como prática pedagógica do processo de ensino-aprendizagem abrange o uso de competências, mecânicas, estéticas e pensamentos dos jogos para engajar pessoas, motivar a ação, promover a aprendizagem e resolver problemas no contexto educacional (MARTINS; GIRAFFA, 2018). Neste contexto, o Kahoot, um software que permite criar questionários que podem ser respondidos por usuários conectados à internet por meio de seus *smartphones* ou computadores, como ferramenta, se propõe a envolver os alunos através de *quizz* e discussões semelhantes a jogos de competição (DELLOS, 2015). O objetivo do Kahoot, segundo seus criadores, é ser uma plataforma baseada em jogo que torna a aprendizagem divertida (IZEKI et al., 2016).

Durante o primeiro semestre de 2019, em um Centro Universitário do interior do estado de São Paulo, nas disciplinas de Avaliação Facial e de Drenagem Linfática Manual do curso Superior de Estética e Cosmética efetuamos as etapas de criação e aplicação do Kahoot como piloto para conhecer o aplicativo e observar a reação dos alunos no curso de estética. A aplicação do jogo segue a lógica da aula invertida onde o conteúdo é estudado antes da aula, por meio de recursos diversos, como vídeos, artigos, capítulos de livros e jogos, e na sala de aula são realizadas atividades complementares, para tirar dúvidas e promover discussões em relação ao tema abordado e após esta etapa o jogo é aplicado (MARTINS; GOUVEIA, 2019). Os alunos do curso de estética reagiram positivamente com entusiasmo pela competição oferecida pelo jogo, o que originou a ideia deste trabalho

de aplicar o jogo e avaliá-lo através de um questionário de avaliação da satisfação dos alunos após realização do game em sala de aula.

2 | OBJETIVOS

Aplicar o game kahoot como estratégia de avaliação e ensino-aprendizagem na disciplina Biomedicina Estética do curso de Biomedicina e avaliar a satisfação e aprendizagem dos alunos após a utilização do jogo.

3 | MÉTODO

Tipo de estudo: descritivo, exploratório implementado em três etapas: criação, aplicação e avaliação do jogo. **Local e participantes:** Realizado em sala de aula durante o horário regular da aula de biomedicina estética com 16 alunos do 6º período do curso de Biomedicina de um Centro Universitário do interior do estado de São Paulo. **Instrumentos aplicados:** *Kahoot e SurveyMonkey*.

3.1 Criação do jogo e do questionário online de avaliação

A primeira etapa foi a preparação do *Quizz on-line* utilizando o site <http://kahoot.com/>, antes da data marcada para a aplicação do jogo. O Quizz foi criado seguindo *guideline* do próprio site com oito questões de múltipla escolha (respostas com três alternativas incorretas e uma correta) e com duas questões afirmativas para escolha de resposta falso ou verdadeiro. Foram inseridas figuras referentes ao conteúdo estudado e definidos tempo de resposta para cada questão conforme grau de dificuldade selecionados com tempo mínimo de 10 segundos e máximo de 20 segundos.

Ainda na primeira etapa criamos o questionário de avaliação do jogo com dez questões adaptadas dos trabalhos de Sande;Sande (2017) e Lima et al (2018), utilizando a plataforma *SurveyMonkey* que disponibiliza desenvolvimento de pesquisa online personalizável e gratuita e inclui análise de dados através do site <https://pt.surveymonkey.com/>. Esta plataforma permite o envio de link via whatsapp ou facebook ou e-mail para os respondentes. Neste estudo o envio do link para acesso ao questionário de avaliação foi feito via WhatsApp para o representante de sala que reenviou para o grupo da sala onde todos puderam responder instantaneamente pelos seus Smartphones individualmente.

3.2 Aplicação do Kahoot

O conteúdo da aula inserido no *Quizz* foi passado com uma semana de antecedência para os alunos via portal e no dia da aula nos primeiros 20 minutos houve uma explanação do conteúdo e explicação do funcionamento do *Kahoot*. A turma possuía 16 alunos e foram

divididos em 5 grupos, cada grupo elegeu um líder para ficar com o celular na mão como respondente do grupo. O *Quiz* foi jogado no modo *team* onde as respostas são dadas por um time, nesse modo o programa cede um tempo para o grupo discutir a resposta antes de iniciar a contagem regressiva do tempo de resposta. Uma música eletrônica avisa quando o tempo começa a contar. Cada grupo escolheu um apelido para o time e o líder acessou o *quiz*, não foi preciso se inscrever no aplicativo, bastando acessar o site e inserir o número pin projetado na tela. Conforme os times escolheram seus apelidos foram aparecendo na tela de projeção. O apelido de cada time foi utilizado no *ranking* que apareceu após a finalização de cada pergunta simulando uma corrida, pois mostrou a marcação da resposta certa com a frequência de acertos e erros de cada questão, e no final mostrando um pódio com a classificação do vencedor, segundo e terceiro lugares. O time vencedor foi premiado com maior pontuação e chocolates paracada integrante, os demais times participantes receberam menor pontuação e balas de goma.

3.3 Avaliação do *Quiz*

Após a aplicação do *Quiz*, os alunos foram convidados a responderem um questionário *online* individualmente pelos seus *smartphones*, construído usando a plataforma de pesquisa SurveyMonkey. Foi enviado um *link* via celular para o representante de sala que reenviou para o grupo da sala acessar e todos responderam. O questionário de avaliação continha 10 questões com respostas em escala ordinal de três pontos: concordo, neutro e discordo.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à avaliação, conforme tabela 1 abaixo, a questão 1 (Q1) avaliou o impacto do Kahoot na concentração dos participantes com a afirmativa: “o uso do Kahoot Auxiliou na minha concentração sobre o tema abordado em aula”. A maioria dos alunos (13/81.25) concordaram que o jogo auxiliou na concentração enquanto apenas três alunos ficaram indiferentes.

Itens	Concordo (f / %)	Neutro (f / %)	Discordo (f / %)
Q1	13/81.25	3/18.75	0/0
Q2	12/75	4/25	0/0
Q3	14/87.50	1/6.25	1/6.25
Q4	11/68.75	3/18.75	2/12.5
Q5	14/87.5	2/12.5	0/0
Q6	13/81.25	3/18.75	0/0
Q7	11/68.75	2/12.5	3/18.75
Q8	11/68.75	2/12.5	3/18.75
Q9	13/81.25	3/18.75	0/0
Q10	13/81.25	3/18.75	0/0

Tabela 1: Resultados descritivos das respostas aos itens do questionário online SurveyMonkey® de avaliação do game pelos alunos em frequência e porcentagem (n=16)

Fonte: autores

Durante a aplicação do Kahoot foi visível a empolgação dos alunos com gritos de torcida quando um time ultrapassava os outros na pontuação que foi sendo mostrada como *ranking* na tela de projeção após cada rodada de pergunta.

Na questão 2 (Q2), a afirmativa: “o uso do Kahoot facilitou minha participação na aula principalmente durante o quizz”. Avaliou o uso do game como facilitador de participação ativa do aluno. A maioria dos alunos concordou que o Kahoot auxiliou na sua participação na aula enquanto um quarto dos alunos ficaram indiferentes. A questão 3 (Q3) abordou sobre a aceitação do kahoot em relação à avaliação tradicional com a questão: “a avaliação do conteúdo da aula pelo Kahoot é mais motivadora e interessante que a avaliação tradicional”. A maior parte dos alunos concordou que o game foi mais motivador e interessante que a avaliação tradicional feita em sala de aula, um aluno ficou indiferente e um aluno discordou.

Quanto ao efeito do game sobre a percepção de aprendizado, avaliado na questão 4 com a afirmativa: “o uso do Kahoot me encorajou a raciocinar e solucionar problemas abordados em sala de aula”. A maioria dos alunos concordaram que o jogo encorajou raciocínio e solução de problemas abordados em sala, para 3 alunos foi indiferente e 2 alunos discordaram sobre o incentivo à aprendizagem (tabela 1) e ainda sob este aspecto, na abordagem da questão 5 que avaliou o impacto do jogo no aprendizado direto com a afirmativa: “posso afirmar que aprendi algo a partir da realização do Kahoot”, 14 alunos concordaram que aprenderam efetivamente com o uso do game enquanto 2 alunos foram indiferentes.

Quanto à motivação causada pelo jogo, avaliada na questão 6: “o uso do Kahoot motivou meu aprendizado e gostaria que fosse usado em outras disciplinas”. A maioria dos respondentes concordou que o jogo era motivador e deveria ser mais usado enquanto para 3 alunos foi indiferente a experiência de motivação.

A comparação da avaliação proposta pelo jogo com a avaliação escrita tradicional

levantada na questão 7: “o Kahoot permite avaliar o aprendizado melhor que na prova escrita tradicional”, e a atratividade do jogo como avaliação na questão 8: “o uso do Kahoot como estratégia avaliativa é mais interessante e mais atrativa do que a prova escrita”, demonstrou que a maioria dos alunos percebeu o game como mais interessante e atrativo e que permite avaliar o aprendizado melhor do que em provas escritas tradicionais por conta da competição. A questão 9 abordou a atratividade associada à competitividade do jogo com a afirmativa: “o jogo com a competição associada torna a avaliação mais interessante”, e a maioria dos respondentes concordaram que o fato de competir entre eles era fator motivacional para o aprendizado. A questão 10 avaliou o impacto do jogo na satisfação dos alunos, a maioria respondeu que concordavam com a afirmativa “estou satisfeito com o uso do Kahoot para o aprendizado de alguns tópicos da disciplina”.

O fato de o jogo permitir um desafio entre equipes, em sua configuração, utilizando temas relacionadas aos conteúdos estudados em sala de aula tiveram como objetivo estreitar a ligação entre os desafios enfrentados no jogo e aqueles encarados pelo aluno no seu cotidiano escolar e motivar a busca pelo aprendizado. Corroborando outros estudos (FIGUEIREDO et al., 2015; BATISTA et al., 2016; MARTINS; GOUVEIA, 2019), expor o aluno à atividades desafiadoras como jogo de competição pode incentivar a superação das dificuldades enfrentadas pelos alunos na vida acadêmica e fomentar identificação de padrões de solução usando ferramentas que facilitem a transposição de barreiras fora do jogo. Apesar da possibilidade de insucesso no ato de jogar, os jogadores devem entender que as habilidades trabalhadas trazem benefícios e compreender a importância da experiência como motivadora para a busca proativa de conhecimento.

5 | CONCLUSÃO

Para atender às novas perspectivas da prática docente na educação em saúde, é necessário que docentes se habilitem para a formação de alunos críticos, reflexivos e criativos, capazes de comprometerem-se com a construção de um aprendizado enriquecedor. Para isso ocorrer, torna-se necessário não só o domínio sobre a teoria abordada, mas a construção de uma preparação pedagógica eficiente para o aprendizado deste conteúdo. Nesse sentido, a plataforma Kahoot como jogo educacional auxiliou positivamente em todos os aspectos da aprendizagem através da motivação oferecida pela competição. O uso da gamificação de conteúdos abre espaço para novas propostas pedagógicas e deve ser incentivado para que maior número de alunos e docentes participem.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. R. G.; MINHO, M. R. S.; e DINIZ, M. V. C. **Gamificação: diálogos com a educação**. In: FADEL, L. M. et al. (Org.), *Gamificação na Educação*. São Paulo, Pimenta Cultural, 2014, pp 74-97.
- ARAÚJO, C.S. **Fundamentos da Metodologia de Ensino Ativa (1890-1931)** UNIUBE/UFU, 37ª Reunião Nacional da ANPEd – 04 a 08 de outubro de 2015, UFSC – Florianópolis.
- BATISTA, E et al. **Desenvolvimento e avaliação de um jogo multiplayer voltado à prática de atividades em sala de aula**. In V Congresso Brasileiro de Informática na Educação. CBIE 2016. Anais do XXVII Simpósio Brasileiro de Informática na Educação. SBIE 2016.
- DELLOS, R. **Kahoot! A digital game resource for learning**. *International Journal of Instructional Technology and Distance Learning*. v. 12, n. 4, 2015.
- FARDO, M.L. **A gamificação aplicada em ambientes de aprendizagem**. *CINTED-UFRGS*, v. 11, n. 1, julho, 2013.
- FIGUEIREDO, M et al. **Gamificação e educação: um estado da arte das pesquisas realizadas no Brasil**. Anais dos Workshops do IV Congresso Brasileiro de Informática na Educação. CBIE 2015, p. 1154-63. DOI: 10.5753/cbie.wcbie.2015.1154
- LIMA, A.S. et al. **Análise do impacto do uso da ferramenta kahoot no processo de ensino-aprendizagem no ensino superior**. Congresso Nacional de Pesquisa e Ensino em Ciências. CONAPESC, anais, v.3, 2018, ISSN2525-3999.
- MARTINS, C.; GIRAFFA L.M.M. **Possibilidades de ressignificações nas práticas pedagógicas emergentes da gamificação**. *ETD- Educação Temática Digital* Campinas, SP v.20 n.1 p. 5-26 jan./mar.2018. DOI 10.20396/etd. v20i1.8645976
- MARTINS, E.R.; GOUVEIA, L.M.B. **Aprendizagem Móvel com a Tecnologia Educacional Kahoot: Uma Discussão da Perspectiva dos Aprendizes**. *Revista Educaonline*, v.13, n. 3, p. 37-57, 2019. ISSN 1983-2664.
- MOURA, D.G. **Metodologias Ativas de Aprendizagem e os desafios educacionais da atualidade**. Palestra apresentada no XI Encontro Nacional de Dirigentes de Graduação das IES Particulares, realizada na Universidade Positivo / Curitiba-PR, em 11/09/2014, com apoio da Funadesp - Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular, no contexto da temática Novos Arranjos Acadêmicos para Aprendizagem Eficaz.
- SANDE, D.; SANDE, D. **Uso do kahoot como ferramenta de avaliação e ensino-aprendizagem no ensino de microbiologia industrial**. *Holos*, ano 34, v. 1, p. 170-79, 2018.

MIELORADICULOPATIA ESQUISTOSSOMÓTICA: RELATO DE CASO

Data de aceite: 01/06/2020

Sérgio Alvim Leite

Médico e professor da Universidade UNIFACIG

Juliana Santiago da Silva

Professora da Universidade UNIFACIG

Gabriela Heringer Almeida

Acadêmica de medicina da Unifacig

José Renato de Oliveira Campos Paiva

Acadêmico de medicina da Unifacig

Yan Heringer de Oliveira

Acadêmico de medicina da Unifacig

Sara Hertel Ribeiro D' Avila

Acadêmica de medicina da Unifacig

Letícia Nora Henri Guitton

Acadêmica de medicina da Unifacig

Rebeca Muniz Gomes da Costa Silva

Acadêmica de medicina da Unifacig

RESUMO: A esquistossomose mansônica é uma doença endêmica de muitas regiões do Brasil, dentre elas o estado de Minas Gerais. Sabe-se que os vermes adultos vivem no sistema porta e ao chegarem no fígado desenvolvem a maturidade sexual e migram para as veias mesentéricas, onde ocorre o acasalamento e posteriormente a postura de ovos. No entanto, pode haver formas ectópicas da doença, como a mielorradiculopatia esquistossomótica.

Paciente do sexo masculino, com 31 anos, inicialmente queixando-se de dor nas pernas, evoluiu para dificuldade em urinar e alterações na marcha. Foi solicitado exame de sangue e ressonância, que constataram, respectivamente, eosinofilia e imunofluorescência indireta para *Schistosoma mansoni* reagente, e aumento volumétrico importante na região do cone medular, confirmando assim mielorradiculopatia esquistossomótica. O paciente foi tratado com Praziquantel e segue medicado com Prednisona e Complexo B.

PALAVRAS-CHAVE: Esquistossomose; Mielorradiculopatia esquistossomótica; *Schistosoma mansoni*.

1 | INTRODUÇÃO

A esquistossomose é uma enfermidade causada por parasitos do gênero *Schistosoma*, pertencentes à classe Trematoda do filo Platyelmintho. As espécies de *Schistosoma* chegaram à América com o tráfico de escravos e com os imigrantes orientais, porém apenas o *Schistosoma mansoni* se fixou no Brasil (NEVES, 2004).

Trata-se de uma doença de caráter endêmico e está associada à pobreza e

ao baixo desenvolvimento econômico. Entre as parasitoses que afetam o homem, a esquistossomose é uma das mais disseminadas no mundo, ocupando segundo lugar depois da malária (ROCHA, 2016).

Estima-se que 200 milhões de pessoas no mundo estão infectadas, outras 779 milhões correm risco de infecção e que a doença chega a causar 200 mil mortes por ano (ROCHA, 2016). O Brasil é o país com maior número de casos (ROCHA, 2016).

A média de portadores de *S. mansoni* no Brasil no período de 2003 a 2012 foi de 101.293. De 2000 a 2003 a taxa média de positividade situou-se em torno de 125.906, decrescendo gradativamente a partir de 2004 e alcançando 26.667 em 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Na década de 90, a OMS estimou uma perda de 4,5 milhões de DALYs (Disability-adjusted life years) pela esquistossomose no mundo. Esse indicador mede a morbimortalidade considerando os anos de vida perdidos ajustados pela incapacidade ou os anos de vida potencialmente perdidos pela morte prematura devido à doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

De acordo com o Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose mansônica e Geohelmintoses, os resultados para esquistossomose mostraram que as macrorregiões Nordeste e Sudeste apresentaram os maiores índices de positividade, sendo de 1,27% e 2,35%, respectivamente (KATZ, 2018). Nas áreas endêmicas para esquistossomose, como o estado de Minas Gerais, a proporção de positivos foi de 0,27% e 3,28% nos municípios com mais ou menos de 500.000 habitantes, respectivamente. Dentre os estados que apresentaram as maiores proporções de positivos nos municípios com população até 500 mil habitantes, inclui-se Minas Gerais (5,81%) (KATZ, 2018).

Em decorrência do seu ciclo biológico, os principais órgãos acometidos pelo *Shistosoma mansoni* são fígado, baço, pulmão e intestino, ocasionando as formas hepatoesplênica, pulmonar e intestinal da doença. No entanto, o parasito também pode migrar para a medula espinhal, desenvolvendo a forma ectópica mais grave e incapacitante da esquistossomose, a mieloradiculopatia esquistossomótica (MRE) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, a MRE é uma doença de difícil diagnóstico, sendo, portanto, subnotificada, de prevalência desconhecida e morbidade subestimada. Diante disso, tem-se como objetivo o relato de um caso de MRE, bem como a discussão de seus aspectos anatomopatológicos.

Dessa forma, contribui-se para o desenvolvimento de um diagnóstico diferencial da doença e, por conseguinte, para a redução da morbidade e da mortalidade causadas pela mesma.

2 | METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a construção deste artigo tem como objetivo apresentar o tema Mielorradiculopatia Esquistossomótica (MRE). Sendo assim, foram avaliados artigos que abordam aspectos imunológicos, aspectos clínicos, diagnóstico, tratamento e dados epidemiológicos. O artigo apresenta natureza básica e uma abordagem qualitativa, de modo que traz um relato de caso e um estudo bibliográfico com revisão literária de publicações que acrescentam correlações teóricas com a mielite esquistossomótica.

Logo, por intermédio dessa revisão bibliográfica foi apresentada características fundamentais da MRE, utilizando artigos selecionados nos sites: Google Acadêmico, Portal Periódicos da Capes e biblioteca virtual Scielo. Esse é um estudo retrospectivo analítico de um paciente morador da zona rural de Reduto, ao qual foi fornecido um termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) para a utilização dos dados clínicos e dos exames de imagem referentes ao seu quadro patológico.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente A.R.S., 31 anos, sexo masculino, residente no interior de Minas Gerais e trabalhador rural, procurou o pronto atendimento no dia 14 de janeiro de 2018 queixando-se de dor nos membros inferiores, sendo medicado com analgésico e liberado. Houve melhora sob o efeito do medicamento, porém a dor persistiu no decorrer da semana levando o paciente a recorrer ao serviço médico inúmeras vezes para receber a medicação.

Após alguns dias, o quadro clínico evoluiu para dificuldade em urinar e alterações na marcha. Diante disso, foi solicitado exame de sangue e, encaminhado para o neurologista, o paciente foi submetido à ressonância.

O exame de sangue constatou eosinofilia (8,6 células/mm³) e imunofluorescência indireta para *Schistosoma mansoni* reagente (1:256), e a ressonância mostrou aumento volumétrico importante na região do cone medular, confirmando assim a mieloradiculopatia esquistossomótica.

O paciente foi tratado com Praziquantel e segue medicado com Prednisona e Complexo B.



Figura 1- Ressonância Magnética evidenciando dilatação do cone medular (Seta Azul).

A contaminação pelo *S. mansoni* se dá através das cercárias que penetram na pele ou nas mucosas quando o homem entra em contato com água contaminada. Após a penetração, as larvas migram pelo tecido subcutâneo e são levadas pelos vasos sanguíneos até os pulmões, chegando, em seguida, ao sistema porta, onde se alojam. No sistema porta intra-hepático elas se desenvolvem para a forma adulta e o macho e a fêmea migram acasalados para a veia mesentérica inferior, na qual fazem oviposição (NEVES, 2004).

Os ovos e vermes podem deslocar-se através do plexo venoso vertebral epidural de Batson, que conecta o sistema venoso portal e a veia cava às veias do canal espinhal. Como o ovo de *S. mansoni* possui maior diâmetro e uma espícula lateral, sua ascensão para o cérebro é dificultada. Sendo assim, tem-se uma maior incidência de mielopatia esquistossomótica na região lombossacra, como no caso em questão (SILVA, ET AL; 2004).

A presença do ovo com embrião maduro estimula uma reação do tipo hipersensibilidade tardia (DTH) com formação de granuloma. Tal reação é uma resposta imune aos produtos antigênicos liberados pelo embrião maduro, uma vez que nem a casca nem o miracídeo isolados levam a formação do granuloma. O grande número de

ovos alojados em áreas circunscritas e envoltos pela reação granulomatosa lesam o tecido nervoso tanto diretamente, como pelo efeito de massa (ABBAS, 2015).

4 | ASPECTOS IMUNOLÓGICOS

O *S. mansoni* estimula a diferenciação de células TCD4+ imaturas para o subconjunto de células efectoras Th2, que secretam IL-4 e IL-5. A IL-4 estimula a produção de IgE, a qual se liga ao receptor Fc de eosinófilos e de mastócitos, e a IL-5 estimula o desenvolvimento dos eosinófilos e os ativa. A IgE reveste os parasitas e os eosinófilos se ligam a ela, sendo ativados para liberar seus conteúdos granulares que destroem o helminto, formando o granuloma em torno do ovo (ABBAS, 2015).

Os granulomas induzidos por TH2 servem para conter os ovos de esquistossomos, porém a fibrose produz uma lesão expansiva tumoral, com efeito de massa e destruição do tecido circunjacente. Assim, macroscopicamente é possível observar nódulos brancacentos, localizados preferencialmente nas regiões inferiores da medula espinhal e na raiz da chamada cauda equina. Pode causar ainda congestão da leptomeninge e aumento volumétrico localizado, particularmente do cone medular (NEVES, 2004).

5 | ASPECTOS CLÍNICOS

Alguns estudos apontaram que a mielorradiculopatia esquistossomótica possui muitas variações clínicas, podendo ser assintomática ou até levar à necrose da medula, sendo a maior parte dos casos intermediários, apresentando lesões anatomopatológicas de diversos tipos e intensidade (SILVA, 2004).

Frequentemente o início dos sintomas é agudo e a maioria dos pacientes são previamente assintomáticos. A queixa de dor lombar do tipo radicular é a primeira manifestação e pode ou não estar acompanhada de disfunção vesical. Já a fraqueza muscular de membros inferiores é o sintoma mais habitual e grave, podendo causar dificuldade de marcha. Impotência sexual, constipação intestinal e parestesia de membros inferiores são outros sintomas que podem aparecer isolados ou em associações diversas, bem como arreflexia, hiporreflexia ou hiperreflexia ósteotendinosa. Alterações sensitivas, como comprometimento das sensibilidades tátil e dolorosa, estão associadas aos distúrbios motores em quase todos os casos (SILVA, 2004).

Ao avançar da doença os sintomas neurológicos podem ser acrescentados ou substituídos. Em alguns casos pode haver melhora parcial do quadro inicial, reaparecendo posteriormente sintomas. Pessoas que não residem em áreas endêmicas e são contaminadas em viagens têm mais probabilidade de apresentar febre e dor abdominal acompanhadas de sintomas neurológicos do que os moradores das áreas endêmicas

(SILVA, 2004).

6 | DIAGNÓSTICO

O diagnóstico tem como base três pontos importantes: manifestações clínicas (evidência clínica de lesão neurológica), exclusão de outras causas de mielopatia, e confirmação da infecção pelo *S. mansoni* (comprovada por técnicas microscópicas e/ou sorológicas) (PEREIRA, 2010).

As manifestações clínicas são variadas, como citado anteriormente. A exclusão de outras causas requer a realização de exames de imagem, especialmente a ressonância magnética (RNM) da medula, e exames laboratoriais, como hemograma, proteína C reativa e exame do líquido (LCR). O LCR pode revelar pleocitose linfomononuclear, eosinofilia e hiperproteinor-raquia e positividade de reações imunológicas específicas para esquistossomose. A RNM mostra alterações em praticamente todos os casos, as quais não são específicas da doença e incluem: aumento do diâmetro da medula espinhal e/ou de raízes da cauda equina; hiperintensidade do sinal na região acometida, representando aumento do conteúdo de água (edema); e captação heterogênea de contraste, com pequenas áreas focais de acentuação formando frequentemente um padrão granular. A demonstração de ovos no tecido nervoso por meio de biópsia representa a única prova incontestável por ser uma técnica mais sensível do acometimento medular pelo *Schistosoma*. Os ovos podem também ser encontrados nas fezes, urina ou tecidos (como mucosa retal). Além disso, podem ser usados critérios sorológicos e epidemiológicos, e técnica de ultrassonografia para diagnosticar alterações hepáticas (PEREIRA, 2010).

Ademais, há a necessidade de realizar diagnóstico diferencial excluindo mielites bacterianas ou virais (HIV, HTLV ou herpes vírus, sífilis, abscessos medulares, tuberculose e mielopatia associada ao vírus B da hepatite), hérnia discal lombar, esclerose múltipla, trauma medular, injeção intratecal, radiação, tumores, deficiência de vitamina B12, síndrome antifosfolípide, vasculite diabética ou autoimune, siringomielia e neurocisticercose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

7 | TRATAMENTO

O tratamento da MRE é baseado em medidas específicas, profiláticas e multidisciplinares. As específicas consistem em tratamento com praziquantel e corticoterapia em duas etapas, pulsoterapia com metilprednisona por cinco dias (terapia anti-inflamatória para rápida remissão do quadro) e manutenção por cerca de seis meses com prednisona para evitar recidivas. Já as medidas profiláticas das possíveis complicações são voltadas para o uso de ivermectina e albendazol, para possível coinfeção por estrongilóides,

e ranitidina, para manejo de efeitos adversos da corticoterapia. Em seguida, tem-se as multidisciplinares, que se resumem a cuidados de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional e psicoterapia. (SILVA, 2004)

8 | CONCLUSÃO

Diante dos dados analisados, pode-se observar que a esquistossomose e as suas formas ectópicas são doenças negligenciadas no Brasil, ainda que estejam presentes em muitas áreas do território brasileiro, inclusive em regiões consideradas socioeconomicamente melhores, como o estado de Minas Gerais. Além disso, é uma doença capaz de gerar agravos de grande importância clínica, como a mielorradiculopatia esquistossomótica, cujo diagnóstico deve ser rápido devido à gravidade das morbidades causadas, o que é confirmado pelo relato de caso em questão.

Dessa forma, é necessário que haja mais estudos voltados para a esquistossomose e as suas complicações, a fim de ampliar o conhecimento sobre essa parasitose e facilitar o rápido diagnóstico diferencial.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. *Imunologia celular e molecular*. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Vigilância da Esquistossomose Mansonii: diretrizes técnicas/ Ministério da Saúde*, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 144p. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_esquistossome_mansonii_diretrizes_tecnicas.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica e controle da mielorradiculopatia esquistossomótica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 28p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- KATZ, N. *Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose mansonii e Geo-helminthoses*/Naftale Katz. – Belo Horizonte: CPqRR, 2018. 76p.
- NEVES, D. P. *Parasitologia Humana*. 11 ed. São Paulo: Atheneu, 2004.
- PEREIRA, A. L. D. D., MARTINS, A. R. B., MORAIS, A., CORDEIRO, B. D. M., FONTANELA, B. D. G.,
- FLAM, E. L., SIQUEIRA, I. D. A., MENDONÇA, L. G., LAMBERTUCCI, J. R. *Mielorradiculopatia esquistossomótica: relato de caso*. *Rev Med, Minas Gerais* 2010; 20 (2 Supl 1): S123-S125.
- ROCHA, T. J., SANTOS, M. C. S., LIMA, M. V. M. D., CALHEIROS, C. M. L., WANDERLEY, F. S. *Aspectos epidemiológicos e distribuição dos casos de infecção pelo Schistosoma mansonii em municípios do Estado de Alagoas, Brasil*. *Rev Pan-Amaz Saude* 2016; 7(2):27-32.
- SILVA, J. H., BARBOSA, M., COSTA, J. B., FERRARI, T. C. D. A. *Mielorradiculopatia esquistossomótica*. *Revista Médica de Minas Gerais, Minas Gerais*, v. 13.1, 2004.

SILVA, L. C. S., MACIEL, P. E., RIBAS, J. G. R., PEREIRA, S. R. D. S., SERUFO, J. C., ANDRADE, L.M., ANTUNES, C. M., LAMBERTUCCI, J. R. Mielorradiculopatia esquistossomótica. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., v.37, n.3, p.261-272. Uberaba: 2004.

NEUROPATIA DIABÉTICA E SEUS CUIDADOS EM PACIENTE DESCOMPENSADO: RELATO DE CASO

Data de aceite: 01/06/2020

Renata Teixeira de Melo Diniz
João Pedro Lima Trindade
Tony Carlos Rodrigues Júnior
Danielle Mendes Pinheiro Emerick
Josianne Romagnoli Silva
Talita de Freitas Souza
Amanda de Castro Vieira
Fernanda Lima Ferreira
Larissa Gabrielle Rodrigues
Hugo Uliana Guerra
Thais Ferreira Perigolo
Kennet Anderson dos Santos Alvarenga

RESUMO: Diabetes Mellitus (DM) pode acometer qualquer idade, mas predomina na população adulta e é responsável por elevada mortalidade por doença cardiovascular e complicações microvasculares. Visando aumentar a sobrevida é importante o seu diagnóstico precoce. A complicação mais prevalente do Diabetes Mellitus é a neuropatia diabética. Este relato de caso tem por objetivo apresentar um paciente diabético com esta complicação e evidenciar os principais cuidados e sua importância. Sua evolução culminou em feridas intratáveis e diversas amputações. Sua última internação ocorreu por quadro de dor em terceiro quirodáctilo em membro superior

esquerdo. Devido à ausência de sensibilidade local e vasculatura o mesmo foi submetido à cirurgia de amputação transradial do membro superior esquerdo. Evoluiu com melhora do quadro recebendo alta médica com prescrição de medicamentos e orientações.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus; Neuropatias Diabéticas; Hiperglicemia.

ABSTRACT: Diabetes Mellitus (DM) can affect people of any age, but it predominates in the adult population and it is responsible for high mortality from cardiovascular disease and microvascular complications. In order to increase survival, early diagnosis is important. The most prevalent complication of Diabetes Mellitus is diabetic neuropathy. This case report aims to present a diabetic patient with this complication and to highlight the main care and its importance. Its evolution culminated in intractable wounds and several amputations. His last hospitalization was due to pain in the third finger in the left upper limb. Due to the absence of local sensitivity and vasculature, he was submitted to transradial amputation surgery of the left upper limb. His condition improved, making him be discharged with prescription of medication and medical guidelines.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus; Diabetic Neuropathies; Hyperglycemia.

1 | INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus é uma doença que apresenta pela hiperglicemia sérica provocada por distúrbios relacionados com a insulina (MARASCHIN *et al.*, 2010). Fisiologicamente esse hormônio é sintetizado pelas células beta-pancreáticas e seus alvos possuem receptores específicos. (MARASCHIN *et al.*, 2010). Há dois tipos de Diabetes Mellitus: Tipo 1 e Tipo 2 (MARASCHIN *et al.*, 2010).

O Diabetes Mellitus tipo 1 é resultante da destruição das células beta pancreáticas decorrente de um processo imunológico que compromete a produção de insulina (SILVA; MORY; DAVINI, 2008). Possuem HLA DR3/4 positivo contra as células beta pancreáticas. Os principais anticorpos são: anti-GAD, anti-insulina, anti-IA2/ICA 512 e anti-ZN78. Pode ser dividido em três estágios: normoglicemia, disglucemia e hiperglicemia sintomática (SILVA; MORY; DAVINI, 2008). Os indivíduos são magros e as manifestações clínicas aparecerem de forma rápida, dias a meses, e são caracterizadas por: fome em excesso, polidipsia, poliúria, cansaço, perda de peso e astenia (SILVA; MORY; DAVINI, 2008; MARASCHIN *et al.*, 2010).

O Diabetes Mellitus tipo 2 é o mais prevalente, 90% dos casos, e resulta da resistência dos receptores ao hormônio insulina, conseqüentemente há um aumento da produção devido ao feedback negativo na tentativa de manter homeostase glicêmica (SARTORELLI; FRANCO, 2003; VILARINHO *et al.*, 2008). É uma doença genética precipitada por fatores ambientais. O quadro clínico é caracterizado por poliúria, polidipsia, alterações visuais, dores nas pernas e outros, podendo evoluir gravemente com desidratação e coma (SARTORELLI; FRANCO, 2003; VILARINHO *et al.*, 2008). O controle da hiperglicemia é preditivo, pois em sua fase crônica está associada a lesões da microcirculação com prejuízos no funcionamento de órgãos alvos, coração e rins, e também lesando as fibras axonais dos nervos periféricos (SARTORELLI; FRANCO, 2003; VILARINHO *et al.*, 2008; MARASCHIN *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2012).

A confirmação precoce do Diabetes Mellitus é importante, pois evita complicações agudas, hipoglicemia e cetoacidose diabética, e complicações crônicas, neuropatia diabética, retinopatia diabética e nefropatia diabética (SOUZA *et al.*, 2012; NASCIMENTO; PUPE; CAVALCANTI, 2016). O controle glicêmico dos pacientes com diagnóstico prévio diminui consideravelmente o risco do aparecimento das complicações relatadas (SOUZA *et al.*, 2012; NASCIMENTO; PUPE; CAVALCANTI, 2016).

A neuropatia diabética é uma complicação em que a hiperglicemia lesa as fibras dos nervos periféricos gerando um quadro clínico que limita a vida do paciente (BORTOLETTO; HADDAD; KARINO, 2009; CORTEZ *et al.*, 2015; NASCIMENTO; PUPE; CAVALCANTI, 2016).

O objetivo do estudo de caso é apontar a dificuldade do controle glicêmico em paciente

descompensado e sem adesão ao tratamento com a complicação mais prevalente, a neuropatia diabética.

2 | METODOLOGIA

Trata-se um relato de caso a cerca de um paciente com controle glicêmico inadequado e que desenvolveu complicações a cerca de uma comorbidade diabética assistido pela equipe hospitalar de um hospital da Zona da Mata Mineira. As informações foram obtidas por meio de coleta de dados como anamnese e exame físico e análise de exames complementares após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelo paciente.

A análise foi feita com único intuito de pesquisa associado à pesquisa bibliográfica, nas bases de dados PUBMED, MedLine, Sciello sendo considerado para análise artigos dos últimos 20 anos (1999 e 2019).

O levantamento dos dados foi realizado em abril de 2017. Nenhum dado deste trabalho permite a identificação do paciente Estudo em consonância com a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A.P.G., 58 anos, masculino, motorista de ônibus aposentado, natural e procedente de Santa Margarida – MG. Casado, 5 filhos.

Portador de Diabetes Mellitus tipo 2 (refratária à tratamento insulínico) há 27 anos, hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, dislipidemia e insuficiência renal crônica estágio V (final), em hemodiálise desde abril de 2010 (segundas, quartas e sextas feiras). Medicamentos em uso: insulina NPH 35 UI (terça, quinta, sábado e domingo) e 25 UI (segunda, quarta e sexta após hemodiálise), Anlodipino (10mg, dois comprimidos de 5mg à noite), Losartana (50mg à noite), Carvedilol (6,25 mg, dois comprimidos de 3,125mg um pela manhã e um à noite), Sinvastatina (20mg pela manhã), AAS (100mg pela manhã) e Omeprazol (20mg pela manhã). Hábitos alimentares irregulares. Ex-tabagista 10 anos/maço. Nega etilismo.

Amputações já realizadas: membro inferior direito transtibial e membro inferior esquerdo 2° e 3° pododáctilo. Dermatite ocre em membro inferior esquerdo.

Admitido na Unidade de Pronto Atendimento de Manhuaçu no dia 21 de abril de 2017 devido a lesão inflamatória no 3° quirodáctilo esquerdo com evolução para necrose, com perda de sensibilidade e purulência associada à dor, sem outras queixas. Foi transferido para o Hospital César Leite de Manhuaçu no dia 24 de abril onde realizou cirurgia de amputação de membro superior esquerdo transradial. Evoluiu com melhora apesar de

queixar-se de dor e perda da sensibilidade na região.

Paciente recebeu alta no dia 3 de maio, com prescrição para casa de cefalexina 500mg de 6/6 horas por sete dias e paracetamol + fosfato de codeína (500mg; 30mg) de 6/6 horas em caso de dor.

O rastreio do Diabetes Mellitus para o tipo 2 é realizado nas seguintes situações. Paciente com idade superior a quarenta e cinco anos ou independente da idade em indivíduos sobrepeso com pelo menos dois fatores de risco como: história familiar positiva de diabetes mellitus em parente de primeiro grau; etnicidade de risco como negros, hispânicos, nativos americanos, asiáticos, moradores de ilhas do Pacífico; hipertensos com pressão arterial superior a 140x90 mmHg; dislipidemia (HDL < 35mg/dl e/ou triglicerídeos > 250mg/dl); sedentarismo; síndrome dos ovários policísticos; história de doença cardiovascular; história prévia de glicemia alterada ou intolerância à glicose com hemoglobina glicada superior a 5,7%; história de diabetes gestacional e outras condições associadas à síndrome metabólica (SOUZA *et al*, 2012; NASCIMENTO; PUPE; CAVALCANTI, 2016).

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes 2015/2016, o diagnóstico de Diabetes Mellitus é dado a partir do segundo exame positivo. A confirmação laboratorial se dá de três maneiras necessitando da positividade de apenas um. A tabela 1 elucida as formas de coleta e resultados esperados para comprovação de Diabetes Mellitus.

Coleta	Glicemia
Jejum de 8 horas	>126mg/dl
Casual(qualquer hora do dia)	>200mg/dl associado a sintomas do diabetes
Hemoglobina Glicada (HbA1C)	5,7-6,4%
Duas horas após sobrecarga de 75g de glicose oral	>200mg/dl

Tabela 1: Parâmetro laboratorial para Diabetes Mellitus.

FONTE: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015/2016.

O diabetes melitos quando não diagnosticado e tratado corretamente, evolui com complicações graves. O tratamento não farmacológico envolve terapia nutricional e atividade física. Já o tratamento medicamentoso envolve drogas antidiabéticas e insulino terapia. As metas terapêuticas são: HbA1c <7%; pressão arterial < 140x90 mmHg; triglicerídeos <150 mg/dl; HDL > 40 mg/dl no homem e >50 mg/dl na mulher. Manter uma glicemia pré-prandial entre 80 e 130 mg/dl e pós-prandial inferior a 180 mg/dl (CAIAFA, 2011; SOUZA *et al.*, 2012).

Em caso de tratamento não correto as complicações podem se desenvolver durante os anos (OCHOA-VIGO; PACE, 2005). A complicação microvascular mais prevalente do diabetes melitos é a neuropatia diabética (GAGLIARDI, 2003; BORTOLETTO; HADDAD;

KARINO, 2009). As formas da mesma são: polineuropatia distal simétrica que provoca sintomas sensitivos evoluindo para sintomas motores; a mononeuropatia com síndrome do túnel do carpo e a mais clássica a paralisia do III par craniano predominando a clínica de diplopia, estrabismo divergente; mononeurite múltipla; amiotrofia diabética e disautonomia (DIAS; CARNEIRO, 2000; GAGLIARDI, 2003; OCHOA-VIGO; PACE, 2005; BORTOLETTO; HADDAD; KARINO, 2009). É definida como uma disfunção dos nervos periféricos em pacientes hiperglicêmicos. É responsável por elevadas admissões hospitalares e provoca amputações não traumáticas e incapacitantes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015; 2016).

O pé diabético é uma complicação clínica da neuropatia diabética decorrente da fisiopatologia da polineuropatia simétrica distal. É a principal causa de amputação não traumática de membros inferiores (DIAS; CARNEIRO, 2000; GAGLIARDI, 2003; OCHOA-VIGO; PACE, 2005; CAIAFA, 2011).

A polineuropatia simétrica distal tem como base fisiológica a lesão das fibras A (axonais grossas mielinizadas) responsáveis pela condução da sensibilidade proprioceptiva e vibratória e de fibras C (finas não mielinizadas) que conduzem a sensibilidade térmica, dolorosa e tátil (GAGLIARDI, 2003; BRASILEIRO *et al.*, 2005; SACCO *et al.*, 2007; BORTOLETTO; HADDAD; KARINO, 2009). A lesão, por iniciar distalmente, acometendo primeiro os nervos periféricos dos membros inferiores (DIAS; CARNEIRO, 2000; BRASILEIRO *et al.*, 2005; SACCO *et al.*, 2007).

Alguns pacientes apresentam sinais como hipoestesia plantar ou em pododáctilos para diferentes tipos de sensibilidade (vibração, tato, picada de agulha, frio) e perda do reflexo do Aquileu. Estes são suscetíveis a úlceras plantares indolores, que podem infeccionar e causar gangrena úmida (pé diabético) (BRASILEIRO *et al.*; OCHOA-VIGO; PACE, 2005; SACCO *et al.*, 2007; BORTOLETTO; HADDAD; KARINO, 2009).

Por essa razão é necessária uma adequada inspeção do pé pelo próprio paciente. Essa complicação está associada à hiperglicemia, de caráter insidioso e irreversível, podendo ser um dos sinais de abertura do quadro de Diabetes Mellitus 2 (DIAS; CARNEIRO, 2000; BRASILEIRO *et al.*, 2005; SACCO *et al.*, 2007; NASCIMENTO; PUPE; CAVALCANTI, 2016).

Tabagismo, níveis de glicose altos, excesso de peso, triglicérides elevado, pressão alta, tempo do diabetes e doença renal são fatores de risco para a progressão da neuropatia (SACCO *et al.*, 2007). Tanto as alterações na circulação quanto no metabolismo podem causar prejuízos aos nervos periféricos, e com o tempo o comprometimento da transmissão de sensibilidade destes. (PACE *et al.*, 2002; BRASILEIRO *et al.*, 2005; SACCO *et al.*, 2007).

O tratamento da neuropatia consiste no cuidado com o pé necessitando de sapatos com solado macio, evitar deambular descalço, e principalmente fazer a auto-inspeção diária dos pés e a terapia medicamentosa em caso de dor neuropática (ROCHA; ZANETTI;

DOS SANTOS, 2009). Os curativos e compressas úmidas são utilizados nas úlceras não infectadas. Tratar com antibióticos qualquer infecção que aparecer. Desbridar tecidos desvializados e indicar revascularização nos casos merecedores. O controle glicêmico é importante para evitar a progressão desta complicação (ROCHA; ZANETTI; DOS SANTOS, 2009; NASCIMENTO; PUPE; CAVALCANTI, 2016).

4 | CONCLUSÃO

Podemos então considerar que o paciente relatado apresenta quatro fatores de risco (hipertenso, ex-tabagista, diabético de longa data, doença renal crônica) para a progressão da neuropatia. Com o histórico de amputações é notável a falta de cuidado e atenção com as lesões e infecções resultantes do diabetes descompensado. A falta de adesão ao tratamento e a dificuldade do controle glicêmico resultaram no mau prognóstico do paciente e justifica a sua principal complicação, a neuropatia diabética. Ressaltando mais uma vez a necessidade extrema do controle e cuidado com a doença.

REFERÊNCIAS

- BORTOLETTO, Maira Sayuri Sakay; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; KARINO, Marcia Eiko. Pé diabético, uma avaliação sistematizada. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 13, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/2795>> Acesso em: 10 de maio de 2017. (BORTOLETTO; HADDAD; KARINO, 2009)
- BRASILEIRO, José Lacerda et al. Pé diabético: aspectos clínicos. **Jornal vascular brasileiro**, v. 4, n. 1, p. 11-21, 2005. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2450/245020496004.pdf>> Acesso em 10 de maio de 2017.
- CAIAFA, Jackson Silveira et al. Atenção integral ao portador de pé diabético. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, vol.10, n.4. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492011000600001> Acesso em: 10 de maio. 2017.
- CORTEZ, Daniel Nogueira et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 250-255, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000300250&script=sci_arttext> Acesso em: 10 de maio de 2017.
- DIAS, Rafael José Soares; CARNEIRO, Armando Pereira. Neuropatia diabética: fisiopatologia, clínica e eletroneuromiografia. **Acta Fisiátrica**, v. 7, n. 1, p. 35-44, 2000. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/actafisiatrica/article/view/102254>> Acesso em: 10 de maio de 2017.
- GAGLIARDI, Antonio RT. Neuropatia diabética periférica. **Jornal vascular brasileiro**, v. 2, n. 1, p. 67-74, 2003. Disponível em: <https://studioinictus.com.br/wp-content/uploads/2017/10/diabetes_neuropatia.pdf> Acesso em: 10 de maio de 2017.
- GROSS, J.L; NEHME, M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, vol.45, n.3, jul./set. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42301999000300014&script=sci_arttext> Acesso em: 10 de maio. 2017.
- MARASCHIN, Jorge de Faria et al. Classificação do diabete melito. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**,

São Paulo, vol.95, n.2, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001200025> Acesso em: 10 de maio. 2017.

NASCIMENTO, Osvaldo; PUPE, Camila; CAVALCANTI, Eduardo. Neuropatia diabética. Revista Dor, São Paulo, **vol.17, n.1, 2016**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000500046&script=sci_arttext&lng=pt> Acesso em: 10 de maio. 2017.

OCHOA-VIGO, Kattia; PACE, Ana Emilia. Pé diabético: estratégias para prevenção. **Acta paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 100-109, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a14v18n1>> Acesso em: 10 de maio de 2017

OLIVEIRA, José Egidio Paulo; VENCIO, Sérgio (org.). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>> Acesso em 10 de maio. 2017.

PACE, Ana Emília et al. Fatores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n.5, p. 514-521, set./out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n5/v55n5a06.pdf>> Acesso em: 10 de maio. 2017.

ROCHA, Roseanne Montargil; ZANETTI, Maria Lúcia; DOS SANTOS, Manoel Antônio. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 17-23, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a03v22n1> > Acesso em: 10 de maio de 2017

SACCO, Isabel de Camargo Neves et al. Avaliação das perdas sensório-motoras do pé e tornozelo decorrentes da neuropatia diabética. **Rev Bras Fisioter**, v. 11, n. 1, p. 27-33, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbfis/v11n1/05.pdf>> Acesso em: 10 de maio de 2017.

SARTORELLI, Daniela Saes; FRANCO, Laércio Joel. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cadernos de saúde pública**, v. 19, p. S29-S36, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000700004&script=sci_arttext&lng=pt> Acesso em: 10 de maio de 2017.

SILVA, Maria Elizabeth Rossi da; MORY, Denise; DAVINI, Elaine. Marcadores genéticos e auto-ímmunes do diabetes melito tipo 1: da teoria para a prática. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, 2008. Disponível em: <<http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/4307>> Acesso em: 10 de maio de 2017.

SOUZA, Camila Furtado de et al. Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento. **Arquivos brasileiros de endocrinologia & metabologia. São Paulo. Vol. 56, n. 5 (2012), p. 275-284**, 2012. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/118206>> Acesso em: maio de 2017.

VILARINHO, Rosa Maria Fernandes et al. Prevalência de fatores de risco de natureza modificável para a ocorrência de diabetes mellitus tipo 2. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 452-456, 2008. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1277/127715320009.pdf>> Acesso em: 10 de maio de 2017.

SOBRE OS ORGANIZADORES

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO - Possui graduação em nutrição pela Universidade Federal da Grande Dourados concluída em 2017 com a monografia “Analysis in vitro and acute toxicity of oil of *Pachira aquatica* Aublet”. Ainda em sua graduação, no ano de 2013, entrou para o Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde sendo um de seus membros mais antigos em atividade realizando projetos de ensino, pesquisa e extensão universitária desde então. Em 2018 entrou no Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados com o projeto de pesquisa: “Avaliação da Toxicidade Reprodutiva Pré-clínica do Óleo da Polpa de Pequi (*Caryocar brasiliense* Camb.)” no qual, após um ano e seis meses de Academia, obteve progressão direta de nível para o Curso de Doutorado considerando seu rendimento acadêmico e mérito científico de suas publicações nacionais e internacionais; além disso, exerce no mesmo Programa o cargo eletivo (2018-2019) de Representante Discente. Em 2019 ingressou também no Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Esportiva pela Faculdade Venda Nova do Imigrante. Atua desde 2018 enquanto bolsista de Pós-Graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) desenvolvendo pesquisas em duas principais linhas de atuação: nutrição experimental, na qual desenvolve estudos farmacológicos e ensaios de toxicidade com espécies vegetais de interesse para a população humana; e, nutrição esportiva, no tocante à suplementação alimentar, metabolismo energético, fisiologia do exercício e bioquímica nutricional. Atualmente é revisor científico dos periódicos *Journal of Nutrition and Health Sciences*, *Journal of Human Nutrition and Food Science* e do *Journal of Medicinal Food*. É ainda membro do Corpo Editorial do *Journal of Human Physiology* e membro do Conselho Técnico Científico da própria Atena Editora.

THIAGO TEIXEIRA PEREIRA - Possui graduação em Educação Física Licenciatura e Bacharelado pela Universidade Católica Dom Bosco – UCDB (2018). Concluiu especialização em Educação Especial pela Universidade Católica Dom Bosco em 2019. Ingressou na pós-graduação (*Stricto Sensu*) a nível de mestrado em 2019 pela Fundação Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD, área de concentração em Farmacologia, no qual realiza experimentos em animais na área de toxicologia e endocrinologia, associando intervenção com extratos de plantas e/ou ervas naturais e exercício físico. É membro do Grupo de Pesquisa de Biologia Aplicada à Saúde, cadastrado no CNPq e liderado pela Prof^a. Dra. Sílvia Aparecida Oesterreich. Em 2019, foi professor tutor do curso de Graduação Bacharel em Educação Física, modalidade Educação à Distância, pela Universidade Norte do Paraná polo de Campo Grande-MS (UNOPAR/CG). Foi revisor dos periódicos *Lecturas: Educación Física y Deportes* e *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*. Possui experiência profissional em treinamento funcional e musculação, avaliação antropométrica, testes de aptidão física e cardiovasculares, montagem de rotinas de treinamento, orientação postural e execução de exercícios, periodização do treinamento e treinamento resistido com enfoque em hipertrofia máxima e promoção da saúde. Atualmente está desenvolvendo estudos de metanálise com o fruto *Punica granatum* L., bem como a ação de seus extratos em animais da linhagem Wistar, associado ao exercício físico de força. Recentemente, participou como coautor de um estudo de metanálise inédita intitulada: *Comparative Meta-Analysis of the Effect of Concentrated, Hydrolyzed, and Isolated Whey Protein Supplementation on Body Composition of Physical Activity Practitioners*, que buscou verificar a eficiência de *whey protein* dos tipos concentrado, isolado e hidrolisado comparado a placebos isocalóricos sobre os desfechos de composição corporal em adultos saudáveis praticantes de atividade física.

FERNANDA VIANA DE CARVALHO MORETO - Possui graduação em Nutrição pelo Centro Universitário da Grande Dourados (2008), pós-graduação em Terapia Nutricional, Nutrição Clínica e Fitoterapia pela Faculdade Ingá – Maringá (2012). Especialização em Nutrição Esportiva pela Faculdade de Ensino Superior de São Miguel do Iguçu – FAESI (2015). Nutricionista Clínica e Esportista, com mais de 10 anos de experiência em consultório nutricional, com foco no atendimento personalizado em crianças, adultos, gestantes, idosos, praticantes de atividades físicas e atletas, visando o cuidado, a saúde e o bem-estar. Com o perfil clínico em legitimar a Nutrição Baseada em Evidência em ser acessível para todos, sempre utilizou do que existe de maior evidência em nutrição para prevenir e tratar doenças. Na sua trajetória profissional, foi nutricionista do Programa Mesa Brasil SESC (2010-2016), responsável por ministrar Oficinas Culinárias de Aproveitamento Integral dos Alimentos e Cursos de Higiene e Manipulação dos Alimentos de acordo com as normas da Vigilância Sanitária. Atuou como docente, cargo professora substituta, na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) em diversas disciplinas, como Nutrição e Esportes, Higiene e Controle de Qualidade de Alimentos, Composição de Alimentos, Técnica Dietética e Ética Profissional e Bioética (2017 – 2019). Atualmente é acadêmica bolsista da CAPES no curso de Mestrado do Programa de Alimentos, Nutrição e Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados (2019). Membro do Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde. Pesquisadora, atuante em ensaios pré-clínicos visando avaliar a ação farmacológica de compostos ativos naturais sobre os sistemas orgânicos (toxicidade e genotoxicidade) e fatores de risco associados à saúde. Atua principalmente nos seguintes temas: fitoterapia, nutrição clínica e esportiva.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adesão Terapêutica 1
Adolescente 58, 68, 86, 87
Agente Comunitário De Saúde 32, 39, 61
Antissepsia 72, 75
Aquecimento Global 80, 83
Aterosclerose 76, 77, 78, 79, 87
Atividades Integrativas 16
Autoestima 6, 8, 12, 13, 14, 96, 98

B

Brincadeiras 92, 96, 97, 98, 99

C

Colestase Intra-Hepática 65, 66, 67, 71
Crédito De Carbono 80

D

Dermatologia 8, 14, 45, 46
Diabetes Mellitus 120, 122, 123
Diagnóstico 1, 2, 3, 4, 8, 15, 24, 42, 44, 46, 52, 56, 69, 72, 74, 77, 78, 86, 88, 90, 91, 110, 111, 114, 115, 117, 118, 120, 122, 123
Doença Arterial Periférica 76, 77, 79

E

Educação Em Saúde 46, 47, 48, 49, 56, 57, 58, 92, 96, 107
Educação Médica 16, 17, 19, 20, 23, 50, 71, 99
Educação Profissionalizante 30
Embolia Fibrocartilaginosa 87, 90
Esquistossomose 109, 110, 114, 115
Estética 6, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 101, 103, 104

F

Ferida Cirúrgica 72
Fisioterapia 6, 11, 13, 14, 15, 41, 43, 73, 74, 87, 89, 99, 115

G

Gamificação 101, 103, 107, 108

H

Hiperglicemia 117, 118, 121

I

Icterícia 66, 67, 68

Idoso 92, 95, 97, 98, 99, 100

Insuficiência Hepática 66, 67

Isquemia Medular 87, 89

J

Jogos 92, 96, 97, 98, 99, 101, 103

Jornada De Trabalho 41, 43

K

KAHOOT 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108

L

Lesões 9, 41, 42, 43, 44, 48, 60, 69, 70, 78, 113, 118, 122

M

Medicina 1, 3, 5, 7, 9, 10, 14, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 53, 54, 58, 61, 76, 109

Mieloradiculopatia Esquistossomótica 109, 110, 111, 115

Multidisciplinariedade 6

N

Neuropatias Diabéticas 117

O

Odontologia 14, 23, 49, 80, 83, 84

Odontologia Sustentável 80, 84

P

Parestesia 72, 73, 74, 113

Postura 15, 36, 41, 42, 43, 74, 109

Promoção Da Saúde 6, 14, 31, 33, 45, 46, 48, 92, 124

Psiquiatria 1, 3, 4, 5, 8, 56

S

Saúde 2, 4, 5, 6, 8, 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 70, 78, 84, 92, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 107, 110, 114, 115, 122, 123, 124, 125

Saúde Da Mulher 24, 25

Saúde Pública 16, 17, 19, 21, 23, 29, 47, 50, 99, 123

Saúde Rural 50, 51, 52, 53, 57, 59

Shistosoma Mansonii 109, 110

SUS 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 33, 34, 37, 38, 39, 53, 59, 62, 63

T

Territorialização 24, 25, 28, 57, 61, 62

Trauma 28, 56, 75, 86, 87, 88, 90, 91, 114

V

Vínculo 21, 24, 25, 26, 27, 28, 96, 98

Z

Zona Rural 50, 56, 111

 **Atena**
Editora

2 0 2 0