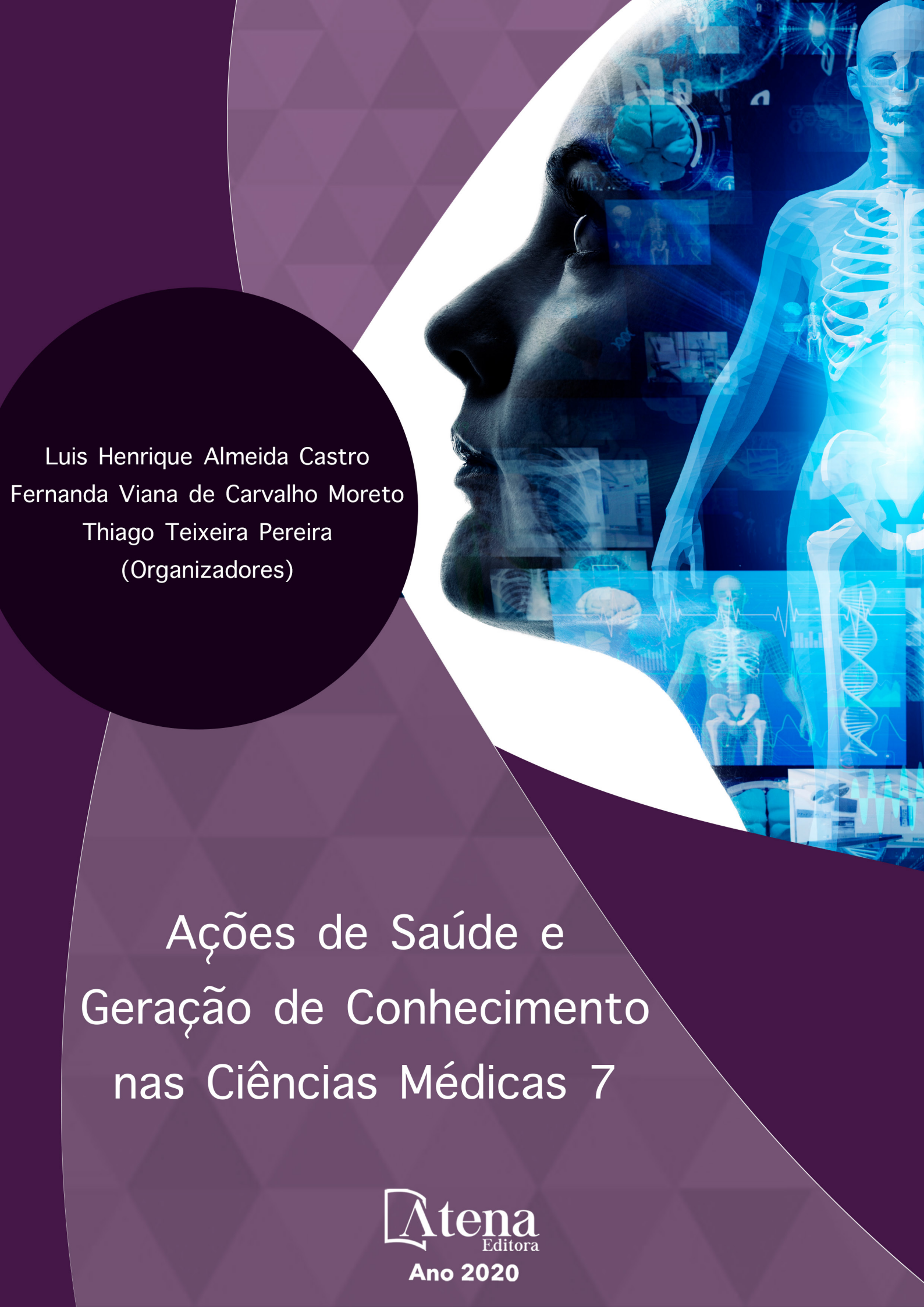




Luis Henrique Almeida Castro
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
Thiago Teixeira Pereira
(Organizadores)

Ações de Saúde e Geração de Conhecimento nas Ciências Médicas 7



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

Ações de Saúde e Geração de Conhecimento nas Ciências Médicas 7

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Barão

Bibliotecário

Maurício Amormino Júnior

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Karine de Lima

Luiza Batista

Maria Alice Pinheiro

Edição de Arte

Luiza Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos 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, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Conselho Editorial**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

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

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

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

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
 Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
 Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
 Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
 Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
 Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 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. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
 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. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 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
 Prof^a Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
 Prof^a Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
 Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 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
 Prof^a Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Prof^a Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
 Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
 Prof^a Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
 Prof^a Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
 Prof^a Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^a Dr^a 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. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
 Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
 Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
 Prof^a Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
 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

Linguística, Letras e Artes

Prof^a Dr^a Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
 Prof^a Dr^a Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
 Prof^a Dr^a Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
 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^a Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
 Prof^a Dr^a Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
 Prof^a Dr^a Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

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. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional

Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico

Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais

Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar

Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos

Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo

Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas

Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará

Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília

Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa

Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás

Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia

Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases

Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil

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

Profª 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

Profª Drª 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 Krahel – Universidade do Oeste de Santa Catarina

Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza

Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia

Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College

Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará

Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social

Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe

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 Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás

Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA

Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia

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. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

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

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Ações de saúde e geração de conhecimento nas ciências médicas

7

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecário Maurício Amormino Júnior
Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Edição de Arte: Luiza Batista
Revisão: Os Autores
Organizadores: Luis Henrique Almeida Castro
 Fernanda Viana de Carvalho Moreto
 Thiago Teixeira Pereira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
A185	Ações de saúde e geração de conhecimento nas ciências médicas 7 [recurso eletrônico] / Organizadores Luis Henrique Almeida Castro, Fernanda Viana de Carvalho Moreto, Thiago Teixeira Pereira. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-202-9 DOI 10.22533/at.ed.029202307 1. Medicina – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde - Brasil. 3. Diagnóstico. I. Castro, Luis Henrique Almeida. II. Moreto, Fernanda Viana de Carvalho. III. Pereira, Thiago Teixeira. CDD 610.9
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná – Brasil
 Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

As ciências médicas, por conceito, compõe o currículo acadêmico da saúde clínica. Na base PubMed uma busca por este termo *ipsi literis* versado para língua inglesa, revela que desde a década de 80 o número de estudos publicados se mantêm relativamente constante ao longo dos anos mostrando, desta forma, a importância contínua desta temática na comunidade científica. Nesta obra intitulada “Ações de Saúde e Geração de Conhecimento nas Ciências Médicas”, volumes 4, 5, 6, 7 e 8, esta relevância é evidenciada no decorrer de 95 textos técnicos e científicos elaborados por pesquisadores de Instituições de Ensino públicas e privadas de todo o Brasil.

De modo a operar o link indissociável entre a ação de saúde e a geração do conhecimento, a obra foi organizada em cinco volumes temáticos; são eles:

IV – Análise do cuidado em saúde: genecologia e obstetrícia preventiva;

V – Saúde mental e distúrbios do neurodesenvolvimento;

VI – Diversidade de saberes: comunicação científica na área de saúde pública;

VII – Experiências educacionais: ações de prevenção, promoção e assistência de qualidade em saúde; e,

VIII – Saúde em diversos aspectos: estratégias na interface do conhecimento e tecnologia no cuidado do paciente.

O conteúdo amplo e variado deste e-Book publicado pela Atena Editora convida o leitor a gerar, resgatar ou ainda aprimorar seu senso investigativo no intuito de estimular ainda mais sua busca pelo conhecimento na área das ciências médicas.

Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

Fernanda Viana de Carvalho Moreto

Thiago Teixeira Pereira

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
AÇÃO EDUCATIVA NA SAÚDE DO IDOSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Thais Araujo Lira Artur Pinho Reis Modesto Carolina Klug Rutsatz Jamile Zanoni Delpupo Ariana Nogueira do Nascimento	
DOI 10.22533/at.ed.0292023071	
CAPÍTULO 2	4
CARTILHAS EDUCATIVAS SOBRE PRÁTICAS DE CUIDADO PARA MÃES DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE (CRIANES)	
Marília Ribeiro da Rocha Camargo Fernanda Paula Cerântola Siqueira Maria Angélica Spadella	
DOI 10.22533/at.ed.0292023072	
CAPÍTULO 3	24
ENSINAR PARA SALVAR: ESTENDENDO O ENSINO DA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR	
Isabella Carvalho de Andrade Isabela Maia Siqueira Neves Jossana Mauricio de Souza Victoria de Souza Damião Patrícia Lefèvre Schmitz	
DOI 10.22533/at.ed.0292023073	
CAPÍTULO 4	29
HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR	
Gabriel Vinícius Reis de Queiroz Eduardo Takeshi Matsuura Otoniel Reis da Silva Kleber Thiago Pinheiro Monteiro Maria das Graças Santos Gomes Joelia dos Santos Oliveira Samara Cristina do Carmo Carvalho Nathália Oliveira de Souza Samara da Silva Barbosa Débora Barbosa Quaresma José Efrain de Medeiros Alcolumbre Onayane dos Santos Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.0292023074	
CAPÍTULO 5	41
IMPLANTAÇÃO DE ATIVIDADES DE ENTRETENIMENTO PARA PACIENTES CARDIOPATAS INTERNADOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Stephanie Jully Santos de Oliveira Wallace Ferreira da Silva Adriana da Costa Coelho	
DOI 10.22533/at.ed.0292023075	

CAPÍTULO 645

OSTEOPOROSE EM MULHERES: PREDISPOSIÇÃO ASSOCIADA A MENOPAUSA

Kérellyn Follador
Vanessa Aparecida Gasparin
Lucimare Ferraz
Davi Patussi Lazzari
Fernanda Canello Modesti
Laura Helena Miosso
Patricia Pereira de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.0292023076

CAPÍTULO 754

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS INTERNADOS NO HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DO GALEÃO

Graziella Estácio Nobre
Deyse Rocha de Freitas Gray

DOI 10.22533/at.ed.0292023077

CAPÍTULO 857

PROJETO “CONVERSANDO SOBRE SAÚDE”: EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Ceziana Cenira do Amaral Bezerra
Natália Gentil Linhares

DOI 10.22533/at.ed.0292023078

CAPÍTULO 966

SUGESTÃO DE IMPLANTAÇÃO DE MUSICOTERAPIA EM UTI DE HOSPITAL PRIVADO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Gabriel Araujo Bezerra
Maria Isadora Moraes Bezerra
Yuri Medeiros Bezerra
Raquel Espínola Saldanha
Bruno Bezerra de Menezes Cavalcante
Jorge Pinheiro Koren de Lima
Franciso Jadson Franco Moreira

DOI 10.22533/at.ed.0292023079

CAPÍTULO 1071

USO DE PLANTAS MEDICINAIS, PELA POPULAÇÃO IDOSA, PARA O TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS NO CENTRO DE SAÚDE ANA RODRIGUES EM CARUARU-PE

Francielle Maria da Silva
Paula Karynne Batista de Sá
Lidiany da Paixão Siqueira

DOI 10.22533/at.ed.02920230710

CAPÍTULO 1185

IMPLANTAÇÃO DA PET TERAPIA NO SERVIÇO DE PALIAÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Marcio Ribeiro Studart da Fonseca Filho
Débora Rabelo Magalhães Brasil
Alice Quental Brasil
Larissa Alexandrino de Oliveira
Manuela Vasconcelos de Castro Sales
Bruno Bezerra de Menezes Cavalcante
Anderson Luís de Alvarenga Nascimento

CAPÍTULO 12 92

APARECIMENTO DE MANIFESTAÇÕES ORAIS EM CRIANÇAS OCASIONADAS PELO USO DE TERAPIAS ANTINEOPLÁSICAS

Giovanna Gabrielly Alves da Silva Fraga
Danilo Paulino Macêdo
Agenor Tavares Jácome Júnior
Paula Regina Luna de Araújo Jácome

DOI 10.22533/at.ed.02920230712

CAPÍTULO 13 101

HIDROCLOROTIAZIDA: FATOR DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE CÂNCER DE PELE?

Adriana Cristhian Cardoso Sobrinho
Andressa de Oliveira
Antonio Walberto Oliveira Gonçalves
Fátima Lemes de Oliveira
Gabriella Machado Silva Freitas
Iara Sampaio
Jady Rodrigues de Oliveira
Letícia Gomes Alves
Maise Sampaio
Mariana Carvalho Caleffi
Rubens Gabriel Martins Rosa
Stéffany Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.02920230713

CAPÍTULO 14 108

ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FORTALEZA

Fernanda Castro Silvestre
Tiago Araújo Monteiro

DOI 10.22533/at.ed.02920230714

CAPÍTULO 15 115

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PÓS-ALTA DE HANSENÍASE: REVISÃO DE LITERATURA

Kaic Santos Silva Pereira
Hebert Luan Pereira Campos dos Santos
Mariana Sousa Santos Macedo
Gabriela Soledad Márdero García
Tiago Sousa de Queiroz
Juliana Almeida Torres Brito
Ricardo Evangelista Fraga

DOI 10.22533/at.ed.02920230715

CAPÍTULO 16 126

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA SOBRE A DOENÇA DE ALZHEIMER

Dalberto Lucianelli Junior
Olival dos Santos Neto
André Ribeiro de Holanda
Samara Azevedo Gomes
Ivanildo de Siqueira Melo Junior

CAPÍTULO 17 133

FREQUÊNCIA DE AUTOMEDICAÇÃO EM ALUNOS DO CURSO DE SAÚDE E ASPECTOS RELACIONADOS

Agda Lucy da Silva Correia

Vivian Mariano Torres

Ana Caroline Costa Xavier

DOI 10.22533/at.ed.02920230717

CAPÍTULO 18 145

AVALIAÇÃO DA FARMACOTERAPIA DE PACIENTES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA PREFEITURA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES

Andréa Luciana da Silva

Beatriz Gomes da Silva

Sheila Elcielle d' Almeida Arruda

Márcio Leonardo de Santana Marinho Falcão

Marcos Victor Gregório de Oliveira

Maria Joanellys dos Santos Lima

Larissa Araújo Rolim

Pedro José Rolim Neto

Rosali Maria Ferreira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.02920230718

CAPÍTULO 19 152

AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS E AUSCULTA CARDÍACA DOS ESTUDANTES DA ESCOLA ALLAN KARDEC – CATALÃO/GO QUE ESTÃO MATRICULADOS REGULARMENTE NAS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Gustavo Henrique Fernandes Rodrigues

Marcos Paulo Ribeiro dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.02920230719

CAPÍTULO 20 162

PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA NAS CONSULTAS DE PUERICULTURA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Luciano Moraes Petrola

Ana Suelen Pedroza Cavalcante

Ana Karoline Barros Bezerra

Gerardo Teixeira Azevedo Neto

Gabriel Pereira Maciel

Ismael Briosso Bastos

Wallingson Michael Gonçalves Pereira

Maria Rocineine Ferreira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.02920230720

SOBRE OS ORGANIZADORES 172

ÍNDICE REMISSIVO 174

AÇÃO EDUCATIVA NA SAÚDE DO IDOSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/07/2020

Data da Submissão: 11/06/2020

Thais Araujo Lira

Universidade Vila Velha

Vila Velha- ES

<http://lattes.cnpq.br/0174718174233097>;

Artur Pinho Reis Modesto

Universidade Vila Velha

Vila Velha- ES

<http://lattes.cnpq.br/7349884733455383>

Carolina Klug Rutsatz

Universidade Vila Velha

Vila Velha-ES

<http://lattes.cnpq.br/0485427106417032>

Jamile Zanoni Delpupo

Universidade Vila Velha

Cariacica- ES

<http://lattes.cnpq.br/4447985586194105>

Ariana Nogueira do Nascimento

Universidade Vila Velha (ES)

Vitoria- ES

<http://lattes.cnpq.br/5286353774279763>

RESUMO: O envelhecimento da população é um fato que muito se discute na saúde, principalmente no que diz a prática da assistência humanizada. Entretanto, há

obstáculos para assegurar essa assistência, como a desinformação e a precariedade de investimentos públicos. Diante desse contexto, estudantes de medicina realizaram encontros com os idosos de Terra Vermelha, Vila Velha- ES a fim de orienta-los quanto a prática de atividades físicas, uso consciente de medicamentos e alimentação saudável. Esse relato de experiencia discutirá como esses encontros foram realizados bem como os benefícios dessa ação educativa.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Qualidade de vida; Intervenção em saúde; assistência humanizada; mudança de hábitos.

EDUCATIONAL ACTION IN THE HEALTH OF THE ELDERLY: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The aging of the population is a fact that affects health a lot, especially with regard to the practice of humanized care however, there are obstacles to guaranteeing this assistance, such as misinformation and precarious public investments. Given this context, medical students meet with elderly people from Terra Vermelha, Vila Velha- ES and advise on the practice of physical activities conscious use of medicines and healthy eating. This experience report discussed how these meetings were held

as well as the benefits of this educational action.

KEYWORDS: Elderly; Quality of life; Health intervention; Humanized assistance; Change of habits.

1 | INTRODUÇÃO

Os avanços na área da saúde, desde a influência no aumento da expectativa e qualidade de vida, permitiram o crescimento da população da terceira idade. Assim, o envelhecimento é um tema que merece destaque, pois proporciona debates e desafios, no que se refere à implementação de ações educativas em saúde, que inclui a colaboração de profissionais e acadêmicos da área.

2 | OBJETIVO

Fomentar a instrução dos idosos do território de Terra Vermelha, Vila Velha- ES acerca de hábitos de vida, que consistem desde os benefícios de uma alimentação saudável à prática regular de atividades físicas e ao uso racional de medicamentos.

3 | DESCRIÇÃO DO CASO

Foi realizado um encontro com os idosos por meio de convite entregue pelas agentes de saúde no território. Nesse encontro, primeiramente, discutiu-se sobre os alimentos consumidos e a sua influência no organismo. Esse debate foi efetuado com o uso de ilustrações e dinâmicas de fácil entendimento, que consolidaram a importância dessa vertente de modo atrativo e convincente. Após isso, houve uma palestra sobre o uso consciente de medicamentos, abordando a importância do cumprimento dos horários e posologias. Ao final dessa reunião foi dedicado um momento para realização de alongamentos e atividades físicas adequadas para a terceira idade. Após isso, foi feita confraternização com a distribuição de salada de frutas e sorteio de brindes.

O retorno positivo dos idosos a respeito das atividades, por meio de elogios e agradecimentos, possibilitou concluir que ações como essa possuem importante influência na qualidade de vida, posto que o momento foi determinante para mudança de hábitos e aquisição de conhecimentos.

4 | CONCLUSÃO

Apesar dos obstáculos que regem o trabalho com essa faixa etária, é imprescindível que essas intervenções aconteçam periodicamente para que haja absorção desses conhecimentos e possibilite assim a tomada de consciência que leva a mudança de

comportamento e hábitos.

REFERÊNCIAS

Barbosa AR, Souza JM, Lebrão ML, Fátima NMM, **Estado nutricional e desempenho motor de idosos de São Paulo**. *Rev Assoc Med Brás* 2007; 53(1):75-79

Dalla Vecchia R, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JW. **Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo**. *Revista brasileira de epidemiologia* 2005 set: 8(3)

Ferreira JR, Buss PM. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde. In: Zancan L, Bodstein R, Marconde WB, organizadores. **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local – a experiência em Manguinhos – RJ**. Rio de Janeiro: Abrasco/ Fiocruz; 2002. p. 15-38.

CARTILHAS EDUCATIVAS SOBRE PRÁTICAS DE CUIDADO PARA MÃES DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE (CRIANES)

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 10/06/2020

Marília Ribeiro da Rocha Camargo

Mestre pelo Programa de Mestrado Acadêmico
“Saúde e Envelhecimento”, Faculdade de
Medicina de Marília – Famema, Marília/SP.
<http://lattes.cnpq.br/7562024540095221>.

Fernanda Paula Cerântola Siqueira

Docente do curso de Enfermagem, Faculdade de
Medicina de Marília – Famema, Marília/SP.
<http://lattes.cnpq.br/1572203535262380>.

Maria Angélica Spadella

Docente do Programa de Mestrado Acadêmico
“Saúde e Envelhecimento”, Disc. Embriologia
Humana, Faculdade de Medicina de Marília –
Famema, Marília/SP.
<http://lattes.cnpq.br/8458503589121108>. E-mail:
maspadella@gmail.com

RESUMO: Na prática hospitalar são evidentes a dificuldade e desinformação dos familiares quanto a procedimentos técnicos de cuidados que as Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRINAES) necessitam para sobreviver. Esses cuidados interferem de forma abrangente e significativa na vida dos cuidadores, principalmente da mãe, que passa a organizar sua vida em torno das demandas

do filho. Com o propósito de Educação em Saúde, apresentamos cartilhas educativas, desenvolvidas com base em quatro premissas fundamentais: 1^a) Entrevistas com as mães cuidadoras para identificação das necessidades; 2^a) Consulta de opinião à especialistas na temática CRIANES; 3^a) Elaboração das cartilhas educativas; 4^a) Validação dos produtos concebidos por Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Foram produzidas três cartilhas educativas abrangendo-se as principais necessidades das mães em sua prática de cuidados, sendo: Cuidados de higiene da criança com necessidades especiais de saúde; Cuidados com a traqueostomia da criança e Alimentação da criança com gastrostomia ou SNG/SNE. As cartilhas educativas produzidas configuram-se uma ferramenta valiosa para as mães cuidadoras de CRIANES, pois fornecerão informações claras e concisas, no sentido de capacitá-las na rotina de cuidados com o filho, visando uma abordagem integral do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Doença crônica na Infância. Saúde da Criança. Mães Cuidadoras. Educação em Saúde. Tecnologia Educacional.

EDUCATIONAL BOOKLETS ON CARE PRACTICES FOR MOTHERS OF CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH NEEDS (CRIANES)

ABSTRACT: In hospital practice, family members' difficulties and misinformation about technical care procedures that Children with Special Health Needs (CRINAES) need to survive are evident. Such care interferes in a comprehensive and significant way in the lives of caregivers, especially the mother, who starts to organize her life around the child's demands. For the purpose of Health Education, we present educational booklets, developed based on four fundamental premises: 1st) Interviews with caregiving mothers to identify needs; 2nd) Search of opinion to specialists in the theme CRIANES; 3rd) Development of educational booklets; 4th) Validation of products designed by Content Validity Index (CVI). Three educational booklets were produced covering the main needs of mothers in their care practice, namely: Hygiene care for children with special health needs; Care for the child's tracheostomy and Feeding the child with gastrostomy or SNG / SNE. The educational booklets produced are a valuable tool for mothers caring for CRIANES, as they will provide clear and concise information, in order to enable them in the routine of caring for their children, aiming at a comprehensive approach to care.

KEYWORDS: Chronic Disease. Child Health. Caregiving Mothers. Health Education. Educational Technology.

1 | CONTEXTUALIZAÇÃO

A análise SAÚDE BRASIL produzida e organizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde traz que as estimativas de Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) do IBGE e do MS foram semelhantes para o período de 2010 a 2017. Contudo, a estimativa do IBGE foi de queda em todo período analisado, enquanto que o MS salientou aumento no ano de 2016. Os grandes contrastes entre as regiões brasileiras ficaram ainda mais patentes, devido às desigualdades econômicas, sociais e políticas. O estudo também revelou como principais causas de óbito em menores de um ano, os fatores maternos perinatais e as malformações congênitas (BRASIL, 2019).

As afecções perinatais, que compreendem intercorrências a partir da 22ª semana gestacional e encerram-se no sétimo dia após o nascimento também se correlacionam ao surgimento da doença crônica na população infantil. Essas afecções relacionam-se as patologias maternas desenvolvidas durante a gestação, como o diabetes gestacional e síndromes hipertensivas, mas também a outros fatores, como a prematuridade; asfixia perinatal; transtornos respiratórios, cardiovasculares, hemorrágicos, endócrinos e metabólicos, tanto do feto, como do recém-nascido (BRASIL, 2018). As malformações congênitas também podem se correlacionar à condição crônica, como as doenças genéticas. Nesse contexto, algumas crianças acabam necessitando de procedimentos de alta densidade tecnológica para prolongar sua expectativa de vida (GÓES & CABRAL,

2010; NEVES & SILVEIRA, 2013).

Nessa condição, grandes desafios emergiram para as Redes de Atenção à Saúde da Criança e, conseqüentemente, trouxeram a necessidade de incorporação de novas tecnologias que fossem capazes de prolongar a sobrevivência das mesmas, priorizando novas estratégias de cuidados, baseadas em um modelo que atuasse de forma integral (REZENDE & CABRAL, 2010; MOREIRA & GOLDANI, 2010; SALVADOR *et al.*, 2015). Surge a nova denominação para as crianças dependentes de tecnologias, as Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES). Essa terminologia surgiu na literatura internacional em 1995 (MCPHERSON, 1998), pelo Maternal and Health Children Bureau, como Children With Special Health Care Needs (CSHCN), mas no Brasil, o termo Crianças com Necessidades Especiais de Saúde, começou a ser adotado em 1999.

As CRIANES, frente a sua complexidade de cuidados, apresentam cinco conjuntos de necessidades de saúde: 1) Desenvolvimento, relacionado às disfunções neuromusculares; 2) Tecnológicos, aos equipamentos que dão subsídios para estas crianças se manterem vivas, como a gastrostomia; 3) Medicamentoso, as crianças que necessitam de algum tipo de medicamento, como os neurolépticos; 4) Hábitos modificados, que se relacionam a rotina de cuidados e 5) Misto, onde a criança pode apresentar uma ou mais necessidades de saúde (GÓES & CABRAL, 2010).

As dificuldades para os cuidadores familiares são imensas, já que envolvem uma sequência de processos e adaptações, que compreendem a aceitação da condição crônica do filho, a adequação da rotina familiar, as sucessivas internações e reinternações, a necessidade de administrar medicamentos e realizar procedimentos técnicos, o que sugere a dedicação em tempo integral do cuidador familiar (ARAÚJO *et al.*, 2009; GÓES & CABRAL, 2017). Dentro da estrutura familiar, a mãe é a figura que acaba desempenhando o principal papel de cuidadora do filho, pois em sua subjetividade, interpreta que está mais apta no processo de cuidar e suas ações são todas direcionadas às necessidades biológicas, psicológicas e sociais da criança (BARBOSA *et al.*, 2011).

A demanda de cuidados das CRIANES é complexa e engloba procedimentos específicos, como a administração de dietas por sondas de alimentação; aspiração de vias aéreas; manuseio de traqueostomia; banho no leito; curativos e outros procedimentos. Nesse momento, a mãe cuidadora se depara com a situação de ter que realizar tais técnicas, o que exige habilidade e destreza, bem como adaptação do ambiente domiciliar para a realização de todos os cuidados (ANDRADE *et al.*, 2011; BARBOSA *et al.*, 2011).

Entre os profissionais de saúde, falta conscientização sobre a importância do seu papel em capacitar e orientar as mães para o cuidado com os filhos. Portanto, é de suma importância, que os mesmos, realizem a educação em saúde na sua prática, por meio da escuta qualificada, atenta e abrangente das necessidades destas mães, partindo do princípio da equidade e utilizando de ferramentas apropriadas, como uma abordagem integral, linguagem compreensível durante a explicação dos procedimentos

e principalmente que insiram as mesmas como sujeitos participantes na realização das técnicas, onde busquem sanar suas dúvidas e compreendam seus medos e anseios. A partir do momento, que estas mães se tornam aptas para prestarem os cuidados aos filhos, os profissionais, fornecem autonomia e criam ainda, uma relação de confiança, de troca, tornando esse processo de adaptações menos doloroso (HAYAKAWA *et al.*, 2010; MORAES & CABRAL, 2012; NEVES & SILVEIRA, 2013).

Diante da condição de ter que cuidar de um filho com necessidades especiais de saúde, situação essa de cuidado complexo, que exige maior envolvimento e participação especialmente materna, é imprescindível desenvolver estratégias que impulsionem a educação em saúde para essa população. Nessa perspectiva, apresentamos três cartilhas educativas desenvolvidas a partir da identificação das principais dificuldades e dúvidas vivenciadas por mães no cuidado do filho com necessidades especiais de saúde, as quais tiveram o conteúdo concebido validado por uma equipe multiprofissional de especialistas.

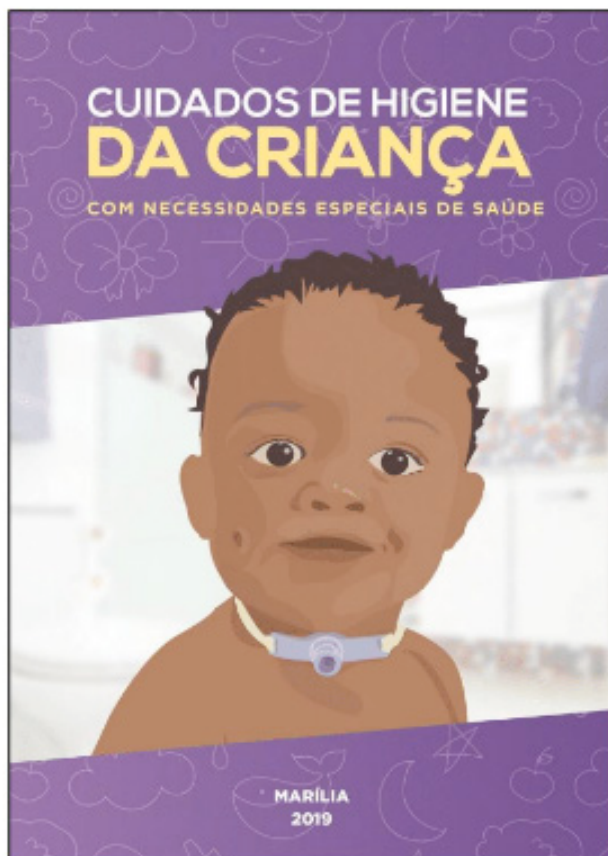
2 | TRAJETÓRIA DE DESENVOLVIMENTO DAS CARTILHAS

A construção das cartilhas educativas contemplou quatro pilares fundamentais: entrevistas com as mães cuidadoras, abordando suas principais dúvidas e dificuldades; opinião de especialistas multiprofissionais sobre o tema para garantir uma visão holística e integral das necessidades das CRIANES; busca na literatura em base de dados qualificadas que permitiu a fundamentação teórica dos temas concebidos nos materiais e, por fim, validação das materiais produzidos por Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (EGGER-RAINER, 2018). A produção dos materiais, com propósito de Educação em Saúde para as mães cuidadoras, também considerou as diretrizes recomendadas por GRIFFIN *et al.* (2003) para materiais da área da saúde: nível de legibilidade da informação, grau de alfabetização ou habilidade de leitura do público alvo e características ideais de *design* e *layout* para se alcançar a efetividade do material educativo no formato escrito, motivação para leitura e cultura da população foco.

3 | RESULTADOS

As três cartilhas educativas produzidas são apresentadas nas Figuras de 1 a 3, consistindo de:

- Cuidados de Higiene da Criança com Necessidades Especiais de Saúde (Fig. 1);
- Cuidados da Traqueostomia em Crianças (Fig. 2);
- Alimentação da Criança com Gastrostomia ou SNG/SNE (Fig. 3).



Esta ficha foi elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

C172c Camargo, Marília Ribeiro da Rocha.
Cuidados de higiene da criança com necessidades especiais de saúde / Marília Ribeiro da Rocha Camargo, Fernanda Paula Cerântola Siqueira, Maria Angélica Spadella.
- Marília : Faculdade de Medicina de Marília, 2019.
19 f.

1. Higiene. 2. Criança. 3. Doença crônica.

Apoio financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPIES - PROAP/1293/2016.

2019-Faculdade de Medicina de Marília, Disciplina de Embriologia Humana, Av. Monte Carmelo, 800 - Bairro Pagaço, CEP: 17.519-030 - Marília, São Paulo. Telefone: (14) 3402-0764, e-mail: mspadella@gmail.com, ma_ribeiro@uol.com.br

Projeto gráfico, diagramação e ilustração: Pedro Félix

Copyright 2019

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotocópia, gravado ou outro, sem a autorização prévia dos autores.

Mensagem às Mães:

Querida mãe, este manual educativo representa o desejo de muitas mães, que, como você, gostariam de ter um material para ajudar a cuidar do filho no dia a dia.

Temos o propósito de esclarecer suas dúvidas e aprimorar seu conhecimento, trazendo clareza sobre a legislação e direitos das crianças com necessidades especiais de saúde, os sentimentos que você pode experimentar no processo de cuidar do seu filho e os procedimentos técnicos.

Gostaríamos de deixar uma mensagem.

Com carinho

"Ser mãe especial é procurar, investigar, experimentar e esgotar todas as possibilidades!! Ser mãe especial é...perceber que nós também temos muito que aprender, e que os nossos filhos têm muito para nos ensinar... Ser mãe especial é... Sabretudo SER MÃE!! (Mãe de uma criança especial)"

SUMÁRIO

Legislação e direitos.....	05
A vivência e o cuidar do filho com necessidades especiais de saúde.....	07
Aprenda como manter uma pele saudável, livre de lesões.....	09
Relógio para mudança de posição.....	11
A higiene oral é muito importante.....	12
O banho.....	13
Como trocar a fralda e cuidados com assadura.....	14
Aprenda a lavar as mãos.....	16
O que você deve fazer nas intercorrências.....	17
Bibliografia consultada.....	18

Leis

• **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência:** garante às crianças o direito a igualdade e não discriminação, a reabilitação, a moradia, ao transporte e a acessibilidade.

• **Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS):** garante o Benefício de Prestação Continuada (BPC), através de um salário mínimo mensal a crianças com necessidades especiais de saúde.

A quem recorrer



Defensoria Pública: presta assistência jurídica gratuita àquelas pessoas que não podem pagar por esse serviço.



Centro de Referência de Assistência Social (CRAS): possibilita orientações sobre benefícios sociais, como o BPC e acesso para conseguir fraldas, medicamentos e materiais para procedimento técnicos.



Estratégia da Saúde da Família (ESF): presta atendimento em saúde e encaminhamento para outros setores da saúde, como hospitais, ambulatórios e unidade de pronto atendimento. Possui atendimento com psicólogo, dentista, médico, enfermeiro, assistente social e etc...

06

LEGISLAÇÃO E DIREITOS

Certamente, você mãe, deve estar se questionando sobre quais leis e direitos que dão proteção para o seu filho, portanto, vamos lá:

Políticas Públicas de Saúde



ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente:

Garante o direito à vida e à saúde, ao respeito e à dignidade, à convivência familiar e comunitária, à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer.

PNAISC Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança:

Garante atendimento às crianças; acesso para ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e reabilitação.

05

A VIVÊNCIA E O CUIDAR DO FILHO COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

A família se sente desestruturada e com medo quando recebe a notícia do filho com necessidade especial de saúde. O bebê sonhado por nove meses, sem limitações, não está lá e todos sentem tristeza pela perda do filho idealizado. **Mas existe uma criança real, que precisa de amor e cuidado.**

Fases:

Durante o processo de cuidar do seu filho, você pode passar por algumas fases:

A NEGAÇÃO: uma reação que ocorre principalmente quando se recebe a notícia da condição especial da criança, e é normal pensar: "isso não pode estar acontecendo comigo". Esse pensamento permanece por um tempo até que você esteja mais preparada para lidar com a situação.

RAIVA: você pode manifestar este sentimento e se perguntar "Por que eu?". Nesse momento, procure transferir sua raiva, buscando novas prioridades para sua vida e do seu filho.

DEPRESSÃO: se materializa por um sentimento intenso de desamparo e tristeza.

ACEITAÇÃO: com o tempo, você aceitará a situação e em vez de se questionar "Por que eu?", **você encontrará maneiras de viver e cuidar do filho com necessidade especial de saúde.**

NEGOCIAÇÃO: esse sentimento é atrelado a espiritualidade, através de promessas ou sacrifícios.

07

Algumas mães não experimentam esses sentimentos na ordem apresentada, pois podem senti-los em ocasiões específicas ou experimentá-los de uma vez.

Procure sempre conversar e expor seus sentimentos. Isso permitirá elaborar melhor o que está vivenciando e te trará forças para enfrentar essa situação.

Com o tempo, você perceberá que cuidar de uma criança com necessidades especiais de saúde não é impossível e a vida começará a se acomodar e assumir o curso próprio.



Lembre-se que o amor pelo seu filho é maior e será sua força para superar qualquer outro sentimento. Você descobrirá um mundo novo **ACREDITE!**

08

Como evitar as lesões?

- Não utilizar **produtos perfumados** como amaciante para a lavagem das roupas da criança;
- Realizar a mudança de posição da criança de 2 em 2 horas;
- Hidratar bem a pele com cremes hidratantes e óleos de girassol ou de milho nos locais de maior pressão;
- Utilizar **travesseiros** para alívio das áreas de pressão;
- Limpar a pele no momento que sujar. **Evite água quente e use um sabão neutro** para não causar irritação ou ressecamento da pele;
- Evitar uso de lenços umedecidos, produtos perfumados, talcos e excesso de sabonetes;



IMPORTANTE!

Observe sempre mudanças na pele como vermelhidão e bolhas, não deixando a criança virada em cima dessas lesões.

10

APRENDA COMO MANTER UMA PELE SAUDÁVEL, LIVRE DE LESÕES

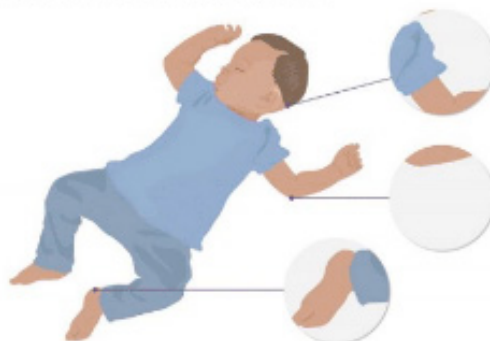
A posição da criança na cama pode causar lesões por pressão na pele.

O que é lesão por pressão?

É uma ferida dolorosa causada pela pressão nas regiões da pele em que os ossos são mais salientes. Para preveni-las é necessário a mudança de posição da criança.

Áreas de pressão na criança

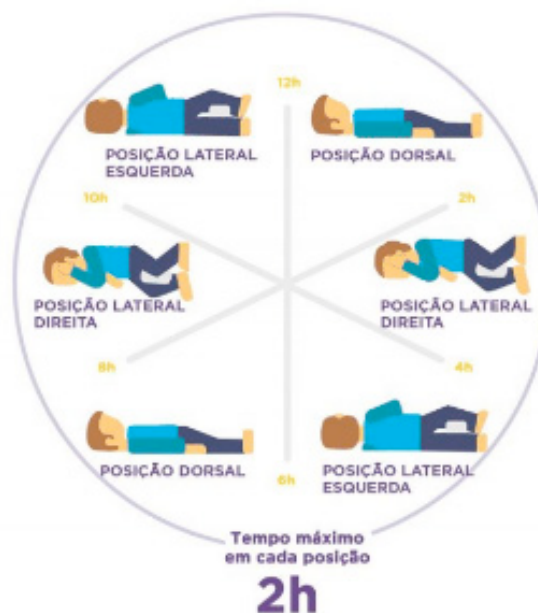
As lesões ocorrem frequentemente na região da nuca, cotovelos e nos calcanhares da criança.



A remoção de curativos, a troca da fralda, a diarreia quando misturada com a urina também podem causar lesões na pele da criança.

09

RELÓGIO PARA MUDANÇA DE POSIÇÃO



11

A HIGIENE ORAL É MUITO IMPORTANTE

A higiene oral da criança deve ser realizada três vezes ao dia, independente se ela recebe ou não alimentação pela boca.



Materiais necessários:

Pasta de dente infantil, clorexidina aquosa (criança com traqueostomia) e compressa de gaze.

Passos:

- 1- Dilua com água, pequena quantidade de pasta de dente infantil ou clorexidina aquosa (0,12%) no caso de crianças com traqueostomia;
- 2- Para aplicar enrole uma gaze ou pano limpo macio (tipo fralda) no dedo indicador e passe nos dentes, bochechas, gengivas e "céu da boca" da criança;
- 3- Cuidado para a criança não morder o seu dedo. Caso haja este risco, coloque uma seringa de plástico de 10mL entre os dentes (segure firmemente), ficando assim a boca entreaberta, sendo possível a sua limpeza.

Esse processo de limpeza da boca deverá ser repetido no mínimo três vezes por dia.



12

COMO TROCAR A FRALDA E CUIDADOS COM ASSADURA

O aparecimento de assaduras acontece devido a umidade da pele, principalmente quando se tem a presença de fezes e urina.

Para prevenir a assadura é importante alguns cuidados:

- Observar a pele da criança todos os dias;
- Usar fraldas descartáveis com trocas a cada 3-4 horas ou sempre que a fralda estiver suja;
- Limpar a pele da criança com algodão umedecido com água morna e sabão neutro.

Materiais necessários:

Fralda descartável no tamanho adequado ao peso da criança, água, algodão e sabonete neutro.

Passos:

- 1- Lave as mãos e após deite a criança na cama;
- 2- Retire a fralda suja;
- 3- Limpe a pele com algodão umedecidos na água e sabonete neutro;
- 4- Seque a área após a limpeza;
- 5- Prenda a fralda trocada com segurança;
- 6- Mantenha a dobra de plástico longe da pele da criança.



14

O BANHO

O banho da criança deve ser realizado todos os dias, pois proporciona o cuidado corporal e promove o conforto.

O local onde for realizado o banho, deve ser limpo, arejado e ter disponível todos os materiais necessários para sua realização.

Dependendo da idade da criança e das suas limitações físicas é indicado um tipo de banho.

BANHEIRA



O banho de banheira é indicado para bebês e crianças pequenas.

CHUVEIRO



O banho de chuveiro, com a supervisão de um adulto, é indicado para crianças que ficam em pé.

IMPORTANTE: Em crianças com traqueostomia, não deixar entrar água na cânula durante o banho.

LEITO



O banho no leito é indicado para crianças que tenham dificuldades de sair da cama.

13

Cuidados adicionais para evitar assaduras

- Não utilize talco, pois pode causar alergia no local;
- Evite o uso de produto com cheiro, pois pode causar irritação na criança;
- Evite o uso de lenços umedecidos, pois a maioria contém álcool e causa assadura;
- Aplique uma fina camada de pomada para prevenir assaduras e não esfregue a pele para retirar a pomada a cada troca de fralda.

E se a criança tiver assadura, o que fazer?

Procurar atendimento médico:

- Se não melhorar em três dias;
- Se a vermelhidão da pele ficar intensa e/ou sangrar;
- Provocar dor suficiente para interromper o sono e/ou se causar febre.



15

APRENDA A LAVAR ÀS MÃOS

Por mais que nossas mãos pareçam limpas, elas contêm microrganismos que não são vistos a olho nu. Por isso, devemos lavar as mãos sempre, como um hábito de vida.

Quando lavar as mãos de forma correta com água e sabão?

- **ANTES** e **DEPOIS** de preparar e dar alimentos ao seu filho (sonda e gastrostomia).
- **ANTES** e **DEPOIS** de realizar a higiene, aspiração, fazer curativos, trocar a fralda e outros cuidados.

OS 7 PASSOS DA LAVAGEM DAS MÃOS

-  Coloque um pouco de sabonete nas mãos já úmidas.
-  Esfregue as palmas das mãos uma na outra.
-  Entrelace os dedos para lavar cada um deles.
-  Esfregue as unhas nas palmas das mãos.
-  Esfregue a parte de trás das mãos e também os punhos.
-  Enxague abundantemente.
-  Seque bem as mãos com uma toalha limpa.

16

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Brasil. Lei n. 13146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
- Brasil. Lei n. 8069, de 13 de julho de 1991. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1991.
- Brasil. Lei n. 8742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1993.
- Brasil. Portaria nº 1130, de 5 de agosto de 2015. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
- Cavalho VO, Markus JR, Abegge KT, Giraldo S, Campos TB. Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido [Internet]. 2011 [citado 12 jan 2019]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/flipping-book/consenso_cuidados_pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf
- Fonseca LMM, Scochi CGS. Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família [Internet]. Ribeirão Preto (SP): FIERP; 2015 [citado 12 jan 2019]. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/gpacca/objetos/LivroPrematuro2012.pdf>
- Goulart MA, Almeida P, Mendonça M. Três vivas para o bebê: guia para mães e pais de crianças com microcefalia [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): EDUFBA; 2016 [citado 12 jan 2019]. Disponível em: <http://www.movimentodown.org.br/wp-content/uploads/2016/05/3-vivas-para-o-bebe-CC82-microcefalia-versa-CC83o-digital-final.pdf>

18

O QUE VOCÊ DEVE FAZER NAS INTERCORRÊNCIAS!

Mesmo com todos os cuidados com a criança, podem ocorrer intercorrências. Nestes casos entre em contato com o SAMU.



ou procure atendimento de urgência.

17

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Procianny RS, Muñoz JT, Pires MC. I Painel Latino Americano: cuidados com a pele infantil [Internet]. São Paulo (SP): Limay [citado 12 jan 2019]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/painel-JJ-Fasciculo-2.pdf
- Santos SV, Costa R. Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. Texto contexto - enferm [Internet]. 2015 set [citado 12 jan 2019]; 24(3): 731-739. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00731.pdf



Figura 1 – Cartilha Educativa Cuidados de Higiene da Criança com Necessidades Especiais de Saúde

CUIDADOS DA TRAQUEOSTOMIA EM CRIANÇAS



MARÍLIA
2019

MARÍLIA RIBEIRO DA ROCHA CAMARGO
FERNANDA PAULA CERÂNTOLA SIQUEIRA
MARIA ANGÉLICA SPADELLA

CUIDADOS DA TRAQUEOSTOMIA EM CRIANÇAS

1ª EDIÇÃO

Marília
Faculdade de Medicina de Marília
2019

Esta ficha foi elaborada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina de Marília

C172c Camargo, Marília Ribeiro da Rocha.
Cuidados da traqueostomia em crianças / Marília Ribeiro
da Rocha Camargo, Fernanda Paula Cerântola Siqueira,
Maria Angélica Spadella. – Marília : Faculdade de Medicina
de Marília, 2019.
16 f.

1. Traqueostomia. 2. Criança. 3. Assistência ao paciente.

Apoio financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-
CAPES – PROAP 1283/2015.

2019-Faculdade de Medicina de Marília, Disciplina de Embriologia Humana, Av. Monte
Carmelo, 800 – Bairro Pargata, CEP 17519-030 – Marília, São Paulo. Telefone: (14)
3402-1764, e-mail: maspadella@gmail.com, ma_ribeiro@uol.com.br Projeto
gráfico, diagramação e ilustração: Pedro Félix
Copyright 2019

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou
transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotocopiado,
gravado ou outro, sem a autorização prévia dos autores.

Mensagem às Mães:

Querida mãe, este manual educativo representa o desejo de muitas
mães, que, como você, gostariam de ter um material para ajudar
a cuidar do filho no dia a dia.

Temos o propósito de esclarecer suas dúvidas e aprimorar seu
conhecimento, trazendo clareza sobre a legislação e direitos das
crianças com necessidades especiais de saúde, os sentimentos que
você pode experimentar no processo de cuidar do seu filho e os
procedimentos técnicos.

Gostaríamos de deixar uma mensagem.
Com carinho

*"Ser mãe especial é procurar, investigar, experimentar
e esgotar todas as possibilidades!! Ser mãe especial
é...perceber que nós também temos muito que
aprender, e que os nossos filhos têm muito para nos
ensinar... Ser mãe especial é... Sobre tudo SER MÃE!!
(Mãe de uma criança especial)"*



SUMÁRIO

Legislação e direitos.....	05
A vivência e o cuidar do filho com necessidades especiais de saúde.....	07
Conhecendo a traqueostomia.....	09
Aspiração da traqueostomia e vias aéreas.....	10
Higienização da traqueostomia.....	12
Troca do cadarço e fixação da traqueostomia.....	13
Intercorrências.....	14
Bibliografia consultada.....	15

Leis

• **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência:** garante às crianças o direito a igualdade e não discriminação, a reabilitação, a moradia, ao transporte e a acessibilidade.

• **Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS):** garante o Benefício de Prestação Continuada (BPC), através de um salário mínimo mensal a crianças com necessidades especiais de saúde.

A quem recorrer



Defensoria Pública: presta assistência jurídica gratuita àquelas pessoas que não podem pagar por esse serviço.



Centro de Referência de Assistência Social (CRAS): possibilita orientações sobre benefícios sociais, como o BPC e acesso para conseguir fraldas, medicamentos e materiais para procedimento técnicos.



Estratégia da Saúde da Família (ESF): presta atendimento em saúde e encaminhamento para outros setores da saúde, como hospitais, ambulatórios e unidade de pronto atendimento. Possui atendimento com psicólogo, dentista, médico, enfermeiro, assistente social e etc...

06

LEGISLAÇÃO E DIREITOS

Certamente, você mãe, deve estar se questionando sobre quais leis e direitos que dão proteção para o seu filho, portanto, vamos lá:

Políticas Públicas de Saúde



ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente:

Garante o direito à vida e à saúde, ao respeito e à dignidade, à convivência familiar e comunitária, à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer.

PNAISC Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança:

Garante atendimento às crianças; acesso para ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e reabilitação.

05

A VIVÊNCIA E O CUIDAR DO FILHO COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

A família se sente desestruturada e com medo quando recebe a notícia do filho com necessidade especial de saúde. O bebê sonhado por nove meses, sem limitações, não está lá e todos sentem tristeza pela perda do filho idealizado. **Mas existe uma criança real, que precisa de amor e cuidado.**

Fases:

Durante o processo de cuidar do seu filho, você pode passar por algumas fases:

NEGAÇÃO: uma reação que ocorre principalmente quando se recebe a notícia da condição especial da criança, e é normal pensar: "Isso não pode estar acontecendo comigo". Esse pensamento permanece por um tempo até que você esteja mais preparada para lidar com a situação.

RAIVA: você pode manifestar este sentimento e se perguntar "Por que eu?". Nesse momento, procure transferir sua raiva, buscando novas prioridades para sua vida e do seu filho.

DEPRESSÃO: se materializa por um sentimento intenso de desespero e tristeza.

ACEITAÇÃO: com o tempo, você aceitará a situação e em vez de se questionar "Por que eu?", você encontrará maneiras de viver e cuidar do filho com necessidade especial de saúde.

NEGOCIAÇÃO: esse sentimento é atrelado a espiritualidade, através de promessas ou sacrifícios.

07

Algumas mães não experimentam esses sentimentos na ordem apresentada, pois podem senti-los em ocasiões específicas ou experimentá-los de uma vez.

Procure sempre conversar e expor seus sentimentos. Isso permitirá elaborar melhor o que está vivenciando e te trará forças para enfrentar essa situação.

Com o tempo, você perceberá que cuidar de uma criança com necessidades especiais de saúde não é impossível e a vida começará a se acomodar e assumir o curso próprio.



Lembre-se que o amor pelo seu filho é maior e será sua força para superar qualquer outro sentimento. Você descobrirá um mundo novo, ACREDITE!

08

ASPIRAÇÃO DA TRACHEOSTOMIA E VIAS AÉREAS

O objetivo da aspiração é remover secreções, ajudando a criança a respirar melhor. A aspiração pode ser realizada pela cânula da traqueostomia, nariz e boca, e deve ser feita sempre que a criança tiver tosse, ruídos e secreções.

Materiais que você precisará:

Aspirador elétrico portátil domiciliar, sonda de aspiração de tamanho adequado ao da criança, frasco coletor de secreções contendo água, extensão de aspiração, luvas de procedimento e solução fisiológica a 0,9% (ampola de 10mL).

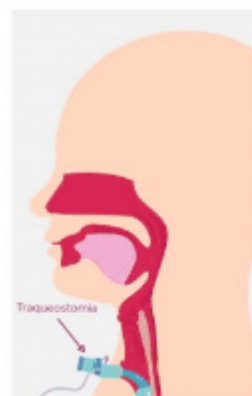
Passos para a aspiração:

1. Coloque a criança com a cabeça da cama levemente elevada;
2. Lave as mãos;
3. Ligue o aspirador e abra a solução fisiológica;
4. Pegue a sonda de aspiração e conecte na extensão;
5. Coloque as luvas;
6. Coloque gotas de solução fisiológica na traqueostomia, no máximo 0,5 ml;
7. Inicie a aspiração **SEMPRE** pela traqueostomia;
8. Com a mão dominante, segure a sonda, **introduzindo bem de leve** na traqueostomia até encontrar uma **resistência** e com a mão não dominante segure a extensão dobrada;
9. Solte a extensão e retire a sonda, **girando** entre os dedos e o polegar, **aspirando** as secreções;
10. Repita o procedimento quantas vezes forem necessárias, sempre intercalando com um período de descanso da criança;
11. Com a mesma sonda, **aspire o nariz e depois a boca**, que também contém secreções. **Fique atenta para não machucar.**

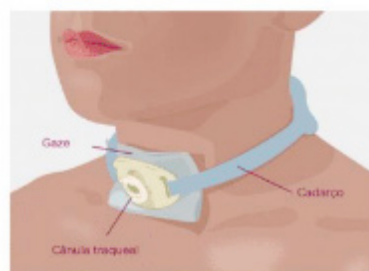
10

CONHECENDO A TRACHEOSTOMIA

A Traqueostomia é um procedimento cirúrgico feito na traqueia, um órgão localizado na parte anterior do pescoço, que é responsável por conduzir o ar da boca e do nariz para os pulmões. Neste local, é introduzido um tubo de metal ou plástico, chamado de **CÂNULA TRAQUEAL** que permite a respiração da criança.



Para realizar os cuidados com a traqueostomia do seu filho, você receberá treinamento da equipe de saúde.



09

Sequência de aspiração:

- 1ª Traqueostomia
- 2ª Nariz
- 3ª Boca



ATENÇÃO

Durante todo o procedimento fique atenta para não machucar a criança, incomoda mas não dói.

Higienização dos materiais utilizados após a aspiração

1. O frasco do aspirador e a extensão devem ser lavados todos os dias com água e sabão;
2. Coloque a sonda na água limpa para lavar o extensor;
3. Lave a sonda e coloque na embalagem de plástico. A sonda pode ser usada mais de uma vez no dia, porém deve ser trocada todos os dias;
4. Lave as mãos.

11

HIGIENIZAÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA

A cânula da traqueostomia deve ser limpa pelo menos uma vez ao dia e sempre que houver sujidade ou secreções.

Materiais que você precisará:

Luvas de procedimento, água filtrada, compressa de gaze e solução fisiológica a 0,9% (ampola de 10mL).

Passos para a higienização:

1. Coloque a criança deitada, com o pescoço levemente estendido;
2. Lave as mãos;
3. Limpe a extremidade externa da cânula de traqueostomia com a água filtrada;
4. Faça apenas um movimento com cada compressa de gaze e descarte;
5. Limpe o orifício (buraco) da cânula de traqueostomia com compressa de gaze e soro fisiológico, fazendo sempre apenas um movimento com cada gaze e descartando ao final. Após realize a limpeza ao redor da cânula com uma gaze embebida com clorexidina aquosa (0,12%);
6. Seque a região do orifício com a gaze.



IMPORTANTE: Caso a criança utilize a traqueostomia metálica, higienize o mandril (intermediário) com SF 0,9%.

12

FIQUE ATENTA!

Observe a condição da traqueostomia do seu filho, se existe presença de vermelhidão, inchaço, sangramento e pus. Caso isso ocorra, busque atendimento médico.

O orifício (buraco) da traqueostomia comunica o meio ambiente diretamente com o pulmão, portanto deve-se ter muito **CUIDADO** com este local e evitar usar cremes, talcos, perfumes, pomadas e a entrada de insetos (moscas e formigas), alimentos, água, entre outros.

Quando for trocar o cadarço da traqueostomia, tome cuidado com o cuff para não cortar o fio e não deixar embaixo da cabeça ou ombro da criança, evitando pressão para não desinsuflar.

O médico irá informar a quantidade ideal de ar para insuflar o

INTERCORRÊNCIAS

O que devo fazer se a cânula de traqueostomia sair (decanulação acidental) ou o cuff desinsuflar

Se você se sentir segura poderá reposicionar a cânula de traqueostomia, mas caso tenha dúvidas procure imediatamente o serviço de urgência.

Se o cuff desinsuflar, insuflar com a quantidade de ar indicada pelo médico, se mesmo assim permanecer desinsuflado, procure atendimento de urgência imediatamente.



**SAMU
192**

ou procure atendimento
de urgência.

14

TROCA DO CADARÇO E FIXAÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA

A troca deve ser realizada após o banho, ou sempre que apresentar sujidade e secreções no cadarço. Para a troca de cadarço é recomendável que você esteja na companhia de outra pessoa.

Materiais que você precisará:

Luvas de procedimento, água filtrada, cadarço de algodão, compressa de gaze e solução fisiológica a 0,9% (ampola de 10mL).

Passos:

1. Aspire a traqueostomia e vias aéreas da criança antes de iniciar a troca do cadarço, evitando assim tosse e a possível saída da cânula da traqueostomia;
2. Corte os cadarços antigos e retire as gazes sujas enquanto segura o tubo de traqueostomia firmemente no lugar;
3. Retire os cadarços antigos com cuidado e substitua pelos cadarços novos;
4. Segure uma extremidade do cadarço e passe a outra extremidade através da abertura na lateral da cânula de traqueostomia;
5. Repita do outro lado;
6. Amarre as fitas com um nó na lateral do pescoço;

7. Quando terminar, coloque duas gazes dobradas embaixo das abas da traqueostomia, evitando assim que o local fique umedecido, causando alergia na criança;

8. O cadarço deve ficar justo o suficiente, que seja possível introduzir um dedo entre ele e o pescoço;



Cadarço com folga de um dedo

13

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Avelino MAG, Maunell R, Valera FCR, Lubianca NJE, Schweiger Cláudia, Moura CS et al. First Clinical Consensus and National Recommendations on Tracheostomized Children of the Brazilian Academy of Pediatric Otorhinolaryngology (ABOPe) and Brazilian Society of Pediatrics (SBP). Braz. J. otorhinolaryngol. [Internet]. 2017; 83(5): 498-506. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942017000500498&lng=en
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.06.002>.

Brasil. Lei n. 13146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

Brasil. Lei n. 8069, de 13 de julho de 1991. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1991. Brasil. Lei n. 8742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1993.

Brasil. Portaria nº 1130, de 5 de agosto de 2015. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

Fraga JC, Souza JCK, Kruei J. Pediatric tracheostomy. J. Pediatr [Internet]. 2009; 85(2): 97-103. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00217557200900200003&lng=en
<http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572009000200003>

Freitas SAA. Os cuidados cotidianos aos homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe [dissertação na internet]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012. 244 p [citado 12 out 2018]. Disponível em: http://bvsa.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/cuidados_cotidianos_homens_adulto_hospitalizados_traqueostomia_cancer_laringe.pdf

Goulart MA, Almeida P, Mendonça M. Três vivas para o bebê: guia para mães e pais de crianças com microcefalia [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): EDUFPA; 2016 [citado 12 jan 2019]. Disponível em: <http://www.movimentodown.org.br/wp-content/uploads/2016/06/3-vivas-para-o-bebe-CC%82-microcefalia-versa-CC%83-digital-final.pdf>

Marília
Faculdade de Medicina de Marília
2019

Figura 2 – Cartilha Educativa Cuidados da Traqueostomia em Crianças

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA COM GASTROSTOMIA OU SNG/SNE



MARÍLIA
2019

MARÍLIA RIBEIRO DA ROCHA CAMARGO
FERNANDA PAULA CERÂNTOLA SIQUEIRA
MARIA ANGÉLICA SPADELLA



ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA COM
GASTROSTOMIA OU SNG/SNE

1ª EDIÇÃO

Marília
Faculdade de Medicina de Marília
2019

Esta ficha foi elaborada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina de Marília

C172a Camargo, Marília Ribeiro da Rocha.
Alimentação da criança com gastrostomia ou SNG/SNE /
Marília Ribeiro da Rocha Camargo, Fernanda Paula Cerântola
Siqueira, Maria Angélica Spadella. - Marília : Faculdade de
Medicina de Marília, 2019.
18 f.

1. Gastrostomia. 2. Nutrição enteral. 3. Nutrição da criança.

Apoio financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível
Superior-CAPES - PROAP 1293/2015.

2019-Faculdade de Medicina de Marília, Disciplina de Embríologia Humana. Av. Monte
Carmelo, 800 - Bairro Fragata. CEP 17519-030 - Marília, São Paulo. Telefone: (14)
3402-1764, e-mail: mspadella@gmail.com, ma_ribeirodtu@yahoo.com.br

Projeto gráfico, diagramação e ilustração: Pedro Félix

Copyright 2019

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou
transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotocopiado,
gravado ou outro, sem a autorização prévia dos autores.

Mensagem às Mães:

Querida mãe, este manual educativo representa o desejo de muitas
mamães, que, como você, gostariam de ter um material para ajudar
a cuidar do filho no dia a dia.

Temos o propósito de esclarecer suas dúvidas e aprimorar seu
conhecimento, trazendo clareza sobre a legislação e direitos das
crianças com necessidades especiais de saúde, os sentimentos que
você pode experimentar no processo de cuidar do seu filho e os
procedimentos técnicos.

Gostaríamos de deixar uma mensagem.

Com carinho

*"Ser mãe especial é procurar, investigar, experimentar
e esgotar todas as possibilidades!! Ser mãe especial
é...perceber que nós também temos muito que
aprender, e que os nossos filhos têm muito para nos
ensinar... Ser mãe especial é... Sobre tudo SER MÃE!!
(Mãe de uma criança especial)"*

SUMÁRIO

Legislação e direitos.....	05
A vivência e o cuidar do filho com necessidades especiais de saúde.....	07
Quais são as maneiras de alimentar uma criança com necessidades especiais de saúde.....	09
Conhecendo os tipos de dieta.....	10
Como administrar a dieta para a criança.....	13
Cuidados de higiene da SNG/SNE ou gastrostomia.....	15
O que você deve fazer nas intercorrências.....	17
Bibliografia consultada.....	18

Leis

• **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência:** garante às crianças o direito a igualdade e não discriminação, a reabilitação, a moradia, ao transporte e a acessibilidade.

• **Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS):** garante o Benefício de Prestação Continuada (BPC), através de um salário mínimo mensal a crianças com necessidades especiais de saúde.

A quem recorrer



Defensoria Pública: presta assistência jurídica gratuita àquelas pessoas que não podem pagar por esse serviço.



Centro de Referência de Assistência Social (CRAS): possibilita orientações sobre benefícios sociais, como o BPC e acesso para conseguir fraldas, medicamentos e materiais para procedimento técnicos.



Estratégia da Saúde da Família (ESF): presta atendimento em saúde e encaminhamento para outros setores da saúde, como hospitais, ambulatórios e unidade de pronto atendimento. Possui atendimento com psicólogo, dentista, médico, enfermeiro, assistente social e etc...

06

LEGISLAÇÃO E DIREITOS

Certamente, você mãe, deve estar se questionando sobre quais leis e direitos que dão proteção para o seu filho, portanto, vamos lá:

Políticas Públicas de Saúde



ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente:

Garante o direito à vida e à saúde, ao respeito e à dignidade, à convivência familiar e comunitária, à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer.

PNAISC

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança:

Garante atendimento às crianças; acesso para ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e reabilitação.

05

A VIVÊNCIA E O CUIDAR DO FILHO COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

A família se sente desestruturada e com medo quando recebe a notícia do filho com necessidade especial de saúde. O bebê sonhado por nove meses, sem limitações, não está lá e todos sentem tristeza pela perda do filho idealizado. **Mas existe uma criança real, que precisa de amor e cuidado.**

Fases:

Durante o processo de cuidar do seu filho, você pode passar por algumas fases:

A NEGAÇÃO: uma reação que ocorre principalmente quando se recebe a notícia da condição especial da criança, é normal pensar: "Isso não pode estar acontecendo comigo". Esse pensamento permanece por um tempo até que você esteja mais preparada para lidar com a situação.

RAIVA: você pode manifestar este sentimento e se perguntar "Por que eu?". Nesse momento, procure transferir sua raiva, buscando novas prioridades para sua vida e do seu filho.

DEPRESSÃO: se materializa por um sentimento intenso de desamparo e tristeza.

ACEITAÇÃO: com o tempo, você aceitará a situação e em vez de se questionar "Por que eu?", **você encontrará maneiras de viver e cuidar do filho com necessidade especial de saúde.**

NEGOCIAÇÃO: esse sentimento é atrelado a espiritualidade, através de promessas ou sacrifícios.

07

Algumas mães não experimentam esses sentimentos na ordem apresentada, pois podem senti-los em ocasiões específicas ou experimentá-los de uma vez.

Procure sempre conversar e expor seus sentimentos. Isso permitirá elaborar melhor o que está vivenciando e te trará forças para enfrentar essa situação.

Com o tempo, você perceberá que cuidar de uma criança com necessidades especiais de saúde não é impossível e a vida começará a se acomodar e assumir o curso próprio.



Lembre-se que o amor pelo seu filho é maior e será sua força para superar qualquer outro sentimento. Você descobrirá um mundo novo, **ACREDITE!**

08

CONHECENDO OS TIPOS DE DIETA

Antes de realizar o preparo da dieta, você precisa conhecer os tipos de dietas que existem.



Fórmula infantil: A fórmula infantil é em pó. Indicada para crianças até um ano de idade.



Dieta enteral: A dieta enteral pode ser em pó ou líquida. Indicada a partir de 1 ano de idade da criança.

DIETAS CASEIRAS, feitas pela própria mãe, não são recomendadas.

IMPORTANTE

Cada uma dessas fórmulas ou dietas tem uma diluição diferente e **DEVE-SE** seguir a recomendação de diluição e volume recomendados pelo pediatra e nutricionista que acompanha a criança.

10

QUAIS SÃO AS MANEIRAS DE ALIMENTAR UMA CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

Quando a alimentação pela boca é insuficiente ou impossível, as necessidades nutricionais da criança podem ser realizadas através de uma sonda para alimentação. Nesses casos, a sonda (um tubo fino, macio e flexível) leva a dieta diretamente para o estômago ou intestino.



Via Nasogástrica ou Orogástrica:

A sonda é passada pelo nariz ou pela boca e se direciona até o intestino delgado, que é o local onde os nutrientes dos alimentos são absorvidos.



Via Nasoentérica ou Oroentérica:

A sonda é passada pelo nariz ou pela boca e se direciona até o intestino delgado.



Gastrostomia:

A sonda é implantada cirurgicamente ou por um aparelho (endoscópio) e permanece em um orifício (estoma) diretamente no estômago.

09

COMO PREPARAR A DIETA

É muito importante que sejam tomados alguns cuidados com a higiene no momento do preparo da dieta, independente do tipo, para evitar contaminação.



Lave sempre as mãos com água e sabão antes de preparar a dieta.



Depois as seque bem.



O local onde for realizado o preparo da dieta deve estar sempre limpo com álcool 70%.

PREPARO DA FÓRMULA INFANTIL EM PÓ OU DIETA ENTERAL EM PÓ

Verifique sempre a data de validade do produto e o consuma em até 30 dias após a abertura. Separe todo o material necessário: fórmula infantil em pó ou dieta enteral em pó, copo graduado, colher graduada e frasco da dieta.

1. Higienize todo o material com álcool 70% antes de fazer a mistura;
2. Prepare apenas a quantidade da dieta em pó prescrita;
3. Use a quantidade de água fervida recomendada, sempre em temperatura ambiente;
4. Misture-a com a quantidade do pó recomendado;
5. Coloque o conteúdo preparado no frasco da dieta;
6. Conecte o equipo no frasco da dieta;
7. Retire o ar da extensão do equipo;
8. Conecte o equipo à sonda ou gastrostomia da criança;
9. Siga os passos de como administrar a dieta na página 13.

PREPARO DA DIETA ENTERAL LÍQUIDA

Existem dois tipos: a de sistema aberto e a de sistema



Sistema Aberto: é a dieta que necessita ser colocada no frasco de dieta.



Sistema Fechado: Não precisa ser colocado no frasco de dieta, já vem pronto

1. Verifique a data de validade da dieta;
2. Higienize a embalagem da dieta com água, sabão e álcool 70%;
3. Agite o conteúdo antes de colocar no frasco de dieta;
4. Coloque o conteúdo preparado no frasco de dieta;
5. Conecte o equipo no frasco de dieta;
6. Retire o ar da extensão do equipo;
7. Conecte o equipo a sonda ou gastrostomia da criança;
8. Siga os passos de como administrar a dieta na página 13.

12

1. Verifique a data de validade da dieta;
2. Agite o produto antes de usar;
3. Conecte o equipo no frasco de dieta;
4. Retire o ar da extensão do equipo;
5. Conecte o equipo à sonda ou gastrostomia da criança;
6. Siga os passos de como administrar a dieta na página 13.

Entre uma dieta e outra é importante oferecer água a criança através da sonda. A quantidade de água será indicada pela equipe de enfermagem, médico ou nutricionista.



IMPORTANTE!

Se durante a administração da dieta, a criança apresentar tosse prolongada, muitos espirros, pele roxa, náuseas ou vômito, PARE imediatamente de administrar, pois a sonda pode estar fora do lugar correto e a dieta indo para o pulmão (uma situação muito grave). Procure atendimento de urgência.

14

COMO ADMINISTRAR A DIETA PARA A CRIANÇA

Para administrar a dieta, você precisará de:

Suporte para pendurar o frasco (deve estar posicionado em um local alto, acima da criança que vai receber a dieta), frasco de dieta e equipo.

Atenção: Sempre seguir os horários recomendados.

Passos para a administração:

1. Coloque a dieta no frasco;
2. Conecte o equipo ao frasco e depois pendure no suporte;
3. Para retirar o ar presente dentro do equipo, abra totalmente a roleta do equipo, deixe que a dieta chegue até a sua ponta e feche a roleta;
4. Conecte o equipo a sonda ou gastrostomia da criança;
5. Enquanto receber a dieta, a criança deve estar sentada ou deitada com um travesseiro, mantendo as costas elevadas (30° a 45°) e deve permanecer nessa posição por 30 minutos após o término da administração da dieta;

6. Abra a roleta do equipo e deixe as gotas caírem lentamente. Lembre-se que o tempo de infusão da dieta precisa ser lento, no mínimo 30 minutos após o término da administração.

7. Após o término da infusão da dieta, retire o equipo e realize a limpeza da sonda;

8. Utilize uma seringa ou o frasco de dieta passando a quantidade de água indicada para seu filho em temperatura ambiente, para limpar os resíduos da dieta;

9. Ao final, tampe a sonda ou gastrostomia.

IMPORTANTE

trocar o frasco de dieta e equipo diariamente.

13

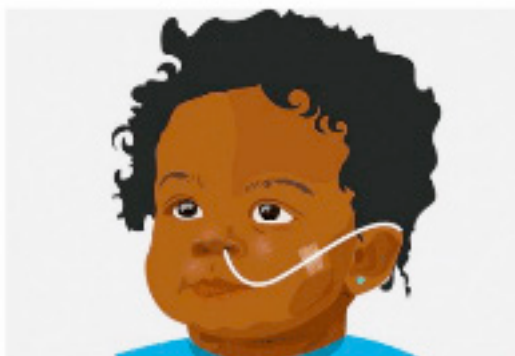
CUIDADOS DE HIGIENE DA SNG/SNE OU GASTROSTOMIA

Fixação da SNG/SNE

A sonda deve ser fixada à pele com micropore para evitar que seja retirada acidentalmente ou que se desloque. Essa fixação deve ser trocada diariamente ou quando a fita estiver suja ou solta. Para isso:

- Retire a fixação antiga;
- Limpe a pele com água filtrada e sabão neutro;
- Seque bem;

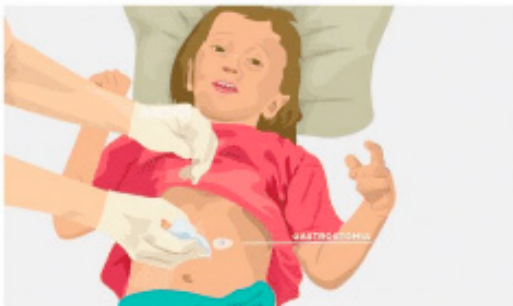
• Fixe a sonda, sem pressionar na frente dos olhos ou da boca. A sonda não deve ficar dobrada, nem puxar a narina. Em caso de vermelhidão ou machucado na pele, fixe a sonda em outro local.



15

Curativo da Gastrostomia

- Higienize com água e sabão neutro a gastrostomia, de maneira leve, **não sendo necessário** o uso de **esponjas** ou **esfregar** a pele da criança;
- Gire o dispositivo diariamente 360 graus (giro completo) para evitar a aderência do balão à parede abdominal;
- Observe diariamente a marcação da numeração do dispositivo;
- Inspeção a pele ao redor da gastrostomia diariamente;
- Não fixe a sonda com adesivos, pois o uso frequente deles pode causar danos à pele;
- Não passe na pele ao redor do estoma (orifício), produtos como álcool, cremes, pomadas, colônias, sem indicação do profissional de saúde, pois **podem causar alergias**.



16

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

A Almeida P, Mendonça M, Goulart MA. Três vivas para o bebê: guia para mães e pais de crianças com microcefalia [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): EDUFBA; 2016 [citado 12 jan 2019]. Disponível em: <http://www.movimentodown.org.br/wp-content/uploads/2016/05/3-vivas-para-o-bebe%CC%82-microcefalia-versa%CC%83o-digital-final.pdf>

Brasil. Lei n. 13146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

Brasil. Lei n. 8069, de 13 de julho de 1991. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1991. Brasil. Lei n. 8742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1993.

Brasil. Portaria nº 1330, de 5 de agosto de 2015. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

Lima PS, Blanes L, Gomes HFC. Manual de Cuidados da Criança com Gastrostomia [dissertação na internet]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2018. 23 p [citado 13 jan 2019]. Disponível em: <http://dciir.sites.unifesp.br/mp/images/imagens/Manual-Cuidados-Criana-Gastrostomia-Priscila.pdf>.

18

O QUE VOCÊ DEVE FAZER NA INTERCORRÊNCIAS!

Se ocorrer saída acidental da gastrostomia ou da sonda; rachadura ou destruição do conector da gastrostomia ou sonda, entre em contato com o SAMU



ou procure atendimento de urgência.

17



Marília
Faculdade de Medicina de Marília
2019

Figura 3 – Cartilha Educativa Alimentação da Criança com Gastrostomia ou SNG/SNE

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente às consequências e complexidade dos cuidados que as CRIANES requerem é imprescindível o olhar atencioso para as mães cuidadoras, no sentido de contribuir

com sua rotina de cuidados com o filho, capacitando-as e ajudando-as no enfrentamento da situação que vivenciam. Também é fundamental que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei Brasileira da Pessoa com Deficiência, ganhem espaço na sociedade e nas redes de atenção à saúde, para o atendimento integral tanto das mães quanto das CRIANES. A capacitação dos profissionais de saúde para o exercício da educação em saúde e o preparo dos serviços em seus níveis de atenção também são fundamentais, para que possam abranger as necessidades de saúde dessa população. Neste contexto, as cartilhas educativas produzidas representam ferramentas valiosas de educação em saúde, pois contribuirão com informações que irão ao encontro das necessidades emergentes dessas mães na prática de cuidados, proporcionando às mesmas autonomia e empoderamento na execução dos procedimentos junto ao filho com necessidades especiais de saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Mariana Beserra de; VIEIRA, Sheila de Souza; DUPAS, Giselle. **Paralisia cerebral: estudo sobre o enfrentamento familiar**. Revista Mineira de Enfermagem [online], v. 15, n. 1, p. 86-96, 2011.
- ARAÚJO, Yana Balduino de; COLLET, Neusa; MOURA, Flávia Moura de; Nóbrega, Rosenmylde Duarte da. **Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância**. Texto & Contexto Enfermagem [online], v. 18, n. 3, p. 498-05, 2009.
- BARBOSA, Daniele Castro, SOUSA; Francisca Georgina Macedo de; SILVA, Andrea Cristina Oliveira; SILVA, Ítalo Rodolfo; SILVA, Dennyse Cristina Macedo da; SILVA, Thiago Privado da. **Funcionalidade de família de mãe cuidadoras de filhos com condição crônica**. Ciência, Cuidado e Saúde [online], v.10, n. 4, p. 731-38, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18317>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Data SUS** [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 520 p. : il.
- EGGER-RAINER, Andrea. **Determination of Content Validity of the Epilepsy Monitoring Unit Comfort Questionnaire Using the Content Validity Index**. Journal of Nursing Measurement, v. 26, n. 2, p. 398-10, 2018.
- GÓES, Fernanda Garcia Bezerra; CABRAL, Ivone Evangelista. **Crianças com necessidades especiais de saúde e suas demandas de cuidado**. Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental [online]. v. 2, n. 2, p. 889-01, 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/579/pdf_22>. Acesso em 01 de junho de 2020.
- GÓES, Fernanda Garcia Bezerra; CABRAL, Ivone Evangelista. **Discursos sobre cuidados na alta de crianças com necessidades especiais de saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, n. 1, p.163-171, 2017.

GRIFFIN, Janelle; MCKENNA, Kryss; TOOTH, Leigh. **Written health education materials: making them more effective.** Australian Occupational Therapy Journal [online], v. 50, p.170-77, 2003. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1440-1630.2003.00381.x>>. Acesso em 20 de abril de 2018.

HAYAKAWA, Liliane Yukie; MARCON, Sonia Silva; HIGARASHI, Ieda Harumi; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. **Support network to the families of children admitted in a pediatric intensive care unit.** Revista Brasileira de Enfermagem [online], v.63, n. 3, p. 440-5, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a15v63n3.pdf>> Portuguese>. Acesso em 15 de maio de 2019.

MCPHERSON, Merle; ARANGO, Polly; FOX, Harriette; LAUVER, Cassie; MCMANUS, Margaret; NEWACHECK, Paul W.; PERRIN, James M.; SHONKOFF, Jack P.; STRICKLAND, Bonnie. **A new definition of children with special health care needs.** Pediatrics [online], V. 102, n. 1, p.137-41, 1998. Disponível em:<<http://pediatrics.aappublications.org/content/102/1/137.full.pdf+html>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

MORAES, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de; CABRAL, Ivone Evangelista. **The social network of children with special healthcare needs in the (in)visibility of nursing care.** Revista Latino-Americana de Enfermagem [online], v. 20, n. 2, p. 282-8, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/10.pdf>>. Acesso em 16 de maio de 2020.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; GOLDANI, Marcelo Zubaran. **A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança.** Ciência & Saúde Coletiva [online], v.15, n. 2, p.321-327, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200002>>. Acesso em 30 de maio de 2020.

NEVES, Eliane Tatsch; SILVEIRA, Andressa da. **Challenges for family caregivers of children with special health care needs: contributions of nursing.** Revista de Enfermagem UFPE [online], v. 7, n. 5, p. 1458-62, 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3229/pdf_2563>. Acesso em 15 de maio de 2020.

REZENDE, Juliana Montenegro Medeiros; CABRAL, Ivone Evangelista. **As condições de vida das crianças com necessidades especiais de saúde: determinantes da vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde as crianças com necessidades especiais de saúde.** Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental, v. 2, p. 22-5, 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/773/pdf_68>. Acesso em 15 de maio de 2020.

SALVADOR, Marli dos Santos; GOMES, Giovana Calcagno; OLIVEIRA, Pâmela Kath de; GOMES, Vera Lúcia de Oliveira; BUSANELLO, Josefina; XAVIER, Daiani Modernel. **Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doença crônica.** Texto & Contexto Enfermagem [online], v.24, n.3, p. 662-69, 2015.

ENSINAR PARA SALVAR: ESTENDENDO O ENSINO DA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 27/03/2020

Isabella Carvalho de Andrade

Faculdade de Medicina de Petrópolis

Petrópolis – RJ

<http://lattes.cnpq.br/7475197436837009>

Isabela Maia Siqueira Neves

Faculdade de Medicina de Petrópolis

Petrópolis – RJ

<http://lattes.cnpq.br/6058635928401401>

Jossana Mauricio de Souza

Faculdade Arthur Sá Earp Neto

Petrópolis – RJ

<http://lattes.cnpq.br/0876253855219164>

Victoria de Souza Damião

Faculdade de Medicina de Petrópolis

Petrópolis – RJ

<http://lattes.cnpq.br/6740379659506441>

Patrícia Lefèvre Schmitz

Faculdade de Medicina de Petrópolis

Petrópolis – RJ

<http://lattes.cnpq.br/4174594492805752>

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo avaliar o conhecimento prévio da população leiga sobre o manejo de uma parada cardiorrespiratória (PCR) e promover medidas

educativas acerca do tema. Foi realizado estudo observacional, transversal e descritivo por intermédio da aplicação de questionários com 11 perguntas que foram respondidas pela população da cidade de Petrópolis - RJ após explicações realizadas pelos estudantes de medicina e enfermagem acerca do tema. A atividade foi bem aceita pelos participantes: metade dos participantes afirmou não ter conhecimento prévio sobre suporte básico de vida e a atuação frente a uma Parada Cardiorrespiratória (PCR) e as questões que foram respondidas sobre o tema, após a atividade, apresentou mais de 80% de acertos. Dessa forma, identifica-se a necessidade de realização de medidas educativas para conscientização e, principalmente, para a capacitação da população, que podem ser realizadas de forma prática, tendo em vista a boa aceitação populacional a essas medidas.

PALAVRAS-CHAVE: Parada cardiorrespiratória. Reanimação cardiopulmonar. Suporte Básico de Vida.

TEACH TO SAVE: EXTENDING THE
TEACHING OF CARDIOPULMONARY
RESUSCITATION

ABSTRACT: This study propose in their goals

to evaluate the population's prior knowledge about the management of cardiac arrest and to promote educational measures on the theme. Was made an observational, cross-sectional and descriptive study accomplished through the application of questionnaires with 11 questions that were answered by the population of Petrópolis-RJ after the explanations made by the students. The activity was well accepted by the participants, whose half said they had no prior knowledge about basic life support and the performance in front of a Cardiopulmonary Arrest. However, after the activity, the participants was show a score bigger than 80% of questions answered correctly. Therefore, educational measures are needed to raise awareness and, mainly, to train the population, which can be carried out in a practical way, getting a good population acceptance to these methodologies.

KEYWORDS: Cardiac arrest. Cardiopulmonary resuscitation. Basic life support.

1 | INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é a cessação da circulação e da respiração, reconhecida pela ausência de batimentos cardíacos e de movimentos respiratórios, em um paciente inconsciente (AHA, 2004). Para reversão da PCR, a realização da reanimação cardiopulmonar (RCP) de forma correta é fundamental para que danos irreversíveis sejam evitados, uma vez que lesões cerebrais podem ocorrer em 5 minutos após o início da PCR.

Para que a RCP seja realizada de forma eficaz, é necessário que uma sequência seja decorada e realizada efetiva e rapidamente. O conhecimento da população leiga acerca de temas relacionados à sua atuação durante uma situação de emergência é fundamental para que a vítima de uma PCR, em ambiente extra-hospitalar, não fique desassistida enquanto os profissionais de saúde não chegam ao local. A desassistência a essas vítimas culmina no aumento de sua morbimortalidade.

O suporte básico de vida (SBV), definido como a abordagem inicial à vítima, afirma que manobras devam ser realizadas por profissionais de saúde e leigos capacitados. A principal causa de morte fora dos hospitais é a falta de atendimento e a segunda o atendimento inadequado. De acordo com estudo realizado na Venezuela, a taxa de sobrevivência proveniente dessa assistência extra-hospitalar corresponde a um valor menor que 7% quando comparada a assistência prestada em meio hospitalar. Dessa forma, capacitar a população para a realização de primeiros socorros irá contribuir para aumento da taxa de sobrevivência em meio extra-hospitalar.

2 | OBJETIVO

Avaliar o conhecimento prévio da população acerca do manejo de uma PCR, bem como a eficácia de medidas educativas realizadas por estudantes da área de saúde para

a capacitação da população leiga.

3 | METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada por estudantes de enfermagem e medicina da Liga Acadêmica de Trauma e Emergência da Faculdade de Medicina de Petrópolis e Faculdade Arthur Sá Earp Neto, no dia 24 de agosto de 2019. Consiste em um estudo descritivo, transversal e observacional, que foi realizado através de questionários previamente estruturados, respondidos pela população que participou da dinâmica instituída pelos alunos acerca do tema.

Nos questionários, foram abordadas as seguintes questões, de forma objetiva, cada item com 4 opções de resposta: 1) Qual a sua idade?; 2) Qual o seu sexo?; 3) Qual a sua escolaridade?; 4) Você já tinha conhecimento sobre como agir diante de uma PCR antes dessa explicação?; 5) Você já presenciou alguma situação em que poderia ter ajudado se tivesse esse conhecimento?; 6) Você acredita que atividades como essa devem ser difundidas e ensinadas para toda a população?; 7) A comunicação entre você e os instrutores foi adequada para a troca de informações?; 8) Qual o primeiro passo a ser tomado diante de uma PCR? 9) Você conhece os números dos serviços de emergência da cidade de Petrópolis?; 10) Por que é necessário realizar os primeiros socorros em um curto espaço de tempo?; 11) Qual o número ideal de compressões por minuto?

A dinâmica realizada pelos alunos contou com a explicação teórica sobre conceitos básicos do suporte básico de vida e a exemplificação prática de como a RCP deve ser realizada. Além disso, os participantes puderam colocar em prática os conhecimentos adquiridos através da disponibilização de bonecos preparados para a dinâmica.

4 | RESULTADO

Os questionários foram respondidos por 64 pessoas, escolhidas aleatoriamente, para participar da dinâmica proposta. A faixa etária dos participantes foi de 11 a 92 anos com predomínio de 30 a 50 anos. Houve um leve predomínio do sexo masculino, que correspondeu a 53,1%, sendo o sexo feminino responsável por 46,9%. Em relação ao grau de escolaridade, dois perfis foram demonstrados em maior prevalência: Ensino fundamental incompleto e Ensino superior completo. Quando analisados separadamente, não houve mudanças significativas do perfil de resposta desses dois grupos.

Em relação aos conhecimentos prévios sobre o suporte básico de vida, 40,6% afirmou ter conhecimento sobre o tema, podendo ser esse básico ou aprofundado; 59,4% não apresentava nenhum conhecimento sobre as manobras ensinadas pelos estudantes. Do total de participantes, 31,25% alegou já ter passado por alguma situação em que poderia ter se saído melhor caso já houvesse realizado a atividade proposta. Sobre

os números de serviço de emergência, como os números do SAMU ou dos Bombeiros, 39% dos participantes afirmou não saber os números, ficando assim, impossibilitado de solicitar ajuda adequada, quando necessário.

Observando a interpretação dos participantes acerca da atividade, 96,9% acredita que mais propostas como esta devem ser difundidas e ensinadas para toda a população e 100% consideraram a troca de informação com os alunos adequada e relevante para sua instrução.

Após a realização da atividade, 89% respondeu que o primeiro passo frente a uma PCR é identificá-la, solicitar ajuda e assim iniciar as compressões e 82,8% afirmou que o ritmo de compressões deve ser de 100 a 120 compressões por minuto. Em relação ao tempo em que deve-se iniciar as compressões, 90,6% respondeu que deve-se iniciar imediatamente para evitar sequelas, garantir a continuidade do tratamento e diminuir o desconforto. Vale ressaltar que, para essas respostas, o grau de escolaridade não apresentou influência sobre o resultado final.

5 | CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, verifica-se que o principal obstáculo ao atendimento inicial pelos leigos em situação de emergência é a falta de conhecimento acerca do tema e, principalmente, a falta de capacitação. A população reconhece a importância e demonstra-se interessada, uma vez que 100% dos participantes acredita que a atividade deve ser ampliada para abranger mais pessoas, demonstrando que a adesão a esse perfil de intervenção seria adequada. Ademais, iniciativas como estas, têm eficácia de disseminação de informação alta, uma vez que todas as questões que avaliaram o conhecimento adquirido pelos participantes apresentaram índice de acerto de mais de 80%. Por outro lado, ao envolver estudantes na capacitação, outras habilidades podem ser trabalhadas neles, o que contribui para a formação acadêmica desses futuros profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- AEHLERT B. **ACLS, Suporte avançado de vida em cardiologia: emergências em cardiologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- 2- AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. Destaques da atualização das Diretrizes da AHA 2015 para RCP e ACE. Texas (EUA): American Heart Association; 2015.
- 3- BERGERON et al. **Primeiros Socorros**. Editora Atheneu, ed. 2ª, São Paulo, 2007.
- 4- CANESIN, Manoel Fernandes; CARDOSO, Lucienne T. Queiroz; SOARES, Abel Esteves; et al. **Campanhas públicas de ressuscitação cardiopulmonar: uma necessidade real**. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, São Paulo, v. 11, n. 02, p. 512-518, 2001.

5- Ferreira AVS, Garcia E. **Suporte básico de vida**. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2001;11(2):214-25

6- GONZALEZ MM,; TIMERMAN S; GIANOTTO-OLIVEIRA R; POLASTRI TF; CANESIN MF; SCHIMIDT A, et al. **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Arq Bras Cardiol. 2013.

7- MARTINS, H. S.; BRANDÃO NETO, R. A.; SCALABRINI NETO, A.; VELASCO, I. T. **Emergências Clínicas: abordagem prática**; 10^a Ed. São Paulo: Manole, 2015

8- TALLO FS.; MORAES JÚNIOR R.; GUIMARÃES HP.; LOPES RD.; LOPES AC. **Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico**. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2012.

CAPÍTULO 4

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR

Data de aceite: 01/07/2020

Gabriel Vinícius Reis de Queiroz

Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém - Pará

Eduardo Takeshi Matsuura

Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém - Pará

Otoniel Reis da Silva

Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém - Pará

Kleber Thiago Pinheiro Monteiro

Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém - Pará

Maria das Graças Santos Gomes

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém – Pará

Joelia dos Santos Oliveira

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém – Pará

Samara Cristina do Carmo Carvalho

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém – Pará

Nathália Oliveira de Souza

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém – Pará

Samara da Silva Barbosa

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém – Pará

Débora Barbosa Quaresma

Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual
do Pará – UEPA
Belém – Pará

José Efrain de Medeiros Alcolumbre

Enfermeiro, Especialista em Atenção Primária em
Saúde pelo Centro Universitário Metropolitano da
Amazônia – UNIFAMAZ
Belém – Pará

Onayane dos Santos Oliveira

Enfermeira, Mestre em Virologia pelo Instituto
Evandro Chagas – IEC
Belém – Pará

RESUMO: O conceito de saúde humanizadora é amplo e compreender o que é um ambiente hospitalar humanizado é fazer uma reforma íntima, uma reflexão sobre o que é ser humano na sua totalidade. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura sobre a relevância do processo de humanização em hospitais como ferramenta

primordial no resgata o direito à vida humana. O método utilizado foi a pesquisa bibliográfica e teve como base materiais constituídos de livros, artigos e entre outros, bem como narrativas para enriquecer o mesmo. A pesquisa bibliográfica que é caracterizada por ser uma pesquisa que utiliza o manuseio de material já elaborado e publicado. Identificou-se que diversos programas com a finalidade da humanização já estão sendo criados, porém não só se pode enxergar a humanização nos pacientes, é preciso pensar também na equipe que presta o cuidado. Constatou-se que o processo de implementação da humanização em hospitais ainda precisa percorrer um longo caminho. É importante ressaltar que a humanização do cuidar é ampla e complexa para ser concluída apenas com esta pesquisa, por isso espera-se novas reflexões a respeito do tema proposto.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização, Assistência à saúde, Hospital.

HUMANIZATION OF HEALTH CARE IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT

ABSTRACT: The concept of humanizing health is broad and to understand what a humanized hospital environment is is to make an intimate reform, a reflection on what it is to be human in its entirety. In this sense, the objective of this study was to carry out a literature review on the relevance of the humanization process in hospitals as a primary tool in rescuing the right to human life. The method used was bibliographic research and was based on materials consisting of books, articles and others, as well as narratives to enrich it. Bibliographic research that is characterized by being a research that uses the handling of material already prepared and published. It was identified that several programs for the purpose of humanization are already being created, but not only can humanization be seen in patients, it is also necessary to think about the team that provides care. It was found that the process of implementing humanization in hospitals still has a long way to go. It is important to note that the humanization of care is broad and complex to be concluded with this research alone, which is why new reflections on the proposed theme are expected.

KEYWORDS: Humanization, Health care, Hospital.

1 | INTRODUÇÃO

Humanização é o ato de cuidar e quando se trata de serviços prestados em unidade de terapia intensiva essa humanização deve ser repensada e analisada de que modo ela vem sendo empregada.

Na abordagem do manual do Plano Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), humanizar é:

Garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto, que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos

O hospital é um lugar de atendimento a pacientes com diversas enfermidades e requer profissionais qualificados, com preparo para atuar numa diversidade tecnológica. É um ambiente que gera muito estresse, pois lida com a morte e vida dos pacientes. Porém é imprescindível que profissionais da saúde tenham consciência que prestar uma assistência mais humana e ter empatia proporcionando um tratamento de respeito trará benefícios para todos de forma efetiva.

A humanização no ambiente de hospitalar não deve se ater somente ao espaço físico, mas principalmente na conscientização dos profissionais. O processo de humanização deve propiciar um ambiente acolhedor e uma vivência interdisciplinar participativa, pois o elo principal no processo de humanização é a comunicação entre a equipe, paciente e a família para que juntos possam solucionar possíveis impasses e diminuir possíveis conflitos.

Neste sentido questiona-se: Como desenvolver um cuidado humanizado dentro dos hospitais mesmo com a pressão e exigências do cotidiano do trabalho? Sabendo-se que na maioria das vezes pacientes internados são impotentes e que enfermeiros trabalham sob uma carga excessiva de estresse podendo ocasionar a falta de empatia e de humanização seria necessário palestras, fóruns e subsídios que propiciem a importância da mesma e o benefício que ela propicia tanto para pacientes e famílias quanto para os profissionais da saúde. Gestores também precisam incorporar tal processo, conduzindo a humanização nas práticas, promovendo mudanças e consequentemente a qualidade no atendimento.

O objetivo geral deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre a relevância do processo de humanização em hospitais como ferramenta primordial no resgata o direito à vida humana, seguindo dos objetivos específicos: compreender que o processo de humanização será benefício para toda comunidade da instituição de saúde e demonstrar que o indivíduo doente deve ser considerado como um todo bio-psico-sócio-espiritual.

O conceito de saúde humanizadora é amplo e compreender o que é um ambiente hospitalar humanizado é fazer uma reforma íntima, uma reflexão sobre o que é ser humano na sua totalidade. Sendo assim médicos, enfermeiros e técnicos tem papel fundamental no atendimento humanizador nos hospitais e a conscientização desse papel é a melhor forma de inserir efetivamente tal processo. Assim justifica-se esse trabalho, e por fim o tema em questão foi escolhido para que profissionais da saúde, estudantes do curso de Ciências Biológicas e áreas afins e sociedade civil interessada possam analisar com mais profundidade a humanização em hospitais.

2 | MÉTODO

O método utilizado foi a pesquisa bibliográfica e teve como base materiais constituídos

de livros, artigos e entre outros, bem como narrativas para enriquecer o mesmo. A pesquisa bibliográfica que é caracterizada por ser uma pesquisa que utiliza o manuseio de material já elaborado e publicado. É o levantamento de todo o referencial já editado em relação à temática de estudo desde periódicos, monografias, dissertações, teses, livros, publicações avulsas, boletins, documentos eletrônicos, entre outros (RAUPP; BEUREN, 2004). Com esse levantamento pode-se desenvolver o trabalho com uma perspectiva histórica ou com intuito de reunir diversas publicações isoladas, atribuindo-se uma nova leitura. O objetivo da pesquisa bibliográfica é desvendar, escolher e analisar as principais contribuições sobre determinado fato, assunto ou ideia.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O Hospital e o Conceito de Humanização Hospitalar

A palavra hospital é de origem latina (hospes) que significa hóspede. Em épocas anteriores os hospitais eram instituições onde se abrigavam pobres e doentes que deveriam ficar excluídos da sociedade. Para Foucault (1979) o hospital permanece nessas características até o começo do século XVIII, onde era um instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual. Naquela época a medicina exercida era individualista e consistia em receitar medicamentos e observar a doença, acompanhá-la, observar os sintomas e prever a evolução da doença tentando favorecer a cura. A medicina não estava entrelaçada ao hospital, não havia interligação entre ambos. Os hospitais começaram a apresentar riscos à saúde dos internos bem como da população vizinha aos hospitais. Houve então a necessidade de uma reforma no ambiente hospitalar, na higienização, espaço e ventilação com o intuito de não haver propagação de doenças. A partir daí o hospital começou a ser considerado um lugar obstinado a cuidar dos doentes.

O SUS(Sistema Único de Saúde) instituído pelas leis federais 8.080/1990 e 8.142/1990 tem como ponto crucial a “saúde como direito e dever do Estado” previsto pela Constituição Federal de 1988. Portanto deve-se compreender a palavra “saúde” como termo amplo que engloba tanto a saúde física quanto a saúde mental.

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) ressalta que a humanização é um processo que envolve toda a equipe da hospital. É certo que cada profissional das equipes tenha em mente que é essencial cuidar do outro como gostaria de ser cuidado, dessa forma a interação entre enfermeiros, médicos, técnicos e paciente se torna mais eficaz.

De acordo com MEZZOMO (2003,p.276) um “hospital humanizado é aquele que sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade.”

O cuidado precisa ser além de técnico também ser pautado no respeito e dignidades

do paciente e seus familiares. Em específico os profissionais da saúde precisam internalizar que humanizar também significa manter a família informada com informações precisas e propiciar uma preparação para a mesma receber notícias desagradáveis. A presença da família é de suma importância para a terapêutica do paciente também, pois envolve mais que certa humanização de profissionais, envolve laços de sangue, sentimentos e cumplicidade.

De acordo com o Ministério da Saúde, (2001):

[...]a humanização consiste na valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, no fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos, com o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, no estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, na identificação das necessidades sociais de saúde, na mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde e no compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (p.8).

Para (Ferreira, 2009) Humanização significa humanizar, tornar humano, dar condição humana a alguma ação ou atitude, humanar. Também quer dizer ser benévolo, afável, tratável. É realizar qualquer ato considerando o ser humano como um ser único e complexo, onde está inerente o respeito e a compaixão para com o outro. Nos dias atuais algumas pesquisas vem sendo desenvolvidas acerca desse assunto, bem como a formulação de políticas públicas voltadas para a humanização no campo da saúde tem mostrado a necessidade urgente de que se desenvolva uma assistência humana nos hospitais. Dentre essas políticas públicas podemos destacar: o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) instituído pelo Ministério da Saúde em 2001. Esse programa sugere um gama de ações que pode mudar de forma efetiva a qualidade dos serviços prestados nos hospitais.

Alguns dos objetivos do Programa são: deflagrar um processo de humanização dos serviços, de forma vigorosa e profunda, processo esse destinado a provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atendimento à saúde, em benefício tanto dos usuários-clientes quanto dos profissionais; produzir um conhecimento específico acerca destas instituições, sob a ótica da humanização do atendimento, de forma a colher subsídios que favoreçam a disseminação da experiência para os demais hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2002).

Conforme Junior e Campos (2014) O apoio institucional é pensado na PNH como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Assume como objetivo a mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindos da filosofia, da clínica, da psicanálise, da pedagogia, da análise institucional e da gestão. Opera o apoio disparando processos e propiciando suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em

processos de mudança. Considera que o objeto de trabalho do apoiador é o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde.

Pode parecer estranho falar de humanização para seres humanos, porém na atualidade é extremamente necessário que se faça uma auto análise da prática diária do cotidiano com a finalidade de atender cuidadosamente as necessidades de cada um.

O PNH não define um conceito único sobre humanização, apenas limita-se a uma compreensão que é:

“ valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde, mudanças nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde, compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (Brasil,2007)”.

É certo que a equipe multidisciplinar atuante nos hospitais tenham uma visão do paciente não somente do lado patológico, mas sim do indivíduo como um todo. O sujeito hospitalizado se enxerga fora do seu ambiente do cotidiano, longe do seio familiar e sendo assistido por pessoas estranhas, diante disso o mesmo sofre alterações psicológicas e físicas. Nesse sentido a ética e a assistência humanizada devem caminhar juntas. A doença é um estado físico e emocional que gera angústia não somente na pessoa que sofre, mas também naqueles que estão ao seu redor: profissionais, familiares e amigos. A doença influencia na mudança do comportamento do paciente.

Na atualidade ainda há um clamor pela humanização em hospitais, pois não são de insuficiências de ordem técnica e sim de ordem humana. Para ocorrer a humanização de forma efetiva é preciso estratégias eficientes de gestão e programas de treinamento de recursos humanos.

Os fatores ambientais determinam de forma plena na humanização. O paciente espera que o hospital seja um ambiente silencioso, discreto e acolhedor, pois o mesmo está com a estabilidade emocional abalada. Em sua maioria o paciente transmite seu sofrimento, medo, angústia, incerteza e tensão emocional por meio de condutas dominantes como agressividade e dependência total alternando entre si, logo convertidos em impotência e sensação de fragilidade. Com o paciente inconsciente a humanização também deve ocorrer, os direitos do paciente como cidadão e ser tratado com dignidade e respeito continuam prevalecendo. Acima de tudo na humanização é necessário ética e a mesma não deve ser somente uma palavra q compõem um discurso bonito, ela deve ser a ação do fazer moralmente correto. De acordo com Oliveira(2009):

Na concepção aristotélica a noção de felicidade está ligada intrinsecamente à ética e assim é caracterizada como “ética eudaimônica”, isto é a felicidade possui papel central na ética. Em outras palavras a felicidade está no centro da ética aristotélica. A felicidade para Aristóteles consiste na realização humana e no sucesso daquilo que o homem pretende obter ou fazer e assim ele o faz no seu mais alto grau em excelência humana,

ou seja, para ele chegar onde deseja desenvolve suas virtudes (areté), suas qualidades de caráter a qual possibilitarão atingir sua excelência e isto em si já supõe uma “ética perfeita”.

A ética está relacionada com os comportamentos de um grupo e faz uso dos valores e princípios deste. O desafio maior não é só compreender e auxiliar no tratamento, mas busca desenvolver uma prática humanizadora. A reflexão de como os pacientes são tratados deve ser contínua.

A missão da humanização, considerando o ambiente hospitalar, num sentido mais amplo, além da melhora do tratamento intersubjetivo, podemos considerar que se trata de incentivar, por todos os meios possíveis, a união e colaboração interdisciplinar de todos os envolvidos, dos gestores, dos técnicos e dos funcionários, assim como a organização para a participação ativa e militante dos clientes (pacientes e familiares) nos processos de prevenção, cura e reabilitação. Humanizar não é apenas “amenizar” a convivência hospitalar, senão, uma grande ocasião para organizar-se na luta pela qualidade e da excelência do atendimento prestado (OLIVEIRA; COLLET, 2006).

3.2 O Papel da Equipe de Enfermagem no Cuidado Humanizador

A enfermagem é uma profissão nobre, íntegra e tem como objetivo promover, prevenir e restaurar a saúde. Para (Silva et al. 2005) a enfermagem é uma profissão dinâmica cujo princípio ético é manter e restaurar a dignidade do ser humano na sua totalidade. Pautando-se na ética desses profissionais não somente a eles competem ações técnicas e especializadas, mas também a atenção às pessoas doentes da melhor maneira possível respeitando sua individualidade.

De acordo com o código de ética dos profissionais da enfermagem (Resolução nº240/2000) capítulo I estabelece que:

Art. 1º - A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.

Art. 2º - O profissional de Enfermagem participa, como integrante da sociedade, das ações que visem satisfazer às necessidades de saúde da população.

Art. 3º - O profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 4º - O profissional de Enfermagem exerce suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

Art. 5º - O profissional de Enfermagem presta assistência a saúde visando a promoção do ser humano como um todo.

Art. 6º - O profissional de Enfermagem exerce a profissão com autonomia, respeitando os preceitos legais da Enfermagem.

Infelizmente a teoria e a prática no que diz respeito à ética e atendimento individualizado não caminham num paralelo. Por causa da sobrecarga de pacientes e a escassez de tempo fazem com que a prática se torna mecânica.

Conforme (Candia, 2009) o desafio maior não é só compreender e auxiliar no tratamento, mas buscar desenvolver uma prática humanizada, em que possamos continuamente refletir sobre o sentido de nossas ações, reações e atitudes com os nossos pacientes.

Devemos hoje, considerar também, a falta de reconhecimento pela profissão, a falta de habilidades dos profissionais, que exercem esta profissão por escolha, influenciada por outros, não desempenha um perfil de cuidadores, e passam a não gostar de fazer o que fazem.

É preciso mudar o comportamento destes profissionais. É necessário que nossa categoria, seja mais convincente, participativa, e que se mobilize com as circunstâncias, com as necessidades, as situações, melhorando assim, o cuidado.

A (O) Enfermeira (o) tem a função de liderar a equipe de enfermagem, organiza e planeja tarefas, controla a equipe e os gastos. O cuidado direto com o paciente, quem exerce são as categorias de enfermagem, auxiliares e técnicos de enfermagem.

“O cuidado humano é uma atitude em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. Pessoas se relacionam numa forma a promover o crescimento e o bem estar da outra”.(Waldow, 1999).

3.3 Políticas de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS)

Muitos desafios o SUS enfrenta ainda na atualidade, mesmo diante dos muitos avanços ainda há a necessidade de melhorar os seus serviços qualitativamente. Conforme Marques (2014) podemos pensar que a classificação dentro de serviços de saúde é uma ferramenta de promoção do acolhimento, pois este não se limita a algo moral, pois envolve o trabalho em equipe, formas de acesso e organização dos serviços, etc. A escuta qualificada é uma das palavras chaves para o acolhimento, porém não significa que o usuário será apenas ouvido. Significa, também, traduzir essa necessidade de saúde daquele usuário em uma oferta de serviço. Dessa forma, a escuta qualificada é instrumento importante para a gestão do SUS, tendo em vista o seu papel de garantir o direito à saúde.

Quando o assunto é parto humanizado pelo SUS Gontigio; Freitas; Deus (2019) ressaltam que o “parto humanizado é complicado nos dias atuais, por ser um assunto comentado com mais frequência quando está visível na mídia, quando algum fato aconteceu e foi divulgado nos mecanismos de divulgação em massa, porém, é um assunto presente no cotidiano de milhares de mulheres e famílias, que são abruptamente atingidas pelos profissionais de saúde ou até pela ignorância sobre o tema, no sentido literal da palavra.”

Para ele o parto humanizado não pode ser considerado como um tipo de parto ou

como um conforto no momento de dar à luz, mas a humanização no parto é um processo que começa desde o pré natal até o parto em si.

Conforme Gomes et al (2015) O Ministério da Saúde fomenta o parto natural e humanizado, e garante por meio do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha, que possibilita às futuras mães o acesso ao pré-natal e ao parto por meio do cuidado de uma equipe multiprofissional, que presta uma assistência antes, durante e após o parto.

No parto humanizado, a mulher tem a autonomia de decidir, onde e como deseja ter o filho, e de escolher o acompanhante de sua livre escolha, com direito ao planejamento reprodutivo.

O parto natural e humanizado, além de aumentar a autonomia e o protagonismo da mulher, contribui para a redução das taxas de cesarianas e de mortalidade infantil. (Gomes et al, 2015).

Para Camara et al (2015) A Política Nacional de Humanização busca colocar em prática os princípios do SUS nas ações e serviços de saúde e uma de suas diretrizes é o acolhimento, fator essencial na organização da porta de entrada de um serviço. O acolhimento é reconhecer a necessidade de saúde do outro e deve ser construído de forma coletiva trazendo consigo confiança, compromissos e vínculos entre o paciente e a equipe da unidade de saúde. É fundamental a escuta dos trabalhadores aos usuários para que possam atender as demandas dos pacientes.

É necessário a criação de programas e políticas mais bem definidas que possibilitem uma gestão das organizações caminhar em direção à humanização e inclusão social. A saúde pública precisa andar num paralelo com a médica e o social.

Ainda ressaltando a importância do acolhimento na prática da humanização em hospitais Guerrero et al (2013) destaca que O acolhimento não é um espaço ou um local, é uma maneira de expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde, um compromisso em responder às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

Em 2014 o Instituto de Medicina Física e Reabilitação do HCFMUSP criou o programa “Direito das Pessoas Servidas” que tem como finalidade disseminar os direitos dos pacientes. Para Salimene (2015) A essência do processo é possibilitar a transformação do comportamento dos colaboradores e prestadores de serviços, propiciando a prática dos conceitos de humanização por meio de conduta ética, de acolhimento do novo, desconhecido e diferente, de respeito aos pacientes, cuidadores e familiares, entendidos não apenas como usuários de serviços de saúde, mas acima de tudo, como cidadãos plenos de direitos.

Ainda de acordo com Salimene (2015) A disseminação para os colaboradores consistiu em palestras simultâneas em todas as unidades do Instituto, ministradas e coordenadas pelo Serviço Social - ocasião em que foi entregue o folder “Direitos e Responsabilidades

dos Pacientes”. Para os usuários, pacientes, cuidadores e familiares, a abordagem foi realizada por meio do “Grupo de Acolhimento”, momento em que é apresentado o Instituto e entregue uma bolsa contendo o Manual do Paciente, quadro de horário das terapias, pasta de acompanhamento terapêutico, termo de responsabilidade e folder da Ouvidoria. Trata-se de um processo grupal com técnicas específicas de comunicação, sensibilização, informações e orientações, com trocas de experiências e reflexões, conduzidas pelo Serviço Social e Enfermagem.

É certo que o SUS ainda precisa de muitos outros programas como esse para conscientizar equipe diretiva, funcionários, pacientes e famílias dos direitos dos enfermos para obter a humanização de forma efetiva, porém cada programa ou cada ação já significa um caminho para a divulgação ampla de práticas humanizadoras. A cultura autoritária institucional precisa ser cada vez mais sensibilizada e voltada para as necessidades dos pacientes

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que o processo de implementação da humanização em hospitais ainda precisa percorrer um longo caminho. Os profissionais da saúde trabalham sob pressão por causa do acúmulo de tarefas levando esse profissional a executá-las de forma mecânica e sistematizada, dessa forma há um distanciamento entre o profissional, o paciente e a família.

O estudo bibliográfico mostrou que diversos programas com a finalidade da humanização já estão sendo criados, porém não só se pode enxergar a humanização nos pacientes, é preciso pensar também na equipe que presta cuidado. A humanização só acontecerá de fato se a equipe se sentir humanizada, valorizada e motivada.

Espaços democráticos de comunicação entre gestores, funcionários e usuários também poderão conduzir à humanização e consequentemente na melhora da qualidade no atendimento. Sendo assim sugere-se estudos mais abrangentes sobre a temática e promover debates na comunidade hospitalar. É extremamente necessário refletir sobre a possibilidade de enxergar os direitos no outro, bem como sua dignidade e singularidade. Por fim, acima de tudo é necessário desenvolver sentimentos, construir valores éticos e Morais. Os pressupostos do PNH devem ser internalizados e colocados em prática. Também é importante ressaltar que a humanização do cuidar é ampla e complexa para ser concluída apenas com esta pesquisa, por isso espera-se novas reflexões a respeito do tema proposto.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAIH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CAMARA, R. F.; et al. **O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: uma revisão**. Rev. Humano ser – UNIFACEX, Natal-RN, v.1, n.1, p. 99-114, 2015.
- CANDIA, M. A. B. **Cuidado Humanizado**, 2009. Disponível em: <https://www.webartigos.com/articles/18713/1/Enfermagem-e-o-Cuidado-Humanizado/pagina1.html>. Acesso em: 12/02/2020
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 374 de 23 de março de 2011**. Normatiza o funcionamento do Sistema de Fiscalização do Exercício profissional da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br>.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4a ed. Curitiba: Positivo; 2009.
- FOUCAULT, Michael. **Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- GOMES, S. C.; et al. **Renascimento do parto: reflexões sobre a medicalização da atenção obstétrica no Brasil**. Rev. Bras. Enferm. vol.71, n.5. Brasília, set/out, 2018.
- GONTIJO, B. D. R.; FREITAS, E. A. M.; DEUS, K. G. **Análise da assistência ao trabalho de parto em hospital universitário**. REFACS (online), 2019; 7(3):313-321.
- GUERRERO, P.; et al. **O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde**. Texto contexto – enferm. vol 22, n 1. Florianópolis, jan/mar, 2013.
- JUNIOR, N. P.; CAMPOS, G. W. S. **O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão**. Interface (Botucatu); 18 Supl 1: 895-908, 2014.
- MARQUES, M. **O cuidador familiar da criança hospitalizada na visão da equipe de enfermagem**. Cienc Cuid Saude. v.13, n.3, p.541-8, 2014. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/22133/pdf_227 Acesso em: 15/02/2020.
- MEZZOMO, Augusto Antônio et al. **Fundamentos da Humanização Hospitalar: uma versão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003.
- OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa. **A humanização na assistência à saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.14, n. 2, p.277-284, Apr. 2006.
- OLIVEIRA, C. F. A. S. **A ética em Aristóteles**, 2009. Disponível em : http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_18970/artigo_sobre_a-etica-em-aristoteles. Acesso em : 18/11/2019.
- RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. **Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais**. In: BEUREN, Ilse Maria (Org.). Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004. p. 76-97.

SALIMENE, A. C. M. **Transformando os direitos dos pacientes em práticas humanizadas**. IMREA HCFMUSP, 2015. Disponível em: <http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/Transformando%20direitos%20pacientes.pdf>. Acesso em: 23/12/2019.

SILVA, L. W. S.; et al. **Arte na Enfermagem: iniciando um diálogo reflexivo**. Texto contexto Enferm; Jan-Mar 14(1):120-3, 2005.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 2a ed. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 1999.

IMPLANTAÇÃO DE ATIVIDADES DE ENTRETENIMENTO PARA PACIENTES CARDIOPATAS INTERNADOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 03/06/2020

Stephanie Jully Santos de Oliveira

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro – RJ

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9845793714794522>

Wallace Ferreira da Silva

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro – RJ

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8688355970506242>

Adriana da Costa Coelho

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro – RJ

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3472068570428383>

RESUMO: Introdução: Mediante ao longo período de internação, notou-se uma ansiedade e ociosidade nos pacientes. Com base na humanização, o projeto foi elaborado para estimular o espaço de lazer interativo entre as enfermarias, perfazendo interação social, de forma a estabelecer entretenimento aos pacientes internados. **Objetivo:** Promover o acolhimento através da recreação e

convivência entre os pacientes internados no setor de cardiologia. **Metodologia:** Exposição do material de jogos e explicação sobre cada um, considerando as características dos pacientes como: idade, gênero e escolaridade. **Resultados:** Promoção do bem estar, com diminuição da ociosidade dos pacientes clinicamente estáveis; proporcionando melhora no humor e disposição dos pacientes diminuindo os níveis de ansiedade. **Conclusão:** O presente relato evidência a necessidade da atividade lúdica com pacientes internados.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Cardiovascular. Enfermagem Holística. Humanização.

IMPLEMENTATION OF ENTERTAINMENT
ACTIVITIES FOR INTERNAL HEART
DISEASE PATIENTS: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Introduction: Throughout the long period of hospitalization, anxiety and idleness were noted in the patients. Based on humanization, the project was designed to stimulate the interactive leisure space between the wards, making social interaction, in order to establish entertainment for inpatients. **Objective:** To promote welcoming through recreation and coexistence among inpatients

in the cardiology sector. **Methodology:** Exposure of the game material and explanation of each one, considering the characteristics of the patients such as: age, gender and education. **Results:** Promotion of well-being, with reduced idleness of clinically stable patients; improving the mood and disposition of patients, decreasing anxiety levels. **Conclusion:** The present report shows the need for playful activity with hospitalized patients.

KEYWORDS: Cardiovascular Nursing. Holistic Nursing. Humanization.

1 | INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são alterações no funcionamento do sistema cardíaco, sendo este responsável por transportar oxigênio e nutrientes necessários às células para essas executarem suas tarefas (RIBEIRO, 2011).

A hospitalização configura-se como uma realidade constante na vida dos pacientes com doença cardiovascular, sendo assim, os pacientes passam por diversos procedimentos estressantes, como exames invasivos, cirurgias e/ou expectativa da mesma.

O presente trabalho foi realizado em um hospital Federal do Rio de Janeiro-RJ, com finalidades de ensino, pesquisa e assistência, sendo considerado como nível terciário de referência regional.

O trabalho foi desenvolvido com os pacientes internados e que se dispuseram a participar da atividade na enfermaria de cardiologia.

Com o objetivo de promover o acolhimento através da recreação e convivência entre os pacientes internados do HFSE. Constituir uma clínica ampliada no cuidado e qualificação da assistência dos usuários da Cardiologia do HFSE. Promover condições para o lazer dos pacientes. Propiciar atividades lúdicas como forma de propor momentos de entretenimento.

Mediante ao longo período de internação, notou-se uma ansiedade e ociosidade nos pacientes, com base na humanização, o projeto foi elaborado para estimular o espaço de lazer interativo entre as enfermarias, perfazendo interação social, ofertando entretenimento aos pacientes internados com o objetivo de reduzir o estresse gerado pela doença ou tratamento.

2 | METODOLOGIA

O setor de cardiologia no qual foi desenvolvido este trabalho possui 20 leitos de internação. A área física dispõe de TV para os pacientes ali internados, hall de entrada, secretaria, posto de enfermagem, sala de preparo de medicamentos, expurgo, banheiro, copa e sala de repouso para enfermagem.

Existem duas enfermarias, uma masculina e uma feminina, os pacientes internados nestas enfermarias, foram convidados a participar do projeto, com desenvolvimento de

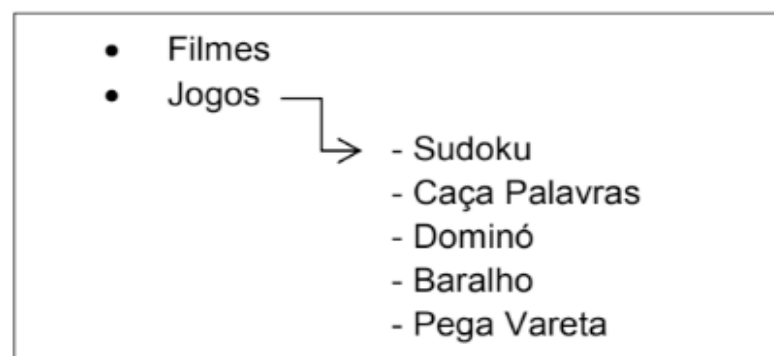
atividades lúdicas.

Os encontros entre as enfermarias foram realizados diariamente, durante todos os dias da semana, no período da tarde das 13 horas às 17 horas, momento em que o setor está menos movimentado, propiciando a atividade. As atividades lúdicas foram planejadas procurando adequá-las e adapta-las considerando as características dos pacientes como: idade, gênero e escolaridade.

A equipe estimula os pacientes e acompanhantes a experimentar os materiais e participar das atividades oferecidas, colocando os recursos à disposição.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No contato inicial do desenvolvimento das atividades lúdicas propostas, os pacientes mostraram bom desenvolvimento, com diminuição da ociosidade, melhora no humor e disposição, apresentaram também diminuição dos níveis de ansiedade.



Quadro 1. Atividades lúdicas desenvolvidas durante o projeto.

Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

Quanto às atividades foi possível observar que os pacientes, em sua totalidade, foram cooperativos, participativos e estavam entusiasmados.

Beuter (2010, p. 573) afirma que o lúdico, quando concebido para o cuidado, está relacionado à alegria, descontração e sorriso, sendo, portanto, essenciais no cuidado de enfermagem e capazes de auxiliar na redução das tensões e angústias relacionadas à hospitalização.

Com isso, podemos perceber que atividades lúdicas no período de hospitalização colaboram positivamente para uma melhor relação paciente/familiar/profissional, eliminando barreiras emocionais ligadas ao medo e angústias.

Para cuidar efetivamente, enfermeiros precisam ver, sentir e estimular o paciente a participar do seu processo de cuidado, portanto, não podem ter receios de inovar e experimentar. Deve-se considerar que o hospital é visto como um local sério e triste, onde o paciente não deseja estar (BEUTER, 2010, p. 574).

Deste modo, as atividades de recreação buscam transformar o hospital e a hospitalização em um local mais ameno, provido de descontração e alegria, transportando o paciente, ainda que momentaneamente, a uma realidade mais agradável, leve e feliz.

“O acolhimento é considerado para além da influência do contexto físico onde o cuidado se dá, uma vez que um ambiente acolhedor se objetiva em um conjunto de ações, dentre elas, na construção da relação com o outro. Nesse sentido, as enfermeiras reforçaram a necessidade de preparo de um ambiente que proporcione prazer, conforto e bem-estar ao cliente.” (SILVA, ALVIM; 2008)

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo reflete a importância do olhar holístico da enfermagem, onde mediante este olhar, foi observado a necessidade da atividade lúdica no setor. Com base nestas considerações a experiência da implantação do trabalho lúdico em grupo no setor de cardiologia mostrou-se, no geral, positiva, do ponto de vista dos pacientes.

Desejamos e nos empenhamos para que esta ação continue, auxiliando no processo terapêutico, promovendo o bem estar do paciente.

REFERÊNCIAS

BEUTER, M.; ALVIM, N.A.T. **Expressões lúdicas no cuidado hospitalar**. Esc Anna Nery (impr.) 2010 jul-set; 14 (3):567-574. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a19>>. Acesso em 11 set. 2019.

RIBEIRO, P.R.Q.; OLIVEIRA, D.M. **Reabilitação cardiovascular, doença arterial coronariana e infarto agudo do miocárdio: efeitos do exercício físico**. Rev Digital [Internet]. 2011. [acesso em 12 Jun 2012];15(152):1. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd152/reabilitacao-cardiovascular-efeitos-do-exercicio-fisico.html>>

SILVA, D.C.; ALVIM, N.A.T.; FIGUEIREDO, P.A. **Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 291-298, June 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000200014&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000200014>.

OSTEOPOROSE EM MULHERES: PREDISPOSIÇÃO ASSOCIADA A MENOPAUSA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 20/06/2020

Kérellyn Follador

Universidade Comunitária da Região de Chapecó

Chapecó – Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/9079652845371215>

Vanessa Aparecida Gasparin

Universidade do Estado de Santa Catarina,

Departamento de Enfermagem

Chapecó – Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/1576553310288385>

Lucimare Ferraz

Universidade Comunitária da Região de Chapecó

Universidade do Estado de Santa Catarina,

Departamento de Enfermagem

Chapecó – Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/3769248121024247>

Davi Patussi Lazzari

Universidade Luterana do Brasil

Canoas – Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/6524868847705161>

Fernanda Canello Modesti

Universidade Comunitária da Região de Chapecó

Chapecó – Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/1505857669114497>

Laura Helena Miosso

Universidade Comunitária da Região de Chapecó

Chapecó – Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/7297945349624094>

Patricia Pereira de Oliveira

Universidade Comunitária da Região de Chapecó

Chapecó – Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/7510469584736681>

RESUMO: Esse capítulo tem a finalidade de abordar a osteoporose na população feminina e como a menopausa se insere nesse cenário. Inicia contextualizando o agravo e apresenta dados a nível nacional. Aspectos fisiopatológicos, manifestações e forma de diagnóstico são expostos na sequência. O capítulo finaliza apontando formas de prevenir a osteoporose, por meio da adoção de medidas, frente aos fatores de risco já conhecidos.

PALAVRAS-CHAVE: Osteoporose; Saúde da Mulher; Menopausa.

OSTEOPOROSIS IN WOMEN: MENOPAUSE-ASSOCIATED RISK

ABSTRACT: The present chapter aims to explore the osteoporosis in the women population and its link with menopause. The first part provides an overview of the disease and national-level data. Physiopathological features, clinical manifestations and diagnosis

are discussed subsequently. Finally, the authors explain how to prevent osteoporosis based on the management of the already known risk factors.

KEYWORDS: Osteoporosis; Women's Health; Menopause.

1 | CONTEXTUALIZAÇÃO E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A osteoporose é definida como uma doença sistêmica esquelética e caracterizada por reduzir a densidade óssea e por deteriorar a microarquitetura do tecido ósseo, aumentando dessa forma a fragilidade e o risco de fraturas ósseas, condição agravada pela idade (SILVA *et al.*, 2015).

Com o aumento da idade, ocorre um declínio da capacidade funcional dos diversos sistemas humanos. O sistema ósseo é um exemplo disso, decorrente da influência das alterações hormonais impostas pela menopausa, levando à diminuição fisiológica da massa óssea, que quando intensa pode resultar no aparecimento de osteoporose (RITSON; SCOT, 1996).

Na menopausa, definida pelo cessar da menstruação por pelo menos um ano, a principal alteração biológica é o cessar da ovulação. Como os ovários tornam-se inativos, ocorre pouca liberação de estrogênio no organismo, coincidindo com a redução da absorção de cálcio pelo intestino, devido à baixa produção de calcitonina, hormônio que inibe a desmineralização óssea (ULRICH *et al.*, 1996; NIEVES *et al.*, 1998). Essa cascata de eventos pode resultar na osteoporose, a qual tem sido considerada um problema de saúde pública, devido sua ascendente ocorrência (BUKSMAN *et al.*, 2014).

Estimativas apontam que a população brasileira com propensão a desenvolvimento de osteoporose aumentou de 7,5 milhões, em 1980, para 15 milhões em 2000 (BUKSMAN *et al.*, 2014). Nesse cenário, as mulheres entre 40 anos e a menopausa, perdem aproximadamente 0,3% a 0,5% de sua massa óssea por ano. Após a menopausa, o ritmo é acelerado para 2% a 3% de perda ao ano (LANZILLOTTI *et al.*, 2003).

Nesse sentido, acredita-se que cerca de 33% das mulheres na pós menopausa são afetadas pela osteoporose, interferindo diretamente na qualidade de vida, pela limitação de atividades cotidianas que envolvam qualquer demanda de esforço ósseo (MARTINI *et al.*, 2009). Para além disso, um dos prejuízos associado a osteoporose é a ocorrência de fraturas. Cerca de 30% das mulheres brancas na pós-menopausa poderão sofrer algum tipo de fratura por fragilidade óssea após os 50 anos (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Alguns estudos nacionais foram realizados a fim de identificar a ocorrência de osteoporose na população feminina. Estudo com mulheres entre 46 e 85 anos do Rio de Janeiro, demonstrou prevalência de 43,4% de osteoporose e 56,6% de osteopenia (LANZILLOTTI *et al.*, 2003). Resultado inferior foi encontrado em Santa Catarina, onde os índices foram de 18,4% para osteoporose e 58,3% com osteopenia, em mulheres com idade entre 50 e 65 anos (BORGES, 2000).

Na região metropolitana da Grande São Paulo, conforme pesquisa realizada com 4.332 mulheres com mais de 40 anos, entre os anos de 2004 e 2007, encontrou-se uma baixa prevalência de fraturas por baixo impacto (5,56%), sendo 75,4% resultante de baixa massa óssea e 31,15% por osteoporose (PINHEIRO; EIS, 2010).

O aumento da idade paralelo a ocorrência da osteoporose pôde ser verificada em estudo realizado em Pernambuco. Das 627 mulheres com idade acima de 50 anos e na pós-menopausa, 33,2% tinham osteoporose na coluna lombar na faixa entre 60 a 69 anos, e 38,2% entre 70 e 79 anos. Das mulheres com mais de 80 anos, 54,5% apresentam osteoporose na coluna lombar e 72,7% no colo do fêmur (BANDEIRA; CARVALHO, 2007).

A síntese dos resultados trazidos pelos estudos pode ser visualizado na Figura 1.

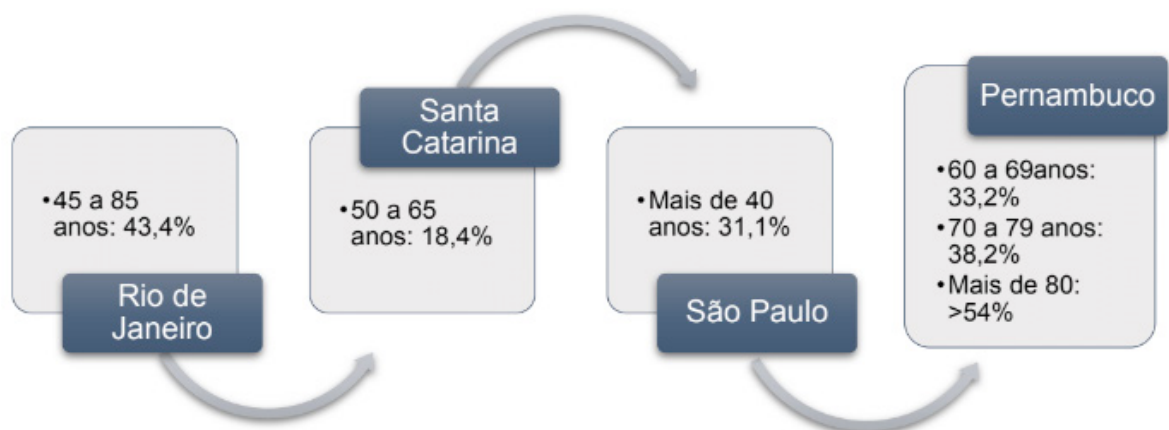


Figura 1. Estudos nacionais sobre a ocorrência de osteoporose na população feminina.

Fonte: autoria própria.

2 | FISIOPATOLOGIA E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Os ossos são compostos por uma camada externa densa nomeada cortical, que contém a camada interna trabecular, também conhecida como osso trabecular esponjoso. A resistência óssea é proporcional a deposição mineral de cálcio e fósforo na forma de cristais de hidroxapatita, e são armazenados no colágeno tipo 1 que é predominante no osso. Esse colágeno do tipo 1 é produzido pelos osteoblastos e responsável pela formação de osso novo, enquanto os osteoclastos são encarregados da reabsorção, ou seja, processo pelo qual os minerais são removidos do osso e absorvidos pelo sangue. Quando ocorre um desequilíbrio entre osteoblastos e osteoclastos, ocorre a osteoporose (FREIRE; ARAGÃO, 2004).

A osteoporose primária ou senil no homem tende a ocorrer acima dos 70 anos de idade e decorre de uma associação de fatores como a redução da absorção de cálcio intestinal, a ativação diminuída da vitamina D, o declínio do tempo de vida dos osteoblastos, a diminuição da concentração dos hormônios sexuais. Já na secundária

o hipogonadismo e corticoterapia prolongada são as causas mais comuns, sucedidas de doenças gastrointestinais, deficiência de vitamina D, alcoolismo e uso crônico de anticonvulsivantes (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2010).

Os fatores genéticos são importantes reguladores da densidade mineral óssea (DMO), e representam cerca de 80% do pico de massa óssea alcançado após a puberdade (FARIAS, 2003). A hereditariedade auxilia com cerca de 60 a 70% da expressão fenotípica da DMO, e os fatores ambientais como dieta e estilo de vida contribuem com 30 a 40% dessa (BUZINARO *et al.*, 2006). Outros fatores que podem influenciar a massa óssea são: índice de massa corporal; idade da menarca; idade da menopausa; e a geometria do fêmur com predisposição a fraturas (FARIAS, 2003).

A osteoporose é conhecida como uma doença silenciosa, pois inicialmente é assintomática. As primeiras ocorrências clínicas aparecem após a perda de 30 a 40% de massa óssea (FREIRE; ARAGÃO, 2004). Pode afetar todos os ossos do corpo, no entanto, as fraturas mais comum ocorrem nas vértebras (espinha dorsal), nos pulsos e no quadril (Figura 2) (EBELING, 2014). Também são comumente encontradas fraturas osteoporóticas do braço e porção inferior das pernas (EBELING, 2014).

Para as mulheres, o risco de ocorrência de uma fratura de quadril é mais elevado do que o risco de combater três tipos de câncer ao mesmo tempo, como mamas, ovários e útero. Cerca de 50% das pessoas com fraturas osteoporóticas sofrerão uma nova fratura, sendo que o risco de mais fraturas aumenta exponencialmente a cada incidência (EBELING, 2014).

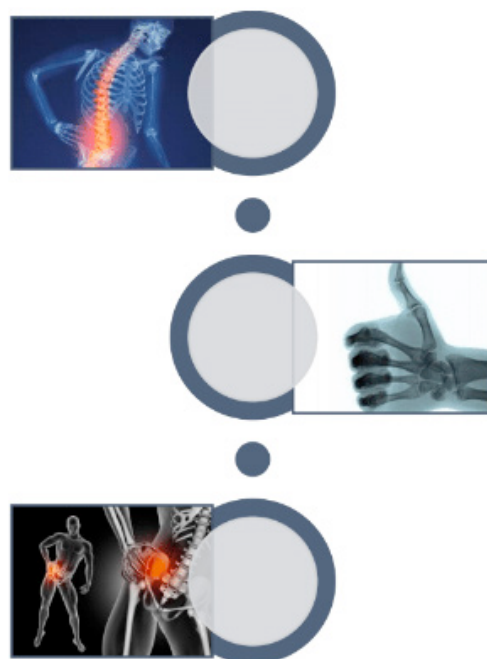


Figura 2. Ossos mais comumente afetados pela osteoporose.

Fonte: autoria própria, imagens disponíveis na internet.

3 | DIAGNÓSTICO

No Brasil, apenas uma em cada três pessoas com osteoporose é diagnosticada. O diagnóstico é através do exame padrão ouro: densitometria óssea. Em caso de suspeita de osteoporose deve-se coletar uma história clínica completa do paciente, realizar o exame físico buscando alterações comuns da doença e solicitar o exame complementar (FREIRE; ARAGÃO, 2004).

Na anamnese devem ser avaliados os fatores de risco que interferem na redução da densidade óssea, tanto para homens como para mulheres: baixo índice de massa corporal, densidade mineral óssea baixa, história familiar, uso de glicocorticoides, fratura prévia, fumo, álcool e artrite reumatoide. Além disso, a história mórbida pregressa de fraturas e a história familiar pregressa de osteoporose devem ser investigadas (FAISAL-CURRY; ZACCHELLO, 2007).

No exame físico devem ser observados itens como a estatura e peso corporal; além da presença de hipercifose dorsal, abdômen protuso, outras deformidades esqueléticas e sinais físicos de doenças associadas à osteoporose (NETO *et al.*, 2002).

A densitometria óssea deve ser realizada conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) em coluna lombar, fêmur ou antebraço e a interpretação do seu resultado depende da DMO (OLIVEIRA; ROISENBERG, 2007). As indicações para a avaliação da DMO são: mulheres com idade superior ou igual a 65 anos e homens com idade maior ou igual a 70 anos, mulheres acima de 40 anos na transição menopausal, homens com 50 anos com fatores de risco, adultos com antecedentes de fraturas por fragilidade ou em uso de medicamentos associadas a baixa massa óssea ou perda óssea, acompanhamento de indivíduos com osteoporose, mulheres interrompendo a TH (terapia hormonal), indivíduos com suspeita de osteoporose (BRANDÃO *et al.*, 2009).

4 | PREVENINDO A OSTEOPOROSE

Para a prevenção e o tratamento da osteoporose, alguns fármacos podem ser usados, como a terapia de reposição hormonal, os moduladores seletivos do receptor estrogênico, os fitoestrogênios, os bisfosfonatos, a calcitonina, o ranelato de estrôncio, a teriparatida e a suplementação de cálcio e vitamina D (CUNHA *et al.*, 2011).

Sabe-se que a absorção de cálcio declina com os anos, após a menopausa há uma redução na concentração estrogênica plasmática, que resulta em um balanço negativo de cálcio e leva à perda progressiva de massa óssea nessa fase da vida (CUNHA *et al.*, 2011). Dessa forma, a orientação para uma ingestão adequada de cálcio possui grande importância.

Acredita-se que o aumento no consumo de cálcio por mulheres após a menopausa, resultaria em uma importante redução no risco de fraturas, com consequente melhora da

qualidade de vida (FARIAS, 2003). Teoricamente a suplementação isolada do cálcio pode reduzir os riscos de fratura em até 10%. Se realizada em mulheres entre 35 e 43 anos, pode prevenir uma perda óssea de forma que ao chegar à menopausa o valor de massa estará adequado (GALI, 2001).

A suplementação diária durante 18 meses com 1.200 mg de cálcio e 800 UI (20 mcg) de vitamina D3 (colecalfiferol) em uma população de idosos institucionalizados, moradores da França, foi associada a uma redução de 43% do número de fraturas de fêmur proximal, e 32% de outras fraturas não vertebrais, elevando ainda a densidade mineral óssea destes indivíduos (NETO *et al.*, 2002).

O consumo insuficiente de cálcio, bem como a não exposição ao sol, já foram descritos como fatores de risco para o desenvolvimento da osteoporose (LANZILLOTTI *et al.*, 2003).

A luz solar consiste em uma fonte natural de vitamina D, pela ação dos raios solares ultravioletas, a vitamina D é sintetizada e auxilia na prevenção da osteoporose, sendo essencial na manutenção da saúde óssea (CUNHA *et al.*, 2011; GALI, 2001). Contudo, a maior parte das mulheres não consegue atingir níveis adequados da vitamina D através de fontes naturais. Estima-se que 90% dos adultos entre 51 e 70 anos de idade não adquirem vitamina D suficiente (CUNHA *et al.*, 2011).

Os idosos parecem sintetizar somente o equivalente a um terço de vitamina D, comparado a um indivíduo jovem, quando submetidos a uma mesma quantidade de irradiação solar (NETO *et al.*, 2002). Sendo assim a suplementação faz-se necessária (FARIAS, 2003).

Para além disso, a prática de atividade física parece ser uma aliada na prevenção da osteoporose. O exercício aumenta a atividade dos osteoblastos, elevando assim a síntese do colágeno e incrementando a incorporação de cálcio nos ossos (BOOTH; GOULD, 1975).

Pesquisa realizada no estado de Santa Catarina, encontrou maior densidade óssea em mulheres pós-menopausa que praticavam atividade física com moderada intensidade e frequência superior a três vezes na semana, quando comparada a mulheres sedentárias da mesma faixa etária (OURIQUES; FERNANDES, 1997), reafirmando o exposto acima. Ademais, a ausência de atividade física atual e na juventude, também foi elencada como fator de risco para ocorrência da osteoporose em mulheres a partir de 46 anos (LANZILLOTTI *et al.*, 2003).

Assim sendo, os métodos preventivos aqui expostos para prevenção da osteoporose (Figura 3), deveriam ser amplamente trabalhados, todavia sabe-se que nem todas as pessoas possuem conhecimento dos seus benefícios.

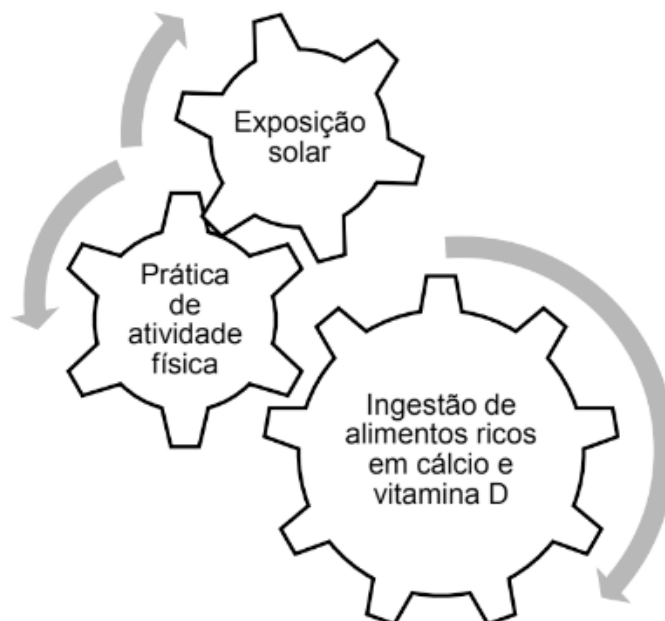


Figura 3. Métodos naturais na prevenção da osteoporose.

Fonte: autoria própria.

O aquisição de conhecimento sobre determinado método preventivo, na maioria das vezes advém da orientação de um profissional de saúde. Entretanto, estudo realizado na Paraíba constatou que dentre os idosos entrevistados, que frequentavam a Estratégia Saúde da Família, apenas 12% referiram ter recebido algum tipo de orientação sobre a osteoporose, e estas, foram realizadas por profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas ou agentes comunitários de saúde (TORQUATO *et al*, 2012).

Vale salientar que a informação é uma poderosa aliada na mudança de hábitos cotidianos. Atividades educativas direcionadas a uma população idosa com e sem osteoporose, demonstrou mudança significativa na dieta dos mesmos, com vistas a controlar a progressão da perda de massa óssea (CARVALHO, 2004).

Finalizando este capítulo, exalta-se a importância da adoção de medidas que possam prevenir ou minimizar os efeitos causados pela osteoporose na população feminina, uma vez que a menopausa e as mudanças hormonais ocasionadas por ela, não são fatores passíveis de modificação.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, F.; CARVALHO, E. F. **Prevalência de osteoporose e fraturas vertebrais em mulheres na pós-menopausa atendidas em serviços de referência.** Rev. Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 21-24, mar. 2007.

BOOTH, F. W.; GOULD, E. W. **Effects of training and disuse on connective tissue.** Exercise of Sports Science, [S.l.], n. 3, p. 83-112, 1975.

- BORGES, M. R.; DI PIETRO, P. F.; MORETTO, E. **Avaliação da ingestão alimentar de leite e cálcio de mulheres durante o climatério como fator de risco nutricional para osteoporose na pós-menopausa.** Simpósio Sul Brasileiro de alimentação e nutrição: história, ciência e arte. Florianópolis, UFSC, p. 591-594, 2000.
- BRANDÃO, C. M. A. *et al.* **Posições oficiais 2008 da Sociedade Brasileira de Densitometria Clínica (SBDens).** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 107-112, fev. 2009.
- BUSKMAN, S. *et al.* **Osteoporose. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas,** Brasil, Ministério da Saúde, portaria n. 451, 2014.
- BUZINARO, E. F.; ALMEIDA, R. N. A.; MAZETO, G. M. F. S. **Biodisponibilidade do cálcio dietético.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 852-861, out. 2006.
- CARVALHO, C. M. R. G.; FONSECA, C. C. C.; PEDROSA, J. I. **Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 719-726, jun. 2004.
- CUNHA, E. P. *et al.* **Osteoporose: tratamento.** Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar, p. 1-19, jan. 2011.
- EBELING, P. **Osteoporose em homens por que é preciso haver mudanças.** International Osteoporosis Foundation. Nyon - Swiss, 2014. Disponível em: http://share.iofbonehealth.org/WOD/2014/thematic-report/WOD14-Report-PT_BR.pdf. Acesso em: 19 mar. 2016.
- FAISAL-CURRY, A.; ZACCHELLO, K. P. **Osteoporose: prevalência e fatores de risco em mulheres de clínica privada maiores de 49 anos de idade.** Acta Ortopédica Brasileira, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 146-150, 2007.
- FARIAS, F. A. B. **Prevalência de osteoporose, fraturas vertebrais, ingestão de cálcio, e deficiência de vitamina D em mulheres na pós-menopausa.** 2003. 189 f. Tese (Doutorado em Ciências – Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.
- FREIRE, F. M.; ARAGÃO, K. G. C. B. **Osteoporose: um artigo de atualização,** 2004. Tese (Conclusão de Curso de Fisioterapia) - Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2004.
- GALI, J. C. **Osteoporose.** Acta Ortopédica Brasileira, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 3-12, jun. 2001.
- LANZILLOTTI, H. S. *et al.* **Osteoporose em mulheres na pós-menopausa, cálcio dietético e outros fatores de risco.** Revista de Nutrição, Campinas, v. 16, n. 2, p. 181-193, jun. 2003.
- MARTINI, L. A. *et al.* **Prevalência de diagnóstico auto-referido de osteoporose, Brasil, 2006.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 107-116, nov. 2009.
- NIEVES, J. W. *et al.* **Calcitonin potentiates the effect of estrogen and calcitonin on bone mass: review and analysis.** American Journal of Clinical Nutrition, Bethesda, v.67, p.18-24, 1998.
- OLIVEIRA, L. G.; GUIMARÃES, M. L. R. **Osteoporose no homem.** Revista Brasileira de Ortopedia, v. 45, n. 5, p. 392-396. 2010.
- OLIVEIRA, P. P. *et al.* **Prevalência de fraturas vertebrais e fatores de risco em mulheres com mais de 60 anos de idade na cidade de Chapecó, Santa Catarina, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, v. 26, n. 9, p. 1777-1787, set. 2010.
- OLIVEIRA, P. P.; ROISENBERG, F. **Análise da recomendação da International Society for Clinical Densitometry.** Femina, v. 35, n. 11, p. 703-706, nov. 2007.

OURIQUES, F.; FERNANDES, J. A. **Atividade física na terceira idade: uma prova de prevenir a osteoporose?** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, Florianópolis, v. 2, n. 1. 1997

PINHEIRO, M. M.; EIS, S. R. **Epidemiologia de fraturas pela osteoporose no Brasil: o que temos e o que precisamos.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, v. 54, n. 2, p. 164-170, mar. 2010.

PINTO NETO, A. M. *et al.* **Consenso Brasileiro de Osteoporose 2002.** Revista Brasileira de Reumatologia, v. 42, n. 6, p. 343-354, dez. 2002.

RITSON, F.; SCOTT, S. **Physiotherapy for osteoporosis: a pilot study comparing practice and Knowledge in Scotland and Sweden.** Physiotherapy, v. 82, n. 7, p. 1390-1394, 1996.

SILVA, A. C. V. *et al.* **Fatores associados à osteopenia e osteoporose em mulheres submetidas a densitometria óssea.** Revista Brasileira de Reumatologia, v. 55, n.3, p. 223-228, ago. 2015.

TORQUATO, I. M. B. *et al.* **Osteoporose: conhecimento e identificação de fatores de risco em idosos.** Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, João Pessoa, v.10, n. 2, p. 5-21, 2012.

ULRICH, C. M. *et al.* **Bone mineral density in mother - daughter pairs: Relations to lifetime exercise, lifetime milk consumption, and calcium supplements.** American Journal of Clinical Nutrition, Bethesda, v.63, p.72-79, 1996.

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS INTERNADOS NO HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DO GALEÃO

Data de aceite: 01/07/2020

Graziella Estácio Nobre

Chefe do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital de Força Aérea do Galeão. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/0315398304304719>

Deyse Rocha de Freitas Gray

Nutricionista do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital de Força Aérea do Galeão. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/848613551275648>

Anais do VI Congresso Brasileiro de Nutrição Oncológica Revista Brasileira de Cancerologia 2018; 64.2 (Suplemento 3).

RESUMO: A avaliação nutricional em pacientes oncológicos é primordial para identificação do risco nutricional e nos permite uma intervenção nutricional mais precisa e adequada às necessidades do paciente. O objetivo do estudo visa descrever o perfil nutricional de pacientes oncológicos internados no Hospital de Força Aérea do Galeão. Trata-se um estudo observacional analítica transversal com base na revisão de prontuários de pacientes oncológicos internados no período de maio a julho de

2018, sendo realizada avaliação nutricional desses pacientes com a obtenção de dados antropométricos e triagem de risco nutricional (NRS,2002) até 48 horas após a admissão . Foram avaliados 28 pacientes com idade entre 21 a 91 anos, sendo 53,4% (n=15) do sexo feminino e 46,4% (n=13) do sexo masculino. O resultado revelou que 35,7% (n=10) dos pacientes apresentavam risco nutricional já na admissão e 42,8% (n=12) tiveram perda de peso durante o tratamento. Houve mudança na consistência da dieta de 25% (n=7) dos pacientes internados. Portanto, é comum pacientes oncológicos com risco nutricional na admissão hospitalar e a triagem de risco nutricional nesses pacientes é de extrema importância para identificar precocemente aqueles que podem se beneficiar de uma intervenção nutricional adequada e oportuna.

PALAVRAS-CHAVE: Oncologia; NRS,2002; avaliação nutricional.

NUTRITIONAL PROFILE OF ONCOLOGY PATIENTS HOSPITALIZED TO THE GALEÃO AIR FORCE HOSPITAL

ABSTRACT: Nutritional Assessment in cancer patients is primordial to identify the nutritional risk and nutritional intervention more precise

and appropriate of these diseases. The objective of the study is to describe the nutritional profile of oncology patients to the Galeão Air Force Hospital. This is a cross-sectional analytical observational study with oncologic patients hospitalized from May to July 2018, submitted to nutritional assessment with anthropometry and Nutritional Risk Screening (NRS, 2002) 48 hours after admission. Twenty-eight patients aged 21 to 91 years were evaluated, of which 53.4% (n = 15) were female and 46.4% (n = 13) were male. The result revealed that 35.7% (n = 10) of the patients had nutritional risk at admission and 42.8% (n = 12) had weight loss during treatment. The consistency of the diet changed 25% (n=7) of hospitalized patients. Therefore, patients with nutritional risk is common on hospital admission and the Nutritional Risk Screening is important to identify early who can benefit from appropriate and timely nutritional intervention.

KEYWORDS: Oncology; Nutritional Risk Screening, 2002; Nutritional Assessment.

1 | INTRODUÇÃO

A prevalência da desnutrição hospitalar no Brasil, de acordo com os dados do Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI) é de 48,12% e a mesma progride na medida em que aumenta o período de internação. Em ambientes hospitalares, nos últimos 40 anos, vários estudos significativos mostraram que os pacientes com câncer estão entre os mais malnutridos de todos os grupos de pacientes. Pacientes oncológicos apresentam diversas alterações metabólicas, imunológicas e bioquímicas que conduzem a graus variados de desnutrição. A avaliação nutricional neste grupo de pacientes é primordial para identificação do risco nutricional e nos permite uma intervenção nutricional mais precisa e adequada às necessidades do paciente a fim de manter ou recuperar o estado nutricional, evitando o agravamento do quadro clínico, trazendo melhor qualidade de vida.

2 | METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo observacional analítica transversal com base na revisão de prontuários de pacientes oncológicos internados no período de maio a julho de 2018, sendo realizada avaliação nutricional desses pacientes com a obtenção de dados antropométricos e triagem de risco nutricional (NRS, 2002) até 48 horas após a admissão. As informações foram armazenadas em um banco de dados no programa Excell e, para análise, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva, em que foram apresentadas distribuições absolutas, médias e percentuais.

3 | RESULTADOS

A amostra foi constituída de 28 pacientes, sendo 53,4% (n=15) do sexo feminino e 46,4% (n=13) do sexo masculino, com idade entre 22 a 91 anos. O resultado revelou que 35,7% (n=10) dos pacientes apresentavam risco nutricional já na admissão. Considerando a alteração de peso, 42,8% (n=12) tiveram perda de peso durante o tratamento. Em relação a consistência da dieta, 25% (n=7) tiveram mudança na mesma.

4 | CONCLUSÃO

Pode-se confirmar que é comum pacientes oncológicos com risco nutricional na admissão hospitalar e a aplicação da triagem de risco nutricional nesses pacientes é de extrema importância para identificar precocemente aqueles que podem se beneficiar de uma intervenção nutricional adequada e oportuna. A terapia Nutricional precoce, pode beneficiar a aumentar a ingestão nutricional, prevenindo o agravamento do estado nutricional, melhorando a sobrevida e qualidade de vida neste grupo de pacientes.

REFERÊNCIAS

CÁSSIA, Aquino; TUCUNDUVA, Philippi. **Identificação de fatores de risco de desnutrição em pacientes internados**. Revista da Associação Médica Brasileira. São Paulo. v.57; n.6; nov./dez. 2011.

GOMES, Beghetto *et al.* Triagem nutricional em adultos hospitalizados. Revista de Nutrição. Campinas.v.21 ;n.5; set./out. 2008.

ISABEL, Toulson; TEIXEIRA, Caiaffa; LINETZKY, Waitzberg. **Inquerito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar (IBRANUTRI): Metodologia do estudo multicêntrico**. Revista Brasileira de Nutrição Clínica. v.13;n.20;p.30-40;jan./mar.1998.

LUCAS, de Oliveira; COSTA, Fortes. **Estado nutricional e necessidade de intervenção nutricional em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico**. Arquivos Catarinenses de Medicina. v.44; n.4; p. 96-108;out./dez.2015.

PEREIRA, Maia ; LUCAS, Oliveira; COSTA, Fortes. **Estado nutricional de pacientes oncológicos atendidos em hospital público do Distrito Federal**. Revista Brasileira de Nutrição Clínica. Brasília.v.31;n.2;p.142-148;nov./dez.2016.

RODRIGUES, de Moraes et al. **Nutrição, qualidade de vida e cuidados paliativos: uma revisão integrativa**. Revista da dor. São Paulo. v.17; n.2; abr./jun. 2016.

PROJETO “CONVERSANDO SOBRE SAÚDE”: EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Data de aceite: 01/07/2020

Ceziana Cenira do Amaral Bezerra

Enfermeira (UnP). Especialista em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica (2017-Faculdade Vale do Jaguaribe-FVJ). Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família (2018-Faculdade Vale do Jaguaribe-FVJ).

Caraúbas – Rio Grande do Norte
lattes.cnpq.br/5830877701753959

Natália Gentil Linhares

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Natal – Rio Grande do Norte
<http://lattes.cnpq.br/8720019712424328>

RESUMO: Objetivo: relatar a experiência vivenciada durante as ações do projeto “Conversando sobre Saúde” desenvolvidas na periferia da cidade de Caraúbas-RN. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. O projeto consiste em ministrar palestras para os moradores da área de assistência, baseadas em rodas de conversas nas calçadas e ruas do território com temas que envolvem doenças e comportamentos de risco à saúde dos moradores observados pela equipe de saúde. Tem o objetivo de proporcionar melhorias na qualidade de vida daquela

população através de mudanças de hábitos de vida mais saudáveis baseadas nas orientações e informações repassadas nas palestras; aumentar a autonomia e o autocuidado dos pacientes; ajudar no diagnóstico e tratamento precoce de doenças. A metodologia era baseada em rodas de conversa nas calçadas das casas dos moradores, onde foram utilizados recursos visuais como: álbum seriado, cartazes e panfletos. Resultados obtidos: Aumento de pacientes procurando assistência no posto de saúde; aumento da realização de exames e consultas preventivas; aumento de mulheres usando anticoncepcionais e preservativos, principalmente adolescentes. Considerações finais: O sistema de saúde deve ser resolutivo e são necessárias estratégias como o projeto que busquem uma melhoria na qualidade da assistência e com isso uma melhoria na qualidade de vida da população. Por isso deve-se valorizar a educação em saúde por ser tão revolucionária e promover além de conhecimento, empoderamento, socialização, autonomia do paciente, saúde e cidadania.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde, assistência, qualidade, conhecimento, educação.

PROJECT “LECTURE ON THE STREET”: HEALTH EDUCATION TO IMPROVE THE QUALITY OF CARE

ABSTRACT: Experience report on the project: “Lecture on the Street”. Conceived by nurse Ceziana Amaral and student Natália Linhares, coordinator of the basic health unit Raimundo Pedro Benevides in the outskirts of the city of Caraúbas-RN. The project consists of giving lectures to the residents of the assistance area, based on wheels of conversations on sidewalks and streets of the territory with themes that involve diseases and behaviors of health risk of the residents observed by the health team. It aims to provide improvements in the quality of life of the population through changes in healthier living habits based on the guidelines and information passed on the lectures; increase patients’ autonomy and self-care; help in the diagnosis and early treatment of diseases. The methodology was based on talk wheels on the sidewalks of the residents’ homes, where visual resources such as: serial album, posters and pamphlets were used. Results obtained: Increase of patients seeking care at the health center; increased testing and preventive visits; increased use of contraceptives and condoms, mainly adolescents. Final considerations: The health system must be resolute and strategies such as the project are needed to improve the quality of care and thus improve the quality of life of the population. That is why health education should be valued for being so revolutionary and promoting beyond knowledge, empowerment, socialization, patient autonomy, health and citizenship.

KEYWORDS: Health, care, quality, knowledge, education.

1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Básica tem a missão de promover assistência baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalidade, equidade e integralidade. Está pautada no trabalho multidisciplinar, na equipe multiprofissional e no desenvolvimento de políticas que representem a comunidade na perspectiva da mudança de hábitos danosos. Portanto, busca inserir o usuário como integrante nesse processo, promovendo acolhimento humanizado e assistência equânime (MS, 2012).

Conforme o Ministério da Saúde (2016), a atenção básica tem o objetivo de ampliar a acessibilidade, tornar os serviços oferecidos de qualidade e assim satisfazer as necessidades do usuário, utilizando a racionalidade para gerenciar os recursos oferecidos pelo SUS.

A Estratégia Saúde da Família hoje representa a porta preferencial de atendimento à saúde pelos brasileiros, uma mudança positiva no cenário da saúde do país trazendo maior entendimento sobre o processo saúde-doença e criando uma atmosfera de engajamento, empoderamento ao paciente, promovendo saúde e cidadania.

Caracteriza-se pela oferta de serviços que prestam: acessibilidade, o que pressupõe maior vínculo entre a equipe de saúde e o paciente; assistência integral, prevenção de

doenças, promoção à saúde, diagnóstico preciso e precoce, tratamento e reabilitação. Também prega a longitudinalidade, onde o cuidado é pactuado com o paciente, em prol de uma maior adesão aos tratamentos e planos de cuidado. Essas propostas tornam possíveis mudanças para hábitos mais saudáveis e com isso o aumento da qualidade de vida. E por último, promover a coordenação, acompanhamento e engajamento de vários profissionais de diferentes competências e especialidades para a assistência ao cuidado com o usuário. O que corresponde a uma teia de serviços específicos de acordo com a necessidade (BRASIL, 2016).

Para isso, o desenvolvimento de atividades educativas pode ser uma importante ferramenta de mudança de hábitos de risco para hábitos mais saudáveis. As práticas de educação em saúde são capazes de conscientizar e mobilizar um número significativo e abrangente da população, democratizando a informação e o acesso ao conhecimento.

São práticas que ampliam ambientes de discussão e reflexão, inserindo o usuário nessas atividades como forma de ajudá-lo a desenvolver sua autonomia, compromisso e cuidado com sua própria saúde e seus direitos como cidadão (MARTINS;SOUZA, 2017).

Assim, entende-se que a educação em saúde é um conjunto de ações sociais e pedagógicas que busca soluções e inovações para prestar assistência de qualidade ao paciente e a comunidade em que está inserido, capaz de formar cidadãos mais conscientes e participativos (MARTINS; SOUZA, 2017).

Entretanto muitos profissionais ainda direcionam a assistência nas unidades de saúde a consultas e atendimentos individualizados, esquecendo de priorizar as práticas educativas como forma de influenciar comportamentos, informar através de grupos, reuniões, palestras, campanhas. Dessa forma o conhecimento pode ter maior alcance para uma maior quantidade de pessoas, promovendo interação e vínculo entre profissional e paciente. Por isso realizar práticas e ações educativas pactuadas com o conhecimento popular tem sido um desafio para o enfermeiro, pois é necessário inseri-las como rotina nas unidades. Este profissional precisa cativar, ser persuasivo e estabelecer empatia entre equipe de saúde e usuários, planejar, inovar, mobilizar pessoas, avaliar os resultados obtidos e propor intervenções coerente as necessidades, para aprimorar a adesão da comunidade para impactar e transformar informação em hábitos (LOUREIRO; MIRANDA, 2016).

O enfermeiro tem a missão, não só de gerenciar a equipe e prestar assistência a população, mas também de estudar os determinantes e condicionantes sociais, econômicos, culturais e a partir desse estudo da realidade, para poder traçar metas, ações e métodos de políticas públicas em saúde.

Dessa forma segundo Batista e Santos (2017), entende-se que o trabalho do enfermeiro envolve graus de complexidade e responsabilidade, executando uma assistência integral, preocupada com a epidemiologia das incidências de problemas de saúde na área proposta e é um dos principais realizadores de ações preventivas e educativas na atenção primária,

destacando a tamanha importância e relevância de seu trabalho para atender a demanda.

Com tantas tarefas e desafios a serem cumpridos, o profissional de saúde deve estar capacitado e atualizado quanto ao conhecimento científico, estatísticas, indicadores de risco e epidemiologia clínica local, para só assim saber tomar decisões que promovam resultados (BRASIL, 2014).

Cada profissional deve incorporar como rotina a preocupação de um olhar ampliado para situações de maior vulnerabilidade e garantir um atendimento que traga resolutividade e humanização. Reconhecendo necessidades, identificando demandas e utilização a participação da comunidade em prol do fortalecimento do SUS (MARTINS;SOUZA, 2017). Definindo situações de risco e vulnerabilidade, apontando soluções e se necessário encaminhando os casos especiais para os pontos de referência, fazendo uma ponte entre o paciente e as demais redes de atenção em saúde (MS, 2016).

Nessa perspectiva e mediante experiência da autora enquanto enfermeira da ESF, após levantamento das principais demandas de saúde da comunidade onde atuava identificou a necessidade de desenvolver o projeto “Conversando sobre Saúde” para compartilhar informações sobre saúde para além da estrutura física da unidade. E que pudesse influenciar um novo comportamento entre adolescentes e mulheres em idade fértil sobre a importância de ter hábitos mais saudáveis quanto à saúde íntima, gravidez planejada e uso consciente de anticoncepcionais e preservativos, por meio de informações como saúde íntima, uso de preservativo, gravidez indesejada e risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Em reuniões mensais entre a enfermeira e as agentes comunitárias de saúde foi colocado, como problemática da comunidade local, o aumento do número de gestantes adolescentes e de gravidez indesejada de várias faixas etárias, embora a unidade disponibilizasse anticoncepcional e preservativo gratuitamente para os usuários. Observou-se também a baixa procura por preservativos e lubrificantes e alto índice de IST detectadas nas consultas. Muitas vezes com diagnóstico e tratamento tardio, falta de planejamento familiar mesmo o atendimento sendo disponível e de fácil acesso.

Diante desse contexto e já que a maioria das mulheres não compareciam às palestras oferecidas na unidade saúde, pois muitas vezes as usuárias não gostavam de palestras, ou mesmo não viam a importância das informações repassadas, a estratégia proposta foi a realização de rodas de conversa nas ruas do bairro, levando os profissionais de saúde até a população.

Percebe-se que o modelo vertical de palestra é limitado onde o saber vem apenas de uma pessoa, como um sujeito que detém todo saber como se estivesse impondo ideias (LOUREIRO; MIRANDA, 2016). Na verdade, o projeto queria promover a troca de uma troca de ideias, tornando o ouvindo antes passivo, ativo participativo e parte do projeto. Porque se observou que condutas e orientações pelo modelo vertical traduzem condutas impostas aos pacientes, o que muitas vezes no lugar de se aproximar se distanciava do

paciente e de sua realidade, fragilizando a ação (MARTINS; SOUZA, 2017).

Então nascia o projeto “Conversando sobre Saúde”, abordando temas relevantes de acordo com o público-alvo, escolhido de forma interativa através das rodas de conversa tornando aquele ambiente mais informal, dinâmico promovendo discussões importantes. De acordo com Goveia e Souza (2017), as rodas de conversa são interativas, abrem espaço para o diálogo possibilita troca de ideias, dúvidas, opiniões, reflexões e questionamentos além de promover conhecimento e aprendizado. E incentiva a autonomia do paciente para que esse se torne protagonista de seu cuidado a saúde através e aumentar a adesão a tratamentos e planos de cuidado.

A proposta dá voz à comunidade escuta suas queixas, dúvidas e compartilha experiências, dá uma dimensão da realidade vivida através dos depoimentos e contribuições para cada tema abordado e valor social. O profissional é a ponte entre o paciente e os planos de cuidados em saúde, como agente que agrega a comunidade.

É um desafio para o enfermeiro informar e levar conscientização crítica e reflexiva acerca dos problemas e hábitos prejudiciais à saúde da população. É por isso que cada vez mais os profissionais necessitam buscar estratégias para estimular o autocuidado, autonomia e informações relevantes para melhorar a realidade.

As rodas de conversa permitem participação ativa dos ouvintes, interação e conhecimento seja ele coletivo e individual. Essa é uma maneira de inovar e manter fortalecidos os laços entre profissionais e usuários, na busca por uma assistência de qualidade e resolutiva, com acesso mais humanizado de acordo com as necessidades dos pacientes e prevenção de doenças.

Através da roda de conversa que o antes ouvinte vira atuante nas discussões abordadas, participando, dando sua opinião, exemplos e vivências. Convidando a todos para repensarem hábitos e comportamentos para melhoria da qualidade da saúde e autocuidado, como também promovendo maior autonomia acerca de cada condição social.

Assim, o presente artigo tem o objetivo de relatar a experiência vivenciada durante as ações do projeto “Conversando sobre Saúde” desenvolvidas na periferia da cidade de Caraúbas-RN. Espera-se que esse relato de experiência possa produzir reflexões às equipes de saúde apontando que promover educação em saúde de qualidade não requer grandes investimentos financeiros, mas planejamento, interação e dedicação da equipe de saúde, envolvendo os pacientes na busca por uma saúde pública de qualidade.

E por último, mas não menos importante mostrar a importância do profissional de enfermagem como agente transformador da realidade, seja na saúde, mas também de forma social. E meu orgulho de fazer parte da classe que não se contenta com realidade vivida mas torna esse mundo melhor através da sua força de trabalho, seja como líder, coordenador de equipes de saúde, visionário, ou mesmo a ponte entre profissionais, instituições e usuários.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo relato de experiência que se propõe a descrever a experiência vivenciada pela enfermeira, autora deste artigo, coordenadora de uma unidade de saúde localizada na periferia do município de Caraúbas, Rio Grande do Norte e autora do projeto “Conversando sobre saúde”, juntamente com três agentes comunitários de saúde da área de abrangência dessa unidade.

O projeto “Conversando sobre Saúde” é um projeto que teve duração de 6 meses. O método utilizado foi baseado na cultura local. Foi percebido o costume que é típico da maioria dos moradores, que a partir das 16 horas sentam-se em cadeiras nas calçadas de suas casas para conversar com familiares, amigos e ver a movimentação das pessoas nas ruas, um costume antigo, mas importante para convivência daqueles que moram ali.

Cada agente saúde, tornou-se ponte para mobilizar a população, para o projeto dar certo. Estes profissionais estão presentes nas residências dos pacientes todos os dias e conhecem de perto a área que trabalham. Ficaram encarregadas então de avisar aos usuários os dias que aconteceriam as palestras e convencer um morador por semana para ceder sua calçada como local para realizar a roda de conversa e assim os outros moradores seriam também convidados a participar. E assim foi feito. Inicialmente eram palestras voltadas ao público feminino em idade fértil, mas depois a repercussão foi tão positiva que a ação passou a contemplar do público infantil ao idoso.

Ao final da roda de conversa percebia-se a aprovação dos participantes tanto pelos elogios mencionados como pelo aumento da procura dos serviços oferecidos pela unidade de saúde. Inicialmente foi pensado com receio como dialogar na rua sobre temas que envolvem intimidade, mas foi justamente esse desafio que impulsionou os profissionais a saúde a desmistificar tabus e preconceitos mostrando que a informação é democrática e precisa chegar a todos como forma de prevenção e promoção à saúde.

Os temas abordados foram: Gravidez na adolescência, IST e AIDS; a importância do exame papanicolau para a saúde da mulher; como forma de prevenção ao câncer do colo útero; mamografia e o exame de próstata direcionado a saúde do homem; o uso de anticoncepcionais e a importância do uso de preservativos masculino e feminino para evitar doenças sexualmente transmissíveis.

Temas de importante relevância, de acordo, com os problemas de saúde e indicadores de risco presentes no público-alvo observado pelos profissionais de saúde. Como forma de resgatar o público masculino para as ações desenvolvidas, foram abordados temas que envolvem a saúde do homem, e solicitou-se que as mulheres propagassem as informações aos pais, amigos, namorados e maridos.

A cada mês um tema novo e uma nova chance de mobilizar mais pessoas. Para chamar atenção para os temas abordados, foi utilizado como material ilustrativo: panfletos, cartazes, kit de planejamento familiar com amostra de anticoncepcionais e preservativos.

Ao final de cada ação eram distribuídos preservativos masculinos, femininos e lubrificantes.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto “Conversando sobre Saúde” tem o objetivo de proporcionar melhorias na qualidade de vida população da área de assistência através de mudanças de hábitos de vida mais saudáveis baseadas nas orientações e troca de informações nas palestras e rodas de conversa; aumentar a autonomia e o autocuidado dos pacientes; ajudar no diagnóstico e tratamento precoce de doenças.

Com o intuito de aumentar o vínculo entre paciente e profissional, trazer inovação, dinamismo, saindo do ambiente fechado da unidade de saúde para ações ao ar livre, possibilitando que os profissionais façam uma análise do território atual da área visualizando seus equipamentos sociais, áreas de risco e toda a realidade em que estão inseridos os usuários.

Ou seja, uma ação que torna possível ver de perto as condições de vida dessa população influenciada por sua cultura, angústias, problemas familiares e sociais, enfim vendo de perto as particularidades que os fazem seres humanos em sua totalidade. E assim permitir a inserção de mudanças de hábitos mais saudáveis e cuidados que melhorem a qualidade da saúde dos mesmos. A fim de tornar o público-alvo mais participativo, ativo, informado e empoderado frente às políticas públicas de saúde.

Sem custos financeiros para realizar ação, apenas utilizando os recursos já existentes com materiais ilustrativos, foi possível através da tecnologia leve, cativar e mobilizar o público-alvo, repassando conhecimento, informação e voz a comunidade. Uma vez ouvido o paciente questiona, pergunta e busca por respostas, essa interação foi capaz de melhorar o acesso e a assistência prestada na unidade básica de saúde da área.

E remete a reflexão onde embora haja poucos recursos sejam de investimento ou quando a ferramentas de trabalho, é a atitude, o trabalho em equipe que transforma ações em grandes mobilizações. A saída da equipe do consultório, o poder da palavra e as atividades coletivas fizeram muita diferença para os moradores do bairro, trazendo cidadania.

Esse projeto reproduziu uma assistência baseada em uma visão ampliada do panorama da saúde, onde o indivíduo não foi visto apenas como possível portador de alguma enfermidade, mas vê-lo como sujeito.

Baseado nisso que as rodas de conversa se tornaram a forma ideal de interação e de aproximar os moradores dos debates e palestras sobre assuntos em saúde através do que é feito em sua realidade pelo hábito de conversarem sobre os assuntos do dia com familiares, vizinhos, amigos. Através da informalidade das conversas foi possível usar a comunicação como forma de levar informação com base científica o que também aumentou o vínculo entre profissionais e pacientes.

Entre os resultados esperados foi observado o aumento do número de pacientes que procuraram os serviços de saúde da unidade de referência a procura de consultas médicas, ginecológicas, procura por camisinha e anticoncepcionais e planejamento familiar. Como também cresceu o número de adolescentes que já tinham iniciado a vida sexual a procura de orientação e formas de prevenção a doenças e gravidez indesejada. Aumentou também o número de pacientes com IST e o aumento de pacientes com IST em tratamento nos registros de atendimento.

O projeto despertou na população a vontade de cuidar da saúde, o que facilitou o diagnóstico precoce e tratamento adequado de doenças. Sem falar no comportamento entre pacientes e profissionais, onde foi percebido o aumento do vínculo e com isso a humanização na assistência e a presença de um trabalho da equipe de saúde de forma mais unificada, um elo mais fortalecido o que contribuiu também como uma melhora na qualidade do trabalho dessas profissionais graças as metas cumpridas e por verem os resultados do projeto serem alcançados.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso que os profissionais de saúde saibam exercer seu trabalho em equipe e sejam agentes multiplicadores de conhecimento e informação. Para que assim possam contribuir com uma assistência ampliada e de qualidade no cuidado ao paciente.

A educação em saúde é o eixo principal que envolve a promoção da saúde preventiva, por isso a importância de estar sempre buscando inovação e metodologias que cativem e influenciem de forma positiva e frequente a população assistida.

O projeto “Conversando sobre saúde” pôde sem custos financeiros adicionais, apenas utilizando os recursos já existentes e de forma coletiva impactar e transformar a realidade da população contemplada pelo projeto, proporcionando melhoria de hábitos mais saudáveis; aumento da procura por assistência e aumento de pacientes atendidos; diagnóstico precoce de doenças com destaque para ISTs; valorização da autonomia e autocuidado do paciente melhorando seu empoderamento frente aos seus direitos como cidadão e corresponsabilidade do mesmo quanto a sua saúde e o aumento do vínculo entre paciente e profissional.

Muito ainda pode ser feito de acordo com o que preconiza as diretrizes e objetivos do SUS acerca da saúde preventiva, porém é perceptível a satisfação dos usuários após a implementação do projeto.

A palestra na rua reforça a ideia transformadora que é a informação na saúde na vida da população e quanto ainda falta divulgação e realização de ações educativas que causem impacto expressivo para um número cada vez maior de pessoas motivadas e influenciadas por hábitos mais saudáveis em suas vidas.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº40: **Estratégias para o Cuidado da Pessoa Tabagista**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº35: **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BATISTA. Cybelle de Carvalho; SANTOS. Elizayne dos; FERRO. Maria Renata Cardoso; ARAUJO, Juliana Cerqueira de. **Atribuições do Enfermeiro na Atenção Primária: Uma Revisão Literária**. São Paulo, 2017.

GOUVEIA. Márcia Teles de Oliveira, SOUZA. Maria Luciana Martins de. **Uma Estratégia de Metodologia Participativa no Acompanhamento Pré-Natal de Gestantes Usuárias de um Serviço de Saúde**. Santa Catarina: 2017.

LOUREIRO. Isabel, MIRANDA. Natércia. **Promover a Saúde: Dos Fundamentos à Ação**. 2. ed. Coimbra: Almedina, 2016.

SUGESTÃO DE IMPLANTAÇÃO DE MUSICOTERAPIA EM UTI DE HOSPITAL PRIVADO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/07/2020

Gabriel Araujo Bezerra

Maria Isadora Moraes Bezerra

Yuri Medeiros Bezerra

Raquel Espínola Saldanha

Bruno Bezerra de Menezes Cavalcante

Jorge Pinheiro Koren de Lima

Franciso Jadson Franco Moreira

RESUMO: Em Terapia Intensiva, a administração da dor, do nível de consciências e da ansiedade dos pacientes é um dos grandes focos de atenção do médico intensivista. Além da terapia farmacológica, intervenções auxiliares podem auxiliar no conforto do paciente. A musicoterapia ativa, ou mesmo a escuta musical, apresenta efeitos mensuráveis nos parâmetros clínicos e, possivelmente, nos desfechos. Portanto, a literatura sugere que a implantação de musicoterapia em unidade de terapia intensiva traz inúmeros benefícios, é seguro e apresenta mínimos efeitos colaterais.

PALAVRA CHAVE: Musicoterapia, revisão integrativa, iniciação científica.

ABSTRACT: The management of patient pain, anxiety and consciousness level in critical care

units is a major focus of medical professionals. Beyond pharmacotherapy, other interventions may help improve patient comfort. Active music therapy, as well as music listening, has measurable effects on vital signs and, quite possibly, on inpatient outcomes. As such, it is suggested that the adoption of music therapy in an intensive care unit brings multiple benefits and, even more importantly, is safe and has minimal side effects.

KEYWORDS: Music, therapy, integrative review, scientific initiation.

INTRODUÇÃO

A experiência dos pacientes na UTI é polivalente. Muitos lembram de seu período de internação, com graus variáveis de detalhes. Um dos maiores fatores agressivos física e psicologicamente, que promove redução do bem-estar dos pacientes, é o nível de ruído, composto por sons de equipamentos, alarmes, telefones e vozes de funcionários. (Carvalho WB 2005 Noise level in a pediatric intensive care unit.)

Tal ambiente, cheio de barulhos erráticos e inesperados promove uma resposta estressora com efeitos deletérios para a recuperação (Choiniere DB 2010 The effects

of hospital noise.) e para o bem estar subjetivo J Stein-Parbury - Patients' experiences of being in an intensive care unit: a select literature review).

Outrossim, a ventilação mecânica, muito utilizada em UTI, causa estresse e aumento da ansiedade sentidos pelos pacientes. (Thomas 2003 Clinical Management of Stressors Perceived by Patients on Mechanical Ventilation). Portanto, é necessário ampliar a esfera de cuidado para tal grupo. Além dos métodos sedativos e analgésicos para administração do conforto intra-hospitalar, existem evidências crescentes para o uso adjuvante de métodos de assistência psicossocial e ambiental.

Uma das alternativas é a musicoterapia (MT), definida como o uso clínico e baseado em evidências da música e de seus elementos (som, ritmo, melodia, harmonia, dinâmica e tempo) para promover o bem-estar, gerenciar o estresse, reduzir a ansiedade e aliviar a dor, por um profissional credenciado que tenha concluído um programa de musicoterapia aprovado, segundo a Associação Americana de Musicoterapia (site da sociedade). Tal definição implica a participação de um terapeuta treinado, em contrapartida, a Intervenção Musical Guiada pelo Paciente, ou Escuta Musical, que consiste em uma atuação mais ativa do paciente no processo de musicoterapia, pode ser realizada por enfermeiros ou assistentes após um curto curso de treinamento, oferecendo, assim, ao paciente da unidade de terapia intensiva (UTI) o benefício de um processo terapêutico potencialmente eficaz, entregue por não profissionais do campo da MT (Jonathan messika 2018 - Adjuvant therapies in critical care: music therapy).

Em pacientes com bom nível de consciência, é questionado acerca do tempo e da duração desejados por eles. Naqueles onde isso não é possível, utiliza-se sessões de 20 – 60 min, buscando evitar usos contínuos prolongados. Há diversos modelos musicais disponíveis para uso: composições comuns e ordinárias, outras voltadas para relaxamento, e ainda músicas produzidas por empresas especializadas em intervenções hospitalares são os principais.

Devido algumas experiências negativas adquiridas no ambiente da UTI, especialistas recomendam evitar músicas com as quais o paciente poderá ter muito contato após a alta e utilizar mais composições originais, na tentativa de não fazer o paciente reviver essas memórias negativas fora do hospital. Contudo, há vertentes que preconizam a utilização de músicas já bem quistas pelo enfermo, buscando dar um reforço positivo emocional em seu processo de recuperação, sobretudo pós-operatório.

A percepção de “agradável” varia de pessoa para pessoa, logo pode-se aplicar um breve questionário sondando as preferências do paciente para tentar dar um melhor direcionamento ao tratamento e alcançar resultados mais satisfatórios. Melodias de harpa, violoncelo, e instrumentos de cordas são os mais recomendados para se iniciar a musicoterapia dentro do ambiente da UTI por simular alguns sons da natureza, como chuvas tropicais, cantar dos pássaros e ruídos de floresta. Indica-se ainda utilização de ritmos lentos, 60-80 batimentos por minuto, procurando sincronizar com a frequência

corporal, e diminuição do brilho ambiente através de máscaras faciais, por exemplo. (A. Mofredj MD)

Uma vez que tal método têm sido aplicado em vários centros, vários resultados já foram relatados na literatura, conforme descrito a seguir.

METODOLOGIA

A presente revisão foi construída a partir de buscas nos bancos de dados PMC/ PubMed e Cochrane. As palavras-chave foram “music therapy” e “critical care”. Foram selecionadas revisões que abordaram os temas em população geral ou em adultos, enquanto excluiu-se publicações específicas sobre crianças.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A musicoterapia pode ajudar o paciente a lidar com todos os aspectos da doença, melhora o bem estar físico, emocional, social e espiritual e auxilia no controle e redução da dor e/ou da agitação, sem efeitos colaterais relevantes. Está relacionado a diminuição da frequência respiratória, da pressão arterial e, por vezes, da frequência cardíaca, possivelmente por redução da resposta hormonal ao estresse.

Nesse contexto, as intervenções de musicoterapia se mostraram, também, bastante positivas na redução dor e ansiedade relatada. Além disso, a MT foi relacionada ao aumento na saturação de O₂ (SaO₂), refletindo em um aumento no estado de relaxamento, principalmente quando utilizado músicas lentas (J. García González 2017 - Effects of prenatal music stimulation on fetal cardiac state, newborn and vital signs of pregnant women: A randomized controlled trial), embora tal dado ainda seja controverso and Bradt e Dileo 2018 – Cochrane).

No ambiente de terapia intensiva, sua utilização se baseia em reduzir o desconforto, a ansiedade, a depressão, a agitação, o sentimento de isolamento. Ainda mais, reduziu a duração da permanência hospitalar, do uso da ventilação mecânica e da síndrome pós-UTI, um espectro de condições que incluem disfunção cognitiva persistente, fraqueza adquirida e memórias semelhantes ao transtorno de estresse pós-traumático. (Myers2016) Ademais, foi evidenciado que o uso de música como parte do tratamento reduz a administração de sedativos, por aumentar os escores de sedação. Chlan2013)

Já em pacientes em ventilação mecânica, foi constatado que o uso de musicoterapia reduz ansiedade e pressão arterial sistólica, indicando uma resposta de relaxamento. Porém, não há estudos consistentes que indiquem que a musicoterapia, em pacientes sob ventilação mecânica, diminua a frequência cardíaca, a pressão arterial diastólica e a pressão arterial média e aumente a saturação de oxigênio.

Em conjunto com os dados acima, vale ressaltar que os pacientes internados, submetidos a disfunções sistêmicas e terapia analgésica e sedativa intensas, podem desenvolver alterações da cognição, como *delirium*, ou manifestar efeitos colaterais da polimedicação, como náusea, vômitos, fraqueza e atrofia musculares (Almerud 2003 - music therapy - a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients). Ademais, o uso de sedação contínua é associado ao prolongamento do tempo em ventilação mecânica, o que aumenta os custos intra-hospitalares (13Kollef et al. 1998), os riscos de eventos adversos e piora a qualidade de vida durante e após a internação (14Fildissis G - Quality of Life Outcome of Critical Care Survivors Eighteen Months after Discharge from Intensive Care) . Logo, a redução do estresse físico e mental e das doses de psicofármacos permitidas pela MT se mostram ainda mais pertinentes.

CONCLUSÃO

Observa-se, portanto, que a musicoterapia em terapia intensiva é uma prática adjuvante de fácil implantação, com potencial pertinente para melhorar a qualidade de vida e o conforto globais durante a internação, além de alterar favoravelmente diversos sinais vitais, diminuir a sensação de dor e reduzir a necessidade de terapia psicofarmacológica, ações que influenciam na evolução e na vida do paciente após a internação.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Werther B.; PEDREIRA, Mavilde L. G.; AGUIAR, Maria Augusta L. de. Nível de ruídos em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 81, n. 6, p. 495-498, Dec. 2005 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000800015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000800015&lng=en&nrm=iso)&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572005000800015>.

CHOINIERE, Denise B. The effects of hospital noise. Nursing administration quarterly, v. 34, n. 4, p. 327-333, 2010.

STEIN-PARBURY, Jane; MCKINLEY, Sharon. Patients' experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. American Journal of Critical Care, v. 9, n. 1, p. 20, 2000.

THOMAS, Loris A. Clinical management of stressors perceived by patients on mechanical ventilation. AACN Advanced Critical Care, v. 14, n. 1, p. 73-81, 2003.

MESSIKA, Jonathan; KALFON, Pierre; RICARD, Jean-Damien. Adjuvant therapies in critical care: music therapy. Intensive care medicine, v. 44, n. 11, p. 1929-1931, 2018.

MOFREDJ, A. et al. Music therapy, a review of the potential therapeutic benefits for the critically ill. Journal of critical care, v. 35, p. 195-199, 2016.

GOLINO, Amanda J. et al. Impact of an active music therapy intervention on intensive care patients. American Journal of Critical Care, v. 28, n. 1, p. 48-55, 2019.

GONZÁLEZ, J. García et al. Effects of prenatal music stimulation on fetal cardiac state, newborn anthropometric measurements and vital signs of pregnant women: A randomized controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*, v. 27, p. 61-67, 2017.

BRADT, Joke; DILEO, Cheryl. Music interventions for mechanically ventilated patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 12, 2014.

MYERS, Elizabeth A. et al. Post-ICU syndrome: Rescuing the undiagnosed. *Journal of the American Academy of PAs*, v. 29, n. 4, p. 34-37, 2016.

CHLAN, Linda L. et al. Effects of patient-directed music intervention on anxiety and sedative exposure in critically ill patients receiving mechanical ventilatory support: a randomized clinical trial. *Jama*, v. 309, n. 22, p. 2335-2344, 2013.

ALMERUD, Sofia; PETERSSON, Kerstin. Music therapy—a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, v. 19, n. 1, p. 21-30, 2003.

KOLLEF, Marin H. et al. The use of continuous iv sedation is associated with prolongation of mechanical ventilation. *Chest*, v. 114, n. 2, p. 541-548, 1998.

FILDISIS, George et al. Quality of life outcome of critical care survivors eighteen months after discharge from intensive care. *Croatian medical journal*, v. 48, n. 6, p. 814, 2007.

USO DE PLANTAS MEDICINAIS, PELA POPULAÇÃO IDOSA, PARA O TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS NO CENTRO DE SAÚDE ANA RODRIGUES EM CARUARU-PE

Data de aceite: 01/07/2020

Francielle Maria da Silva

Centro Universitário do vale do Ipojuca, UNIFAVIP
/ Wyden
Caruaru-PE

E-mail: francielly22silva@hotmail.com
<http://lattes.cnpq.br/3840773664806431>

Paula Karynne Batista de Sá

Centro Universitário do vale do Ipojuca, UNIFAVIP
/ Wyden
Caruaru-PE

E-mail: paulacristalina@hotmail.com
<http://lattes.cnpq.br/4045155543626383>

Lidiany da Paixão Siqueira

Centro Universitário do Vale do Ipojuca, UNIFAVIP
/ Wyden
Caruaru- PE

E-mail: lidiany.siqueira@unifbv.edu.br
<http://lattes.cnpq.br/5278145794151805>

RESUMO: A Diabetes Mellitus (DM) é uma patologia de caráter crônico, determinada por um distúrbio metabólico que acarretam falhas na secreção ou ação da insulina ocasionando a sua resistência. Pode ser dividida em quatro tipos, a diabetes tipo 1 que acometem pessoas mais jovens, tipo 2 mais comum em idosos, a

diabetes gestacional e a diabetes desenvolvida por fatores autossômicos. Segundos dados da literatura, a DM é uma doença que vem crescendo e se tornando uma epidemia. As plantas medicinais desde antiguidade são utilizadas no tratamento e cura de diversas patologias, dentre elas o diabetes mellitus. Por suas características farmacológicas, as plantas medicinais, desde 2006, estão incluídas no Sistema Único de Saúde, favorecendo pesquisas e orientações sobre seu uso. O estudo apresentado foi elaborado por questionário estruturado com informações socioeconômicas e referentes à patologia, formado por 20 perguntas. Aplicado no Centro de saúde Ana Rodrigues, localizado no município de Caruaru, no Agreste Pernambucano, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2020. Contou com a participação de 50 idosos do próprio Centro de saúde acometido pela doença que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para participarem da pesquisa. Com o crescimento do uso de plantas para o controle da DM, existe a possibilidade de ocorrer interações, entre medicamentos e plantas, e entre plantas e plantas, fatores que foram observados durante o estudo e que podem provocar sinergismo, antagonismo, afetar a velocidade de absorção, reações adversas e até causar toxicidade. Por

não haver uma procura da população por informações, foi visto a importância da assistência farmacêutica na orientação e no acompanhamento sobre o uso correto das plantas, a dosagem, interação, efeitos adversos e possíveis riscos tóxicos a saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus, Plantas Medicinais, Assistência Farmacêutica.

USE OF MEDICINAL PLANTS, BY THE ELDERLY POPULATION, FOR THE TREATMENT OF DIABETES MELLITUS AT THE ANA RODRIGUES HEALTH CENTER IN CARUARU-PE

ABSTRACT: Diabetes Mellitus (DM) is a chronic pathology, determined by a metabolic disorder that causes failures in the secretion or action of insulin causing its resistance. It can be divided into four types, type 1 diabetes that affects younger people, type 2 more common in the elderly, gestational diabetes and diabetes developed by autosomal factors. According to literature, DM is a disease that has been growing and becoming an epidemic. Medicinal plants since antiquity are used in the treatment and cure of various pathologies, including diabetes mellitus. Due to their pharmacological characteristics, medicinal plants, since 2006, are included in the Unified Health System, favoring research and guidance on their use. The present study was elaborated by a structured questionnaire with socioeconomic information and related to pathology, consisting of 20 questions. Applied to the Ana Rodrigues Health Center, located in the municipality of Caruaru, in the Agreste Pernambucano, during the months of January and February 2020. It had the participation of 50 elderly people from the health center affected by the disease who signed the free and informed consent form (TCLE) to participate in the research. With the growth of the use of plants to control DM, there is the possibility of interactions, between drugs and plants, and between plants and plants, factors that were observed during the study and that can cause synergism, antagonism, affect the speed of absorption, adverse reactions and even cause toxicity. Because there is no demand from the population for information, the importance of pharmaceutical assistance was seen in the guidance and monitoring on the correct use of plants, dosage, interaction, adverse effects and possible toxic health risks.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus, Medicinal Plants, Pharmaceutical Assistance.

1 | INTRODUÇÃO

As principais doenças não transmissíveis em 2015 foram responsáveis por 51,6% do total de mortes em pessoas de 30 a 69 anos no Brasil. Entre elas estão a Diabetes Mellitus, doença considerada pela OMS como uma epidemia. Estima-se que, em 2025, o número de adultos com a doença subirá para 300 milhões. Este fato se deve às mudanças nos hábitos de vida da população, ocasionado pelo aumento de consumo de dietas não balanceadas, alimentos industrializados, sedentarismos e diminuição da prática de exercícios físicos (COSTA et al, 2011).

A diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica degenerativa provocada pelo

aumento dos níveis glicêmicos, que acarretam falhas na secreção ou na ação da insulina, resultando em sua resistência, com consequente não absorção da glicose. A DM é dividida em Tipo 1, caracterizada pela destruição das células B (beta) localizadas no pâncreas, responsáveis por sintetizar a insulina, caracterizada por processos autoimunes e acometer, na maioria dos casos, indivíduos antes dos 30 anos. A diabetes Tipo 2, acomete, na maioria dos casos, indivíduos com idade maior que 30 e que tenham algum histórico familiar, é um processo fisiopatológico que resulta em uma resistência à insulina. Ainda pode-se encontrar a Diabetes Gestacional, desenvolvida durante a gravidez e outros tipos de Diabetes (FERREIRA et al, 2011; MARASCHIN et al, 2010).

As plantas medicinais vêm sendo utilizado há milhares de anos para tratamento de diversas enfermidades. As civilizações antigas tinham o conhecimento sobre algumas plantas medicinais e as cultivavam, e por consequência, esse conhecimento foi passado de geração em geração. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), planta medicinal é a espécie vegetal que possui atividade terapêutica. Existem vários estudos etnofarmacológicos, com objetivo de identificar se o uso popular das plantas medicinais, possuem efetividade, frente às pesquisas científicas (FEIJÓ et al, 2012; SOUZA, 2015).

No intuito de integrar as práticas complementares no SUS e de garantir o uso correto e seguro de plantas medicinais para a obtenção de fitoterápicos, foi criada a política Nacional de plantas medicinais e fitoterápicas, aprovado pelo decreto Nº 5.813 de 22 de junho de 2006 pelo ministério da saúde (BRASIL 2006a, apud FEIJÓ et al, 2012). No Sistema Único de Saúde (SUS) a fitoterapia está presente desde 2007 e em fevereiro de 2009 criou-se a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), formada por uma lista de plantas medicinais disponibilizadas pelo SUS que tem como objetivo estimular ainda mais as pesquisas sobre essas plantas e orientar o uso delas. (MARMITT et al, 2015).

Além dessas plantas medicinais que estão inclusas na lista da RENISUS, há também outras espécies que possuem efeitos hipoglicemiantes e são utilizados na terapia da DM. Como a *Cissus sicyoides* (Insulina vegetal), *Averrhoa carambola* (carambola) e *campomanesia xanthocarpa* (Gabirola) entre outras (FEIJÓ et al, 2012; RODRIGUES et al, 2010).

A interação de plantas com medicamentos alopáticos é muito grave, pois, o uso concomitantemente de duas substâncias, podem causar efeitos indesejáveis no organismo. Essas interações podem provocar sinergismos, antagonismos, afetar a velocidade de absorção, diminuir o efeito do fármaco, alterar a metabolização, reações adversas e causar toxicidade (CARNEIRO & COMARELLA, 2016). Atitudes errôneas, como substituir o medicamento pelos chás ou usar simultaneamente são comuns entre idosos, mas esse fator pode trazer agravos na doença (OLIVEIRA JUNIOR et al, 2012).

Dessa forma, é muito importante a orientação e o acompanhamento do farmacêutico sobre o uso racional das plantas medicinais principalmente em pacientes com doenças

crônicas, como o diabetes, que utiliza medicamento de uso contínuo para manter o controle glicêmico.

É notório que a automedicação é uma prática muito comum na nossa sociedade, onde as pessoas fazem o uso de plantas ou fitoterápicos sem saber que podem agravar seu quadro clínico. Na intenção de evitar erros durante a terapia com medicamentos naturais é imprescindível que o profissional dê a assistência adequada quanto ao uso das plantas, como a forma correta de preparo, infusão ou decocção, para não haver perdas do princípio ativo, o grau de toxicidade, indicações corretas, dosagens, reações adversas, possíveis interações medicamentosas e o cultivo, proporcionando uma melhor qualidade, segurança e eficácia aos usuários (RODRIGUES et al, 2010; SILVA et al, 2017).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo de caráter exploratório e descritivo, elaborado por meio de um questionário estruturado com informações socioeconômicas e referentes à patologia.

O estudo foi realizado no Centro de saúde Ana Rodrigues, localizado no município de Caruaru, no Agreste Pernambucano, aplicou-se a pesquisa durante os meses de janeiro e fevereiro de 2020. A pesquisa foi realizada com 50 participantes idosos do próprio Centro de saúde acometido pela doença que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para participaram da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram pacientes idosos do Centro de saúde, que tenham diabetes Mellitus e que decidam participar da pesquisa de forma voluntária. Foram excluídos da pesquisa pessoas que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido ou que preencheram o questionário de forma incompleta.

A coleta de dados foi realizada através do questionário em forma de entrevista com as 20 questões referentes aos dados socioeconômicos, dados da doença e sobre o uso de plantas medicinais. A coleta foi iniciada depois da aprovação da pesquisa no Comitê de Ética.

O processamento para análise dos dados foi realizado no Excel, por meio de uma planilha, onde foram executados os cálculos e as porcentagens conforme as perguntas abordadas no questionário sendo expressas na forma de gráficos e tabelas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliando as informações socioeconômicas obtidas na aplicação do questionário, observou-se que 50% dos idosos entrevistados possuíam de 60 a 70 anos, 38% de 71 a 80 anos e 12% de 81 a 100 anos, onde 26% deles eram analfabetos, 62% possuíam

ensino fundamental incompleto, 10% ensino médio e apenas 2% ensino superior. Como pode ser visto no gráfico 1:

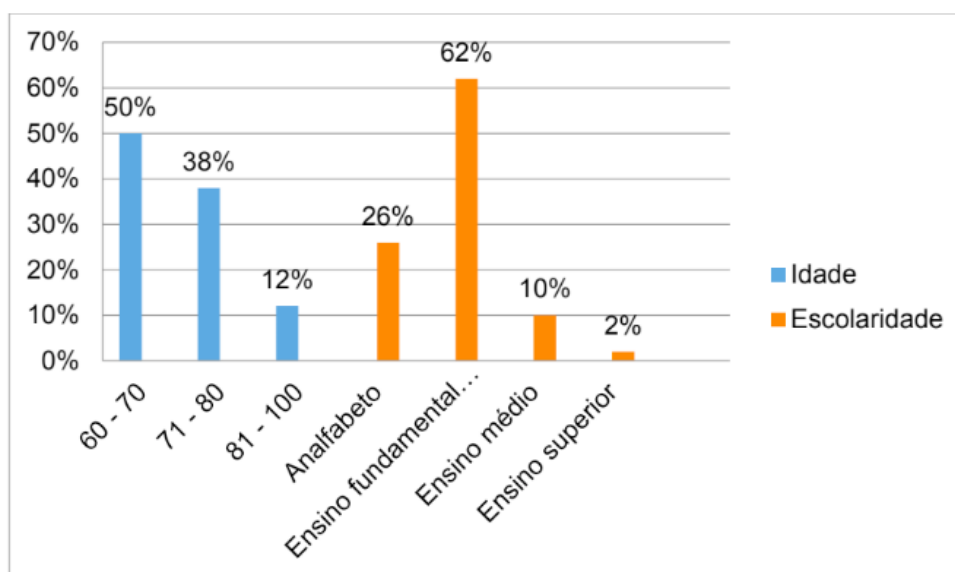


Gráfico 1. Relação da idade e escolaridade dos Entrevistados

Fonte: Elaborado pelo autor com base na informação da pesquisa a campo.

Quanto ao sexo, 56% dos entrevistados são do sexo feminino e 44% do sexo masculino. Em relação ao estado civil 64% são casados, 24% viúvo, 10% solteiro e 4% divorciado. Em relação à faixa etária e escolaridade, foi visto que a maior parte dos usuários tinha idade entre 60-70 e tinham ensino fundamental incompleto. Muitos estudaram até a 4ª série e não sabiam ler, apenas escrever o nome.

O gráfico 2 evidencia que, 64% dos idosos eram aposentados, 20% agricultores, 6% autônomos e 10% tinham outras profissões. Explana também a renda familiar dos mesmos, sendo que 78% recebem 1 salário mínimo, 20% de 2 a 3 salários mínimos e 2% recebem mais do que 4 salários mínimos. A maioria dos pacientes possuem uma renda de apenas 1 salário mínimo, mostrando uma baixa renda econômica.

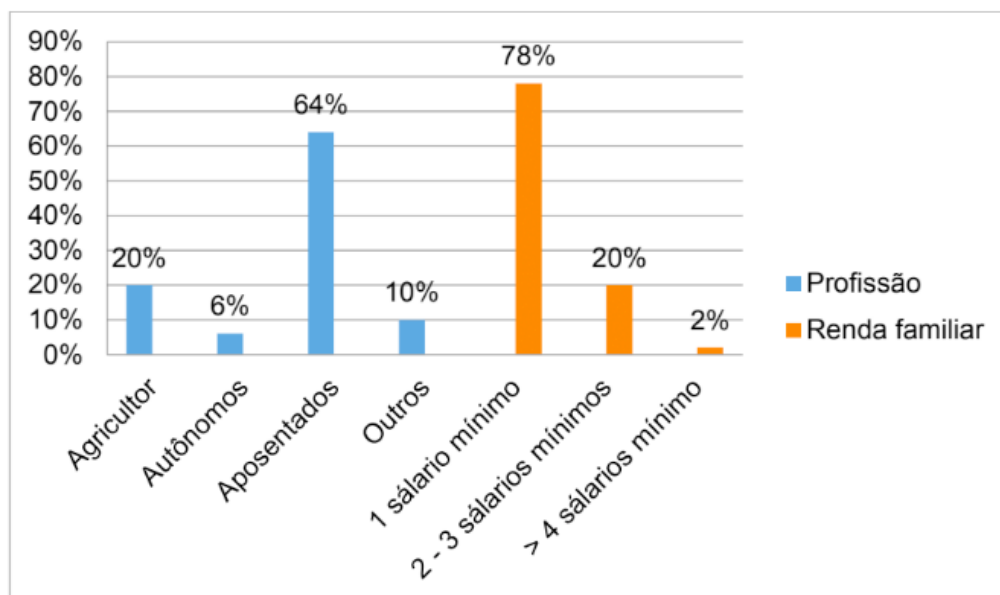


Gráfico 2. Relação das informações socioeconômicas: Profissão e renda familiar.

Fonte: Elaborado pelo autor com base na informação da pesquisa a campo.

Em relação aos tipos de diabetes os resultados foram os seguintes: 66% tem diabetes tipo 2, 14% diabetes tipo 1 e 20% não sabem qual tipo de diabetes acometida. Dentre a população em estudo 60% responderam que tem histórico familiar da doença e 40% que não tem. Como foi visto a maioria dos participantes possuíam diabetes tipo 2 e outras pessoas desconheciam sobre qual tipo de diabetes tinham, mostrando a falta de informações referente a patologia. Entre as doenças crônicas que mais prevalece na população idosa no Brasil é a DM tipo 2 (ROEDIGER et al, 2018). Outro fator a ser considerado é que a maioria dos mesmos possuíam histórico familiar de pais, mães, irmãos e outros parentescos.

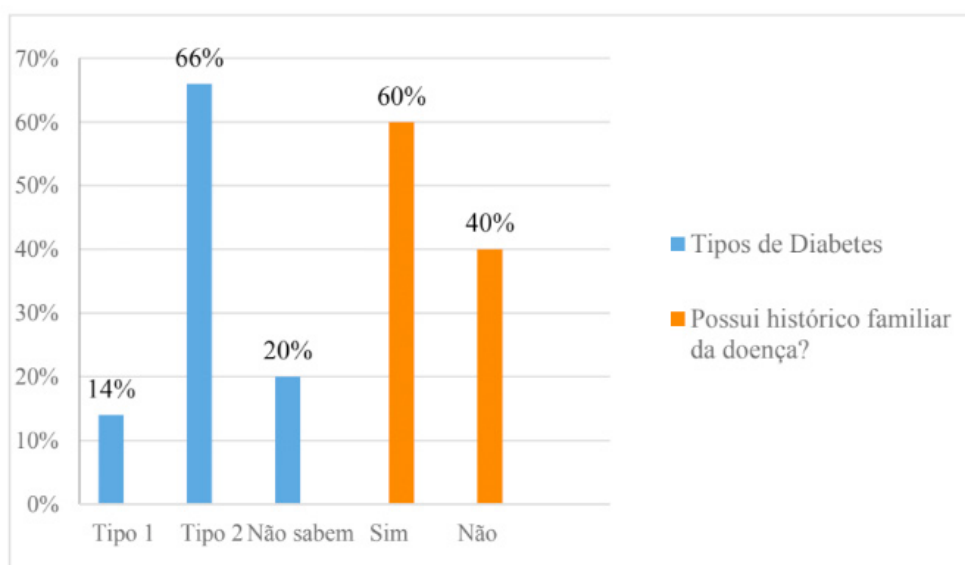


Gráfico 3. Dados relacionados a tipos de diabetes e histórico familiar da doença.

Fonte: Elaborado pelo autor com base na informação da pesquisa a campo.

Como mostra o gráfico 4, 80% dos entrevistados têm outras doenças além da DM e 20% não. Sendo que dessas patologias as mais mencionadas foram: hipertensão com 53%, colesterol com 23% e outras 5% que englobava depressão, disfunção e enxaqueca. Comparando com outros estudos a DM 2 geralmente está associado com outras patologias como hipertensão, dislipidemia, obesidade e entre outras (ARSA et al,2009).

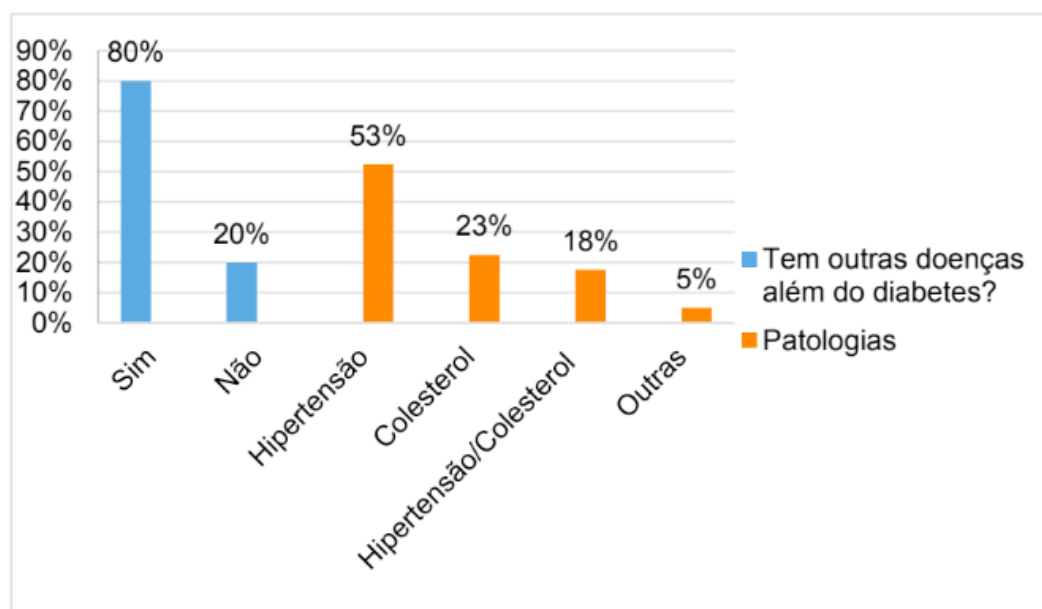


Gráfico 4. Relação de outras patologias além da diabetes Mellitus.

Fonte: Elaborado pelo autor com base na informação da pesquisa a campo.

Na tabela 1 mostra o percentual dos medicamentos mais utilizados pela população em estudo. Como se pode ver os fármacos mais citados foram: Metformina 60%, Glibenclamida 36%, losartana 34% e outros 22% que incluíam forxiga, furosemida, decadron, apresolina e atorvastatina. É importante ressaltar que mais de um entrevistado faziam uso de mais um medicamento. Com base no estudo de Defani & Oliveira, (2015) a metformina e glibenclamida associados são os fármacos mais usados pelos diabéticos apud (Brasil, 2006).

Faz uso de qual medicação regularmente?	
Medicamentos	Percentual (%)
Metformina	60%
Glibenclamida	36%
Losartana	34%
Outros	22%
Sinvastatina	18%
Captopril	12%
Enalapril	12%

Insulina	6%
Anlodopino	4%
Hidroclorotiazida	2%

Tabela 1. Relação dos medicamentos usados pela população em Estudo.

Fonte: Elaborado pelo autor com base na informação da pesquisa a campo.

No gráfico apresentado a seguir, mostra algumas perguntas realizadas em campo, 16% dos entrevistados responderam sim e 84% responderam que não fazia mal o uso plantas medicinais. Foi questionado sobre o uso da planta com outros medicamentos, pode-se verificar que 91% responderam sim, fazem uso da planta com medicamentos e 9% que não faz. O uso de plantas com finalidade medicinal é muito comum na sociedade, principalmente pelos idosos que detém de um maior conhecimento popular da mesma. Muitos pensam porque é natural não faz mal e não causa nenhum risco a sua saúde. Todavia sabe-se que o uso de plantas com medicamentos pode causar interações, efeitos indesejáveis, sinergismos e antagonismos. Um exemplo é a planta *Gymnenas Sylvestre* que pode interagir com a insulina ou hipoglicemiantes (NICOLETTI, 2009).

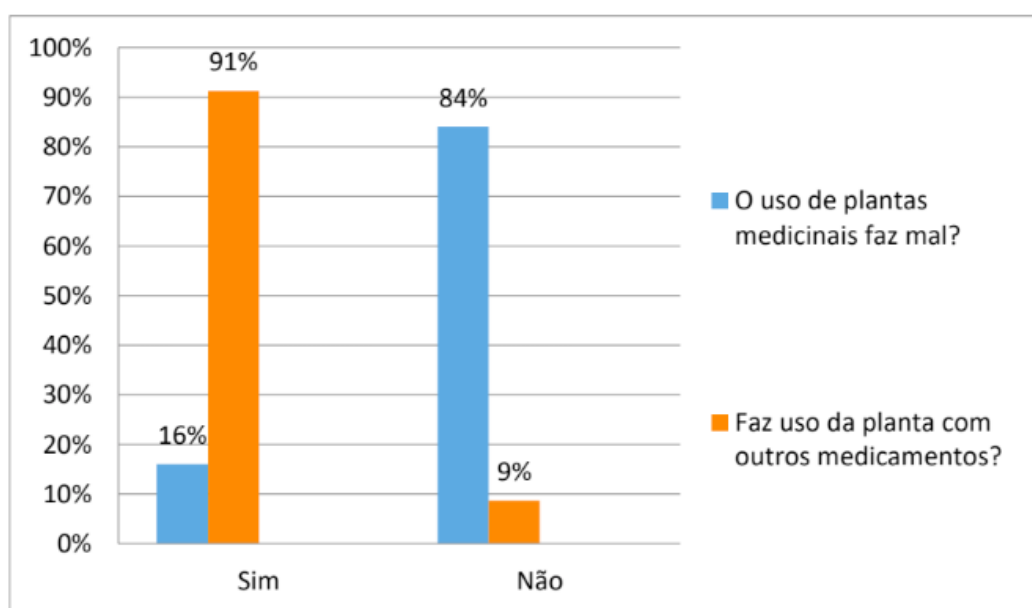


Gráfico 5. Relação sobre se o uso de plantas medicinais faz mal e se utilizam com outros medicamentos.

Fonte: Elaborado pelo autor com base na informação da pesquisa a campo.

Indagamos aos entrevistados se ao ir a uma consulta médica eles relatam o uso de plantas medicinais, onde 96% disseram que não e apenas 4% disseram que sim. 64% disseram que não sabiam que o farmacêutico é o profissional de saúde responsável pelo elo entre paciente e medicamento, e 36% disseram que sabiam sobre esse elo. No gráfico 6 mostra a realidade que acomete a sociedade, onde 96% deles não relatam o uso de

plantas quando vão a uma consulta médica, dificultando o profissional no momento de montar seu tratamento medicamentoso, levando a riscos como interações entre planta e medicamento, podendo alterar os efeitos, seja na absorção, no metabolismo, na distribuição ou na excreção. Nesse mesmo gráfico 64% dos idosos dizem não sabem que o farmacêutico é responsável pelo elo paciente/medicamento, mostrando a falta de conhecimento sobre as atribuições do farmacêutico, como proporcionar uma otimização da farmacoterapia a fim de alcançar os resultados almejados melhorando a vida dos pacientes.

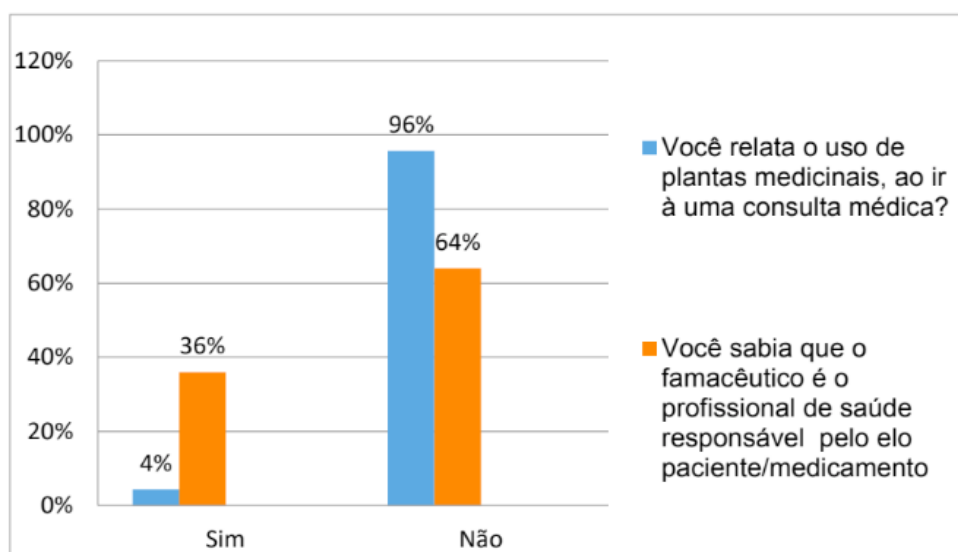


Gráfico 6. Dados relacionados aos entrevistados se relatam o uso de erva medicinal a ir à consulta médica e se sabem que o farmacêutico é responsável pelo elo medicamento/paciente.

Fonte: Elaborado pelo autor com base na informação da pesquisa a campo.

Foi contestada qual a parte da planta que os participantes mais utilizavam, 34% faziam uso das folhas, 12% do fruto, 2% das flores, 2% das raízes e 4% outras partes. Quanto à frequência, 24% consumiam esporadicamente, 18% algumas vezes e 6% diariamente. Como pode-se ver no gráfico 7, diferentes partes da planta são utilizadas, com frequência de uso aleatórias, justificando os erros cometidos por quem as utiliza e não procura orientação com o profissional capacitado, podendo desencadear efeitos tóxicos, dependendo da parte da planta utilizada, ou até não ter o resultado terapêutico esperado.

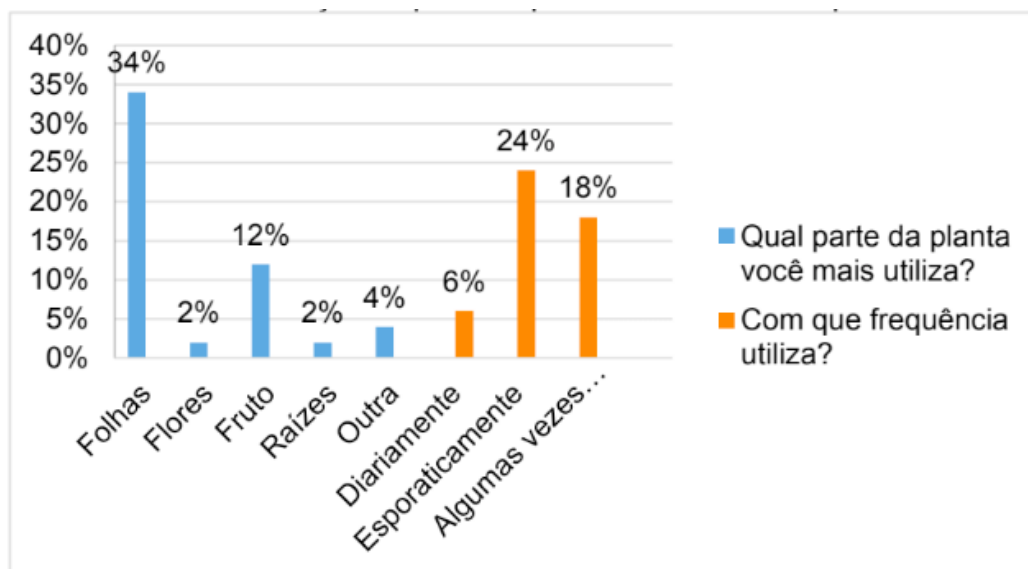


Gráfico 7. Relação da parte da planta utilizada e a frequência.

Fonte: Elaborado pelo autor com base na informação da pesquisa a campo.

Abordou-se aos entrevistados se faziam uso de alguma planta medicinal para a diabetes, no qual 54% não utilizavam e 46% faziam uso, entre as plantas citadas estão à pata de vaca, casca de jatobá, casca de umbu, amora, carqueja, alecrim, quebra-pedra, babosa e insulina vegetal. 48% relataram que receberam a indicação para o uso das ervas medicinais de amigos, 30% de vizinhos, 13% de parentes e 4% de um farmacêutico. Das plantas citadas, a pata de vaca, carqueja e a insulina, possuem atividades que diminuem os níveis de glicose sanguínea, sendo através de diferentes mecanismos de ação, como por exemplo, o aumento da liberação de insulina pelas células β do pâncreas (DEFANI & OLIVEIRA, 2010). Para as demais plantas citadas pelos entrevistados, não foi encontrado estudos que comprovassem atividade terapêutica no tratamento da diabetes.

A maioria dos idosos recebeu indicação do uso das plantas de amigos, com 48%, e 30% de vizinhos, deixando de ter orientações com o profissional, como o farmacêutico, capaz de lhe indicar a planta certa, modo de preparo e o tempo de administração, para que obtenham resultados satisfatórios no tratamento.

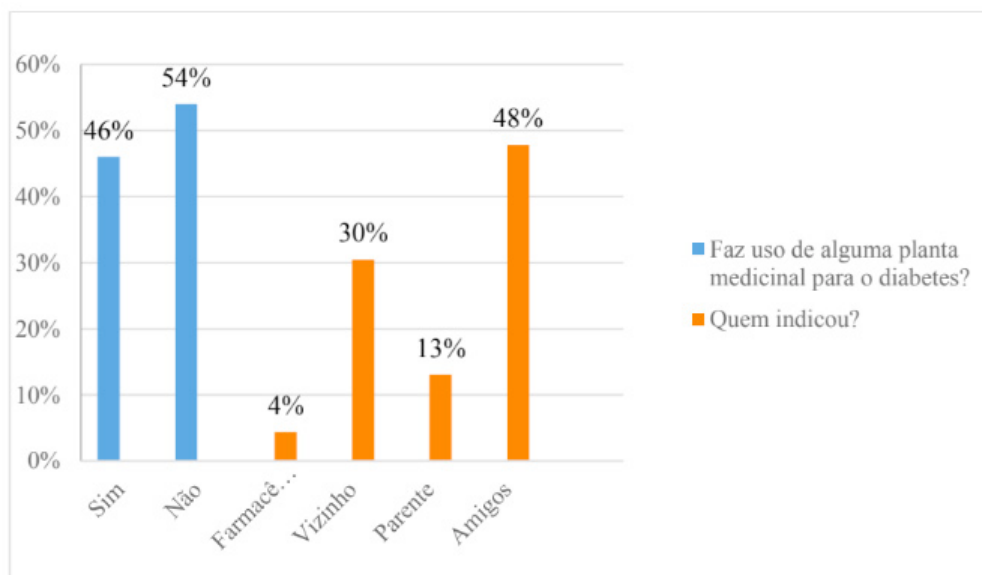


Gráfico 8. Faz o uso de planta medicinal para o diabetes e a indicação.

Fonte: Elaborado pelo autor com base na informação da pesquisa a campo.

Após o uso das plantas 100% das pessoas obtiveram melhora, 96% não sentiram reações adversas e apenas 4% sentiram. Conforme os resultados 100% dos entrevistados sentiram melhoras depois do uso de ervas medicinais e não apresentaram reações indesejáveis, apenas uma pequena parcela sentiu reação adversa.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de plantas medicinais é muito comum na nossa sociedade, principalmente pelos idosos, que tem um maior conhecimento das mesmas. Contudo assim como os medicamentos alopáticos as plantas medicinais também podem trazer riscos à saúde, se utilizada de forma inadequada, pode causar reações tóxicas, interação medicamentosa, sinergismos e antagonismos. Por isso a importância do farmacêutico na assistência para orientar sobre as formas corretas de utilizar as ervas medicinais e alertar a população sobre os riscos da automedicação e o uso irracional das plantas pela população.

Com base no estudo foi verificado que a maioria dos entrevistados, tinham diabetes do tipo 2, que é mais acometido por idosos, acompanhado de outras patologias como hipertensão ou dislipidemia. Deve levar em consideração a falta de conhecimentos da maioria das pessoas quanto ao profissional “farmacêutico” responsável pelo elo paciente/ medicamentos, enfatizando a carência de informações dos mesmos. Outro fator importante foi que, 96% dos entrevistados não relatam o uso de plantas medicinais durante a consulta. Esse problema é muito comum na nossa sociedade e isso pode contribuir para o uso inadequado não só de medicamentos, mas também de plantas medicinais, fitoterápicos, causando risco de interação medicamentosa ou reações tóxicas.

Desse modo, é necessária uma maior valorização das atribuições do farmacêutico,

principalmente quanto ao uso correto dos fármacos, de plantas com ação terapêutica. É imprescindível que medidas educativas e preventivas sejam concretizadas, a fim de evitar a automedicação e o uso inadequado de fármacos, prejudicando a saúde e bem-estar da população.

REFERÊNCIAS

ARSA, Gisela et al. **Diabetes Mellitus tipo 2: Aspectos fisiológicos, genéticos e formas de exercício físico para seu controle.** *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, [s.l.], v. 11, n. 1, p.103-111, 1 jan. 2009.

CARNEIRO, Ana Luiza Chrominski; COMARELLA, Larissa. **PRINCIPAIS INTERAÇÕES ENTRE PLANTAS MEDICINAIS E MEDICAMENTOS.** *Revista Saúde e Desenvolvimento*, Paraná, v. 9, n. 5, p. 5-19, 1 jun. 2016.

COSTA, Jorge de Assis et al. **Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p.2001-2009, mar. 2011

DEFANI, Marli Aparecida; OLIVEIRA, Luis Eduardo Negrão de. **UTILIZAÇÃO DAS PLANTAS MEDICINAIS POR DIABÉTICOS DO MUNICÍPIO DE COLORADO (PR).** *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 8, n. 3, p. 413-421, 7 dez. 2015.

FEIJÓ, A.m. et al. **Plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de Diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença.** *Revista Brasileira de Plantas Medicinais*, v. 14, n. 1, p.50-56, 2012.

FERREIRA, Leandro Tadeu et al. **Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações.** *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, Santo André (sp), v. 36, n. 3, p.182-188, 08 nov. 2011.

MARASCHIN, Jorge de Faria et al. **Classificação do diabete melito.** *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, [s.l.], v. 95, n. 2, p.40-46, ago. 2010

MARMITT, Diorge Jônatas et al. **Caderno pedagógico, Lajeado, v. 12, n. 1, p. 87-99, 2015.** **REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE PLANTAS MEDICINAIS DA RENISUS VOLTADAS AO DIABETES MELLITUS.** *Caderno Pedagógico*, Lajeado, v. 12, n. 1, p.87-99, fev. 2015.

NICOLETTI, Maria Aparecida. **Administração de medicamentos contendo drogas de origem vegetal e de plantas medicinais – importância da orientação correta para seu uso racional.** *Rev. Bras. Farm*, São Paulo, v. 90, n. 3, p.264-271, 11 ago. 2009.

OLIVEIRA JUNIOR, Raimundo Gonçalves de et al. **Plantas medicinais utilizadas por um grupo de idosos do município de Petrolina, Pernambuco.** *Revista Eletrônica de Farmácia*, Petrolina, v. 3, n. 16-18, p.1-13, ago. 2012.

ROEDIGER, Manuela de Almeida et al. **Diabetes mellitus referida: incidência e determinantes, em coorte de idosos do município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 11, p. 3913-3922, nov. 2018.

RODRIGUES, Roseli et al. **Avaliação do perfil glicêmico de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 com e sem administração de infusão de folhas de Averrhoa carambola.** *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.161-165, 2010.

SILVA, Natália Cristina de Souza et al. **A UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS EM PROL DA SAÚDE.** *Única Cadernos Acadêmicos*, Minas Gerais, v.3, n. 1, 2017.

ANEXO

Anexo A – Questionário

Questionário	
INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS	
1. Idade:	
2.Sexo: () Feminino () Masculino	
3.Estado civil: () Casado(a) () Solteiro(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)	
4.Escolaridade: () Analfabético () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior	
5.Profissão:	
6.Renda Familiar: () 1 salário mínimo () 2-3 salários mínimos () > 4 salários mínimos	
DADOS REFERENTES À PESQUISA	
7.Tipo de diabetes: () Tipo 1 () Tipo 2	
8.Possui histórico familiar da doença: () Sim () Não Se Sim, Quem? _____	
9.Tem outras doenças além do diabetes? () Sim () Não Se Sim, Qual ? _____	
10.Faz uso de qual medicação regularmente? _____.	
11.Na sua opinião, “O uso de planta medicinal faz mal?” () Sim () Não	
12.Faz uso de alguma planta medicinal para o diabetes? () Sim () Não Quais? _____	
13.Com que frequência utiliza? () Diariamente () Algumas vezes durante a semana () Esporadicamente () Outra, _____.	
14.Quem indicou? () Médico () Farmacêutico () Vizinho () Parente () Amigo () Outro, _____.	

15.Sentiu melhora após o uso? () Sim () Não
16.Sentiu alguma reação adversa? () Sim () Não
17.Qual parte da planta você mais utiliza? () Folhas () Flores () Fruto () Raizes () Outra,_____.
18.Faz o uso da planta com outros medicamentos? () Sim () Não
19.Você relata o uso de plantas medicinais, ao ir à uma consulta médica? () Sim () Não
20. Você sabia que o farmacêutico é o profissional de saúde responsável pelo elo paciente/medicamento? () Sim () Não

IMPLANTAÇÃO DA PET TERAPIA NO SERVIÇO DE PALIAÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/07/2020

Marcio Ribeiro Studart da Fonseca Filho

Acadêmico(a) de Medicina do Centro Universitário Christus (Unichristus).

Débora Rabelo Magalhães Brasil

Acadêmico(a) de Medicina do Centro Universitário Christus (Unichristus).

Alice Quental Brasil

Acadêmico(a) de Medicina do Centro Universitário Christus (Unichristus).

Larissa Alexandrino de Oliveira

Acadêmico(a) de Medicina do Centro Universitário Christus (Unichristus).

Manuela Vasconcelos de Castro Sales

Médica Hospital Antonio Prudente -Rede Hapvida

Bruno Bezerra de Menezes Cavalcante

Médico. Instituto de Ensino e Pesquisa Hapvida

Anderson Luís de Alvarenga Nascimento

Médico. Instituto de Ensino e Pesquisa Hapvida

Jorge Pinheiro Koren de Lima

Médico. Instituto de Ensino e Pesquisa Hapvida

Francisco Jadson Franco Moreira

RESUMO: Introdução e Objetivos: Os cuidados paliativos visam a melhoria dos pacientes em condições médicas graves ou avançadas, existindo várias modalidades terapêuticas complementares, como a

Terapia Assistida por Animais (TAA), também conhecida como Pet Terapia, dirigida para a promoção da saúde física, social, emocional e/ou funções cognitivas do pacientes. Dessa forma, este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a importância da implantação da Pet Terapia no serviço de palição. **Métodos:** Foi realizado um levantamento bibliográfico do período de 2014 a 2019 nas bases de dados online BVS, Scielo, Lilacs e OPAS. Utilizou-se as palavras-chave “Palição”, “Pet Terapia” e “Terapia Assistida por Animais” para selecionar os artigos de interesse. Foram escolhidos 56 artigos e, após leitura dos resumos, foram excluídos aqueles que não contemplavam o tema de interesse do presente estudo ou que estivessem repetidos em mais de uma categoria, sendo citados apenas uma vez. **Resultados e Discussão:** A literatura aponta a grande prevalência do uso do cão como animal mais empregado na petterapia, bem como utiliza de parâmetros laboratoriais e biomarcadores para validarem a queda nos níveis de ansiedade, estresse e temor dos pacientes após a terapia instituída. Além disso, o grau de satisfação dos pacientes com uso dessa terapia foi avaliado com nota máxima para que acontecesse o retorno do cão novamente. Todas as publicações têm

desfechos positivos quanto ao uso de animais na abordagem terapêutica de pacientes em cuidados paliativos. **Conclusão:** Mais estudos sobre a segurança e estabelecimento de técnicas padronizadas devem ser estimulados para fortalecer e aprimorar a prática da petteterapia no âmbito dos cuidados paliativos.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos. Terapia Assistida por Animais. Doença Crônica. Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida.

ABSTRACT: Introduction and Objectives: Palliative care aims to improve patients in severe or advanced medical conditions, with several complementary therapeutic modalities, such as Animal Assisted Therapy (TAA), also known as Pet Therapy, aimed at promoting physical and social health. , emotional and / or cognitive functions of the patient. Thus, this study aimed to conduct a literature review on the importance of implementing Pet Therapy in the palliative service. **Methods:** A bibliographic survey of the period from 2014 to 2019 was carried out in the online databases VHL, Scielo, Lilacs and PAHO. The keywords “Palliative Care”, “Pet Therapy” and “Animal Assisted Therapy” were used to select the articles of interest. 56 articles were chosen and, after reading the abstracts, those that did not contemplate the topic of interest in this study or that were repeated in more than one category were excluded, being cited only once. **Results and Discussion:** The literature points to the great prevalence of the use of dogs as the most used animal in pettherapy, as well as using laboratory parameters and biomarkers to validate the drop in the levels of anxiety, stress and fear of patients after the instituted therapy. In addition, the degree of satisfaction of patients with the use of this therapy was assessed with a maximum score so that the dog's return would happen again. All publications have positive outcomes regarding the use of animals in the therapeutic approach of patients in palliative care. **Conclusion:** Further studies on safety and the establishment of standardized techniques should be encouraged to strengthen and improve the practice of petteterapia within the scope of palliative care.

KEYWORDS: Palliative care. Animal Assisted Therapy. Chronic disease. Palliative Care in the End of Life.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, houve um aumento significativo no envelhecimento da população relacionando-se de forma direta com o aumento da prevalência de doenças crônicas em nosso meio, como o câncer, doenças demenciais e outras doenças crônicas. Isso decorre em razão do avançar da tecnologia coparticipante ao desenvolvimento terapêutico. Porém, mesmo após o esforço de inúmeros pesquisadores, a morte continua sendo uma certeza, ameaçando o ideal de cura e preservação da vida, para o qual nós, profissionais da saúde, somos treinados (CARVALHO e PARSONS, 2012).

Os pacientes considerados “fora de possibilidade de cura” sofrem com a obstinação terapêutica e a distanásia realizada pelos profissionais de saúde por meio de métodos

invasivos e de alta tecnologia. Essa forma de abordagem exagerada, e muitas vezes desnecessária, quase sempre ignora o sofrimento, interferindo na qualidade e na dignidade do fim da vida do paciente (CARVALHO e PARSONS, 2012). Então, os Cuidados Paliativos tornam-se como uma alternativa para preencher esta lacuna nos cuidados ativos aos pacientes.

A medicina paliativa é considerada uma especialidade que foca na melhoria dos pacientes em condições médicas graves ou avançadas, sendo apropriada em qualquer estágio da doença, inclusive, no momento do diagnóstico (ROBINSON e HOLLOWAY, 2017).

Uma das modalidades terapêuticas complementares que fazem parte dos Cuidados Paliativos é a Terapia Assistida por Animais (TAA) também conhecido como Pet Terapia, Zooterapia ou Terapia Facilitada Por Animais (GARCIA e BOTOMÉ, 2008). É considerada uma intervenção dirigida que visa a promover a saúde física, social, emocional e funções cognitivas do paciente (CHANDLER, 2012). Diversas espécies de animais podem ser utilizadas nessa terapia, sendo cachorros e cavalos os mais frequentes (SAPIN *et al*, 2019).

A prática de terapia complementar com os animais foi iniciada no final do século XVIII, na Inglaterra, em uma instituição para pacientes que apresentavam transtornos mentais. Devido aos resultados positivos, acabou por inspirar outros profissionais a utilizarem esse modelo de tratamento. No Brasil, a médica psiquiatra Nise da Silveira é considerada a pioneira da implantação da Pet Terapia (SAPIN, 2019)

Com isso, para reduzir os efeitos adversos da hospitalização, a Terapia Assistida por Animais constitui uma abordagem aos cuidados de saúde interessante (DE MEDEIROS e CARVALHO, 2014). O presente trabalho tem por objetivo realizar revisão da literatura sobre a Pet Terapia no âmbito dos Cuidados Paliativos, bem como veicular, sinteticamente, as generalidades acerca desta terapêutica

MÉTODOS

Este estudo constitui uma revisão bibliográfica de caráter analítico e descritivo a respeito da Pet Terapia aplicada aos cuidados paliativos. Foi realizado por meio de análise bibliográfica através de bases de dados on-line, como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Estratégia e Plataforma Operacional de Cooperação Técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), LILACS e SCIELO.

Nessas bases, as publicações foram buscadas pelas seguintes palavras-chave: “Palição”, “Pet Terapia” e “Terapia Assistida por Animais”. Como critérios de inclusão foram: ser artigo científico publicados entre 2014 e 2019, escritos em português ou inglês, disponível na íntegra para acesso eletrônico livre, artigos que respondiam claramente

ao objetivo do presente estudo, que tinham relação direta com o tema abordado e que mencionavam as palavras-chaves já citadas. Ao final da discriminação dos artigos, foram lidos todos os resumos e excluídos aqueles que não contemplavam o tema de interesse do presente estudo ou que estivessem repetidos em mais de uma categoria, sendo citados apenas uma vez. Dos artigos selecionados, foram quantificados em tabela *Excel* aqueles que correspondiam às palavras-chave e à base de dados buscada juntamente com os filtros que foram utilizados (tabela 1). Além disso, as publicações definidas para a pesquisa foram analisadas qualitativamente para compor o estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 265 artigos viáveis para a revisão de literatura. Destes, 20 artigos possuíam a palavra-chave “Palição”, 210 detinham “Pet Terapia” e 35, “Terapia Assistida por Animais”. Ao primeiro grupo, os filtros “cuidados paliativos”, “assistência terminal”, “cuidados paliativos na terminalidade da vida” foram aplicados, fazendo com que sete artigos estivessem disponíveis, contudo, apenas três deste grupo foram selecionados. Às publicações com a palavra-chave “Pet Terapia” em comum, foram atribuídos os filtros “terapia assistida por animais”, “cuidados paliativos” e “cuidados paliativos na terminalidade da vida”, resultando em 29 publicações dispostas para análise, sendo 6 delas exequíveis. Ao conjunto “Terapia Assistida por Animais”, foram escolhidos aqueles encontrados após aplicados os filtros “terapia assistida por animais”, “estresse psicológico”, “cães”, “cuidados paliativos”, resultando em 20. Contudo, apenas 1 artigo mostrou-se satisfatório para este trabalho, pois conseguiu relacionar a zooterapia com a melhora na qualidade de vida de pacientes senis ou em condição de doenças crônicas.

Palavra-chave	artigos completos encont	Filtros aplicados	nº de artigos filtrados	nº de artigos selecionados
Palição	20	cuidados paliativos, assistência terminal, cuidados paliativos na terminalidade da vida	7	3
Pet Terapia	210	terapia assistida por animais, cuidados paliativos, cuidados paliativos na terminalidade da vida	29	6
Terapia assistida por animais	35	terapia assistida por animais, estresse psicológico, cães, cuidados paliativos	20	1

Tabela 1 - Publicações de acordo com base de dados e palavras - chaves em busca

Fonte: Elaborada pelos autores, 2019.

Em se tratando da “Palição”, todos os trabalhos selecionados ratificam a importância desta prática desde que o diagnóstico de uma doença grave é feito. Além disso, corroboram com os benefícios que os Cuidados Paliativos trazem para o paciente, estando a qualidade de vida e a minimização do sofrimento mais bem evidentes. Para Silva *et al.* (2016), a abordagem paliativa deveria fazer parte dos Planos de Ações das políticas públicas e integrar o currículo de formação da força de trabalho. Dantas e Amazonas (2016) abordam a lógica de se investir em tratamentos não curativos como meio de diminuir o desconforto experienciado pelo paciente, tendo em vista que o processo de finitude abrange e influencia não só o sujeito doente, mas também, sua história, sua cultura, a comunidade no qual está inserido, entre outros aspectos. Rodrigues, Ligeiro e Silva pontuam a necessidade de o médico atentar-se à autonomia do paciente durante a terapêutica instituída, dando-lhe a oportunidade de fazer suas escolhas não, contudo, através do abandono ou do isolamento (RODRIGUES, LIGEIRO e SILVA, 2015).

O conjunto mais estudado foi relacionado à Pet Terapia, sendo o cão o animal mais empregado. 2 dos 6 trabalhos analisados utilizaram parâmetros laboratoriais (PCR, cortisol) para validarem a queda nos níveis de ansiedade, estresse e temor dos pacientes após a terapia instituída. Todas as publicações têm desfechos positivos quanto ao uso de animais na terapia de pacientes em cuidados paliativos. Krause-Parello *et al.* valeram-se, também, de outros biomarcadores – IgA, alfa-amilase e respostas cardiovasculares ao estresse, quantificando melhora estatisticamente significativa de seus níveis após 30 minutos de terapêutica com o animal. Além disso, avaliações de satisfação dos pacientes obtiveram nota máxima (Escala de Likert) para que acontecesse o retorno do cão novamente (KRAUSE-PARELLO *et al.*, 2018).

Branson e colaboradores confirmam a mesma eficácia da terapia com animais enquanto Linder e colaboradores posicionam-se para a questão da segurança tanto humana quanto do animal, recomendando haver diretrizes instituídas quando for desempenhada esta prática. Ademais, seu trabalho explicita que hospitais são mais bem rigorosos quanto a saúde do animal e do paciente do que os estabelecimentos de assistência a idosos (LINDER *et al.*, 2017).

O trabalho conduzido por Chubak *et al.* demonstrou a significância na diminuição de sofrimento, cansaço, dor, medo e tristeza após a terapia com o cão e não mostrou resultados significativos em infecções encontradas nos pacientes pediátricos estudados após 14 dias desta terapêutica (CHUBAK *et al.*, 2017).

Em 2016, Moreira e colaboradores avaliaram a percepção dos familiares/responsáveis e profissionais que acompanhavam crianças e adolescentes internados juntamente com a terapia assistida com cães. A resposta foi satisfatória principalmente em se tratando da adaptação dos pacientes ao internamento, juntamente com melhora nos sintomas de ansiedade e trauma à hospitalização (MOREIRA *et al.*, 2016).

No mesmo ano, outro trabalho utilizou não só o cão como terapia, mas também,

peixes, gatos, pássaros, cavalos e coelhos. Contudo, o cachorro ainda se mostrou mais inclinado para a conduta tendo em vista sua facilidade natural de convívio e de treinamento. O autor ainda procura entender a vantagem desse tipo de terapêutica adotada, levando-o a crer que o toque causa uma resposta positiva ao paciente pela interação e aceitação mais positivas (FERREIRA *et al.*, 2016).

Acerca da Terapia Assistida por Animais, um artigo se mostrou satisfatório para esta revisão. Ele relaciona a zooterapia com a melhora na qualidade de vida de pacientes senis ou em condição de doenças crônicas cardiovasculares, ressaltando a sensação geral de bem-estar identificada. Quantificou ainda, o aumento de 5 vezes na sobrevivência em 1 ano de pacientes que tiveram infarto agudo do miocárdio e possuíam um animal de companhia. Validando sua pesquisa, Creagan e colaboradores afirmam que níveis bioquímicos humanos podem ter seus valores aumentados após o ato de acariciar um animal, como a serotonina, dopamina, prolactina e ocitocina (CREAGAN *et al.*, 2015).

Em todos os trabalhos selecionados com a palavra-chave “Pet terapia” no estudo, observa-se que os cães foram os animais mais utilizados. Essa interação mostrou bastante benefícios no que concerne a melhoria do padrão de vida do paciente hospitalizado. Segundo o autor Branson *et al.*, os pacientes apresentaram diminuição dos níveis de ansiedade quantificada pela redução dos níveis de cortisol sérico (Branson, 2017).

Da mesma forma, o autor Krause-Parello observou uma correlação entre a redução dos níveis séricos de cortisol e a diminuição da frequência cardíaca dos pacientes (Krause-Parello, 2018).

O risco de infecção atribuído ao uso de animais foi abordado por Chuback e colaboradores. Foram relatados que dos 19 pacientes, 8 apresentaram quadros infecciosos, sendo 4 relacionados à neutropenia febril. Mesmo com esses dados, os autores não conseguiram comprovar a relação direta entre o uso de animal e a complicação (CHUBACK, 2017).

A TAA pode promover relaxamento, diminuição da solidão e isolamento, suavização do clima pesado de um ambiente hospitalar, melhora das relações interpessoais, melhora da comunicação entre equipe de saúde e paciente. Pode ser utilizada também entre crianças e adolescentes que possuem alterações emocionais ou físicas relacionadas ao câncer. Crianças que sofreram algum tipo de alteração de mobilidade ou força devido à doença podem melhorar tônus muscular e força por meio de estímulo sensorial e sinestésico junto ao cão, seja através do simples toque ou ao escovar o animal, recuperando autoestima e reforçando o contato social que o animal favorece. Outrossim, essa terapia em salas de aula, com crianças autistas, evidenciou melhorias significativas em relação a habilidades sociais dos participantes, diminuindo comportamentos de retraimento. Além disso, mais da metade dos pais relataram que os participantes demonstraram aumento no interesse em frequentar a escola durante o programa (MOREIRA *et al.*, 2016)

CONCLUSÃO

Com a análise realizada por esse estudo, evidenciou-se que a Terapia Assistida por Animais ou Pet terapia é muito relevante como intervenção componente dos cuidados paliativos.

Concluimos que, caso haja um meio de fazê-la de modo seguro para a clientela, a petterapia se torna uma ferramenta de grande valia, pois o alívio de dores emocionais e psíquicas são capazes de influenciar diretamente na melhora de sinais físicos e isso já está bem comprovado na literatura, em relação à outras formas de terapias alternativas e complementares.

Nesse contexto, estudos sobre a segurança e estabelecimento de técnicas padronizadas podem ser necessários para fortalecer e aprimorar essa prática no âmbito dos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

BRANSON, Sandra M. *et al.* **Effects of animal-assisted activities on biobehavioral stress responses in hospitalized children:** A randomized controlled study. *Journal of pediatric nursing*, v. 36, p. 84-91, 2017.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de cuidados paliativos ANCP.** In: Manual de cuidados paliativos ANCP. 2012.

CHANDLER, Cynthia K. **Animal assisted therapy in counseling.** Routledge, 2012.

CHUBAK, Jessica *et al.* **Pilot study of therapy dog visits for inpatient youth with cancer.** *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, v. 34, n. 5, p. 331-341, 2017.

CREAGAN, Edward T. *et al.* **Animal-assisted therapy at Mayo Clinic:** The time is now. *Complementary therapies in clinical practice*, v. 21, n. 2, p. 101-104, 2015.

DANTAS, Margarida Maria Florêncio; AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida. A Experiência do Adoecer: Os Cuidados Paliativos diante da Impossibilidade da Cura. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. spe, p. 47-53, jun. 2016.

DE MEDEIROS, Ana Julia Sichiroli; CARVALHO, Silvana Denofre. **Terapia assistida por animais a crianças hospitalizadas:** revisão bibliográfica. 2014.

ENGELMAN, Suzanne R. **Palliative care and use of animal-assisted therapy.** *OMEGA-Journal of Death and Dying*, v. 67, n. 1-2, p. 63-67, 2013.

FERREIRA, Amanda O. *et al.* **Animal-assisted therapy in early childhood schools** in São Paulo, Brazil. *Pesquisa Veterinária Brasileira*, v. 36, p. 46-50, 2016.

GARCIA, Murilo Pereira; BOTOMÉ, Sílvio Paulo. **Da domesticação à terapia:** o uso de animais para fins terapêuticos. *Interação em Psicologia*, v. 12, n. 1, 2008.

KRAUSE-PARELLO, Cheryl A. *et al.* **Effects of VA facility dog on hospitalized veterans seen by a palliative care psychologist:** An innovative approach to impacting stress indicators. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, v. 35, n. 1, p. 5-14, 2018.

LINDER, Deborah E. *et al.* **Animal-assisted interventions**: A national survey of health and safety policies in hospitals, eldercare facilities, and therapy animal organizations. *American journal of infection control*, v. 45, n. 8, p. 883-887, 2017.

MANDRÁ, Patrícia Pupin *et al.* **Terapia assistida por animais**: revisão sistemática da literatura. In: CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2019.

MOREIRA, Rebeca Lima *et al.* **Terapia assistida com cães em pediatria oncológica**: percepção de pais e enfermeiros. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1188-1194, dez. 2016.

ROBINSON, Maisha T.; HOLLOWAY, **Robert G.** **Palliative care in neurology**. In: *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier, 2017. p. 1592-1601.

RODRIGUES, Ligia Adriana; LIGEIRO, Cristiane; SILVA, Michele da. **Cuidados paliativos, diagnósticos e terminalidade**: indicação e início do processo de palição. *CuidArte, Enferm*, v. 9, n. 1, p. 26-35, 2015.

SAPIN, Carolina da Fonseca, *et al.* **PET TERAPIA**: A TERAPIA DO AFETO. *Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão*, v. 10, n. 3, 2019.

SILVA, Cinthia Pereira *et al.* Significado dos cuidados paliativos para a qualidade da sobrevivência do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 3, p. 225-235, 2016.

MOREIRA RL, Gubert FA, Sabino LMM, Benevides JL, Tomé MABG, Martins MC, *et al.* **Assisted therapy with dogs in pediatric oncology: relatives' and nurses' perceptions**. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):1122-8.

APARECIMENTO DE MANIFESTAÇÕES ORAIS EM CRIANÇAS OCASIONADAS PELO USO DE TERAPIAS ANTINEOPLÁSICAS

Data de aceite: 01/07/2020

Data de Submissão: 10/06/2020

Giovanna Gabrielly Alves da Silva Fraga

Centro Universitário Tabosa de Almeida - ASCES/
UNITA

Caruaru, PE

<http://lattes.cnpq.br/2727518730602707>

Danilo Paulino Macêdo

Centro Universitário Tabosa de Almeida - ASCES/
UNITA

Caruaru, PE

<http://lattes.cnpq.br/4555783595097541>

Agenor Tavares Jácome Júnior

Centro Universitário Tabosa de Almeida - ASCES/
UNITA

Caruaru, PE

<http://lattes.cnpq.br/3765760153191048>

Paula Regina Luna de Araújo Jácome

Centro Universitário Maurício de Nassau -
UNINASSAU

Caruaru, PE

<http://lattes.cnpq.br/0393343282197882>

RESUMO: A taxa de mortalidade por câncer infantil no Brasil e no mundo é um dos fatores que requer ampla atenção na área da saúde. O uso de antineoplásicos no tratamento de

pacientes oncológicos é uma questão a ser analisada cuidadosamente, visto que seu descomunal poder imunossupressor pode gerar uma descompensação na cavidade oral, dificultando ainda mais o desempenho terapêutico. **Objetivo:** O artigo em questão tem como objetivo analisar a incidência de lesões na mucosa bucal de pacientes infanto-juvenis, proveniente da terapia com antineoplásicos. **Métodos:** Refere-se a uma revisão de literatura, com artigos datados entre os anos de 2001 a 2020, conferidos no período de abril a maio deste ano. Os artigos foram selecionados na base de dados Scielo, Pubmed e Lilacs, com os seguintes descritores: Câncer infantil, Microbiota oral e antineoplásicos. **Revisão de Literatura:** Foi possível analisar que essas manifestações orais estão diretamente relacionadas ao uso de específicos antineoplásicos, como a cisplatina e a ciclofosfamida. Os principais tipos de lesões que podem sobrevir após a administração do fármaco, entre pacientes de 0-18 anos de idade, são: Mucosite e xerostomia do tipo fúngica, bacteriana ou viral. **Conclusão-** Em virtude dos fatos citados, foi possível detectar que a terapia medicamentosa estar propriamente associada ao aparecimento das manifestações bucais. Portanto, é de grande importância a análise da cavidade oral dos pacientes, para que o mesmo

possua uma boa recuperação de sua saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer Infantil, Manifestações Orais, Xerostomia e Antineoplásicos.

APPEARANCE OF ORAL MANIFESTATIONS IN CHILDREN OCCASIONED BY THE USE OF ANTINEOPLASTIC THERAPIES

ABSTRACT: The mortality rate from childhood cancer in Brazil and in the world is one of the factors that requires wide attention in the health area. The use of antineoplastic agents in the treatment of cancer patients is an issue to be carefully analyzed, since its extraordinary immunosuppressive power can generate decompensation in the oral cavity, making therapeutic performance even more difficult. **Objective:** The article in question aims to analyze the incidence of lesions in the oral mucosa of children and adolescents, resulting from therapy with antineoplastic agents. **Methods:** Refers to a literature review, with articles dated between 2001 and 2020, from April to May this year. The articles were selected from the Scielo, Pubmed and Lilacs database, with the following descriptors: Childhood cancer, Oral microbiota and antineoplastic. **Literature Review:** It was possible to analyze that these oral manifestations are directly related to the use of specific antineoplastic agents, such as cisplatin and cyclophosphamide. The main types of lesions that can occur after administration of the drug, among patients aged 0-18 years, are: Mucositis and xerostomia of the fungal, bacterial or viral type. **Conclusion:** In view of the aforementioned facts, it was possible to detect that drug therapy is properly associated with the appearance of oral manifestations. Therefore, it is of great importance to analyze the oral cavity of patients, so that it has a good recovery of their health.

KEYWORDS: Childhood Cancer, Oral Manifestations, Xerostomia and Antineoplastic.

INTRODUÇÃO

O câncer é responsável por 12% das causas de óbito no mundo (mais de 7 milhões de pessoas morrem anualmente da doença), sendo a segunda causa de morte por doença no mundo. De acordo com o INCA (2020), está previsto para o triênio 2020-2022, a ocorrência de 360 mil casos novos de câncer.

Cerca de 70% dos pacientes com neoplasias diagnosticadas recebem quimioterapia antineoplásica no decorrer do tratamento. Dependendo do tipo da dosagem e da frequência de utilização dos agentes quimioterápicos, severas complicações bucais podem surgir. De acordo com Boyle e colaboradores (2008), cerca de 40% dos pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico apresentam complicações orais decorrentes de estomatotoxicidade direta ou indireta, como mucosite, xerostomia e infecções fúngicas ou virais.

Os pacientes oncológicos geralmente apresentam manifestações orais em

consequência da intensa imunossupressão provocada pela quimioterapia. Essas manifestações orais podem ser graves e interferir nos resultados da terapêutica médica, levando a complicações sistêmicas importantes, que podem aumentar o tempo de internação hospitalar e os custos do tratamento e afetar diretamente a qualidade de vida desses pacientes. (HESPANHOL et al., 2010)

A mucosite oral é uma manifestação que pode surgir após alguns dias de terapia antineoplásica. Tal manifestação pode ser resultado da citotoxicidade direta, supressão imunológica ou hiper reatividade dos quimioterápicos utilizados na terapia antineoplásica. Caracteriza-se pela inflamação e ulceração da mucosa oral, que se torna edemaciada, eritematosa e friável, resultando em dor, desconforto, disfagia e debilidade sistêmica. (BUNETEL, 1996 apud HESPANHOL 2010).

Inúmeros estudos relatam que a correlação entre os tratamentos oncológicos e as lesões orais, e a magnitude desses efeitos dependem de uma série de fatores relacionados ao tratamento, ao tumor e ao paciente. A correta compreensão desses sinais e sua correlação com sintomas drogas ou radiação utilizadas nos tratamentos oncológicos tornam esses tipos de manifestações mais previsíveis, o que facilita a prevenção e o tratamento dessas condições, oferecendo uma melhor qualidade de vida a esses pacientes, sendo de grande importância a integração da odontologia na equipe médica de oncologia. (HESPANHOL, F.L et al 2010). Por conseguinte, o artigo em questão tem como objetivo analisar as prevalências das manifestações orais em pacientes submetidos à quimioterapia

REVISÃO DA LITERATURA

Microbiota Oral

De todos os sítios do corpo humano, a cavidade bucal é aquela que apresenta os maiores níveis e diversidade de microrganismos. As características anátomo- fisiológicas da boca são responsáveis por esta diversidade, uma vez que a boca apresenta diferentes tipos de tecidos e estruturas que variam quanto à tensão de oxigênio, disponibilidade de nutrientes, temperatura e exposição aos fatores imunológicos do hospedeiro. Além das superfícies moles e descamativas das mucosas, há superfícies rígidas (estáveis) das superfícies dos dentes. (REGEZI et al., 2008).

Logo após o nascimento, a criança entra em contato com diversos microrganismos presentes no ambiente em que vive, principalmente aqueles que colonizam a mãe e outras pessoas com quem mantém contato. Nos casos de parto normal, o primeiro contato com microrganismos maternos ocorre durante o parto, uma vez que a mucosa vaginal também apresenta sua microbiota. Alguns dos microrganismos são transitórios, enquanto outros passam a colonizar a cavidade bucal. O termo colonização se refere à capacidade do microrganismo de aderir e se multiplicar em uma determinada região. (SILVA, 2011).

Muitos dos microrganismos com os quais a criança entra em contato antes do desenvolvimento de uma microbiota bucal “estável” são transitórios. Por exemplo, as enterobactérias são transmitidas para as crianças através da cavidade bucal, mas somente vão se estabelecer no trato gastrointestinal. Por outro lado, outras bactérias serão capazes de colonizar as mucosas bucais (ao nascimento, as crianças ainda não têm dentes irrompidos). (MARTINS et al., 2005)

Verifica-se, porém, que a maioria destes microrganismos é encontrada em concentrações baixas, em contraste com as proporções elevadas da microbiota do indivíduo adulto. Uma espécie bacteriana detectada regularmente a partir do primeiro dia de vida são os *Streptococcus salivarius*, onde colonizam principalmente o dorso da língua e outras superfícies da mucosa oral, não dependendo, portanto, da presença de dentes para sua colonização e implantação definitiva. (GRANER et al., 2005)

Câncer Infantil

O câncer infanto-juvenil (abaixo dos 19 anos) é considerado raro quando comparado com os tumores do adulto, correspondendo entre 2% e 3% de todos os tumores malignos. Em países desenvolvidos, o câncer pediátrico é a segunda causa de óbito entre 0 e 14 anos, atrás apenas dos acidentes (LITTLE, 1999 apud EBNOTER 2011). Isto talvez se deva às atuais políticas de prevenção em outras doenças infantis.

As taxas de mortalidade por câncer são as melhores medidas do progresso na luta contra o câncer (Extramural Committee Access Measures of Progress Against Cancer, 1990). No Brasil, em 2018, a mortalidade por câncer em crianças e adolescentes com idade entre 1 e 19 anos correspondeu a 7,8% de todos os óbitos, colocando-se, assim, como a segunda causa de morte nesta faixa etária. (BRASIL, 2020)

O câncer infanto-juvenil deve ser estudado separadamente do câncer do adulto por apresentar diferenças nos locais primários, diferentes origens histológicas e diferentes comportamentos clínicos. Tende a apresentar menores períodos de latência, costuma crescer rapidamente e torna-se bastante invasivo, porém responde melhor à quimioterapia. (MELO et al., 2010)

A maioria dos tumores pediátricos apresenta achados histológicos que se assemelham a tecidos fetais nos diferentes estágios de desenvolvimento, sendo considerados embrionários. Essa semelhança a estruturas embrionárias gera grande diversidade morfológica resultante das constantes transformações celulares, podendo haver um grau variado de diferenciação celular. Por essa razão, as classificações utilizadas nos tumores pediátricos diferem das utilizadas nos adultos, sendo a morfologia o principal aspecto considerado. (INCA, 2017)

Para descrever a epidemiologia do câncer em uma população é necessário conhecer sua incidência, mortalidade e sobrevida. A incidência é conhecida pelos registros de câncer de base populacional, que através de um processo contínuo e sistemático de coleta

de dados registra todos os casos novos de câncer que ocorram em uma determinada população de uma área geográfica definida. A mortalidade é conhecida utilizando-se as informações dos bancos de dados de registros vitais. (INCA,2012)

A sobrevida pode ser estudada por meio de registros populacionais, registros hospitalares e estudos clínicos controlados. Os estudos clínicos consistem no “padrão ouro” para avaliar o tratamento e, junto aos registros hospitalares, representam somente uma parte da população selecionada, pois dependem de padrões de encaminhamento hospitalar e critérios de elegibilidade dos pacientes. Os estudos baseados em registros populacionais são essenciais para medir o impacto do tratamento e do sistema de saúde do país ou região. (RANGEL et al., 2013)

Manifestações Orais

O tipo e o grau de malignidade do tumor, a dose das drogas utilizadas, a duração da quimioterapia, a idade e o nível de higiene oral, antes e durante a terapia, são fatores determinantes para a severidade das complicações bucais. Cerca de 70% dos pacientes com câncer farão uso da quimioterapia durante o tratamento. Destes, 40% desenvolveram complicações orais, uma vez que os quimioterápicos atuam nas células em proliferação, sem distinguir as células malignas das células normais da mucosa bucal . (LOPES et al., 2012).

Variáveis relacionadas com a terapia, como o tipo de droga, a dose e frequência do tratamento, juntamente com variáveis relacionadas ao paciente, como a idade, diagnóstico e o nível de higiene bucal antes e depois do tratamento, afetam a frequência com que os pacientes submetidos à quimioterapia apresentam problemas bucais. (MARTINS, 2002 apud LOPES, 2012).

No estudo de Ribas e Araújo (2009), os tipos de leucemia encontrados nos pacientes avaliados foram linfoblástica aguda (73,7%), mielóide aguda (17,3%) e mielóide crônica (10,0%), e as lesões orais estiveram presentes com maior frequência nas fases de indução e de recidiva, independentemente do protocolo utilizado. Neste estudo, a leucemia foi o tumor de maior prevalência em relação às manifestações orais, representando 50,51% dos casos.

Os quimioterápicos são drogas que atuam principalmente sobre as células tumorais; no entanto, causam danos principalmente aos tecidos da mucosa oral com rápida invasão celular. A quimioterapia antineoplásica gera imunossupressão e alterações na cavidade oral, que muitas vezes pioram o quadro geral dos pacientes, ocasionando interrupção do tratamento e grande morbidade. As lesões na cavidade oral compreendem as mais frequentes complicações da quimioterapia antineoplásica devido à alta sensibilidade dos tecidos e das estruturas bucais aos efeitos tóxicos dos quimioterápicos. (HESPANHOL et al., 2010)

As principais complicações orais oriundas do tratamento quimioterápico são a

mucosite, a xerostomia e as infecções bacterianas, viróticas ou fúngicas, comprometendo a qualidade de vida desses pacientes, conforme relatado por Fernando Luiz (2007). As manifestações orais podem ser graves e interferir nos resultados da terapêutica médica, levando a complicações sistêmicas importantes. As infecções por microrganismos oportunistas (*Candida albicans*, herpes simples vírus, citomegalovírus, varicela zoster) são frequentes e tendem a potencializar os sinais e sintomas. Um dos efeitos colaterais da quimioterapia de grande relevância para a odontologia, embora raro, representando apenas cerca de 6% das complicações bucais, é a neurotoxicidade (HENRIQUE, 2007).

Devido às sessões de quimioterapia é comum que o indivíduo tenha uma imunossupressão, ocasionando diversas alterações fisiológicas, sendo uma delas as manifestações bucais. Segundo Tinoco (2010), após a análise de 97 prontuários em um determinado centro de saúde, foi detectado que 68% dos pacientes não apresentavam nenhum relato de manifestação oral depois da quimioterapia, gerando dúvidas se a enfermidade foi relatada no prontuário do paciente ou não, confirmando assim, a importância de um profissional da odontologia na equipe.

No mesmo estudo, analisou-se que a mucosite foi a lesão mais assídua encontrada dos 15% dos pacientes restantes e que constava no prontuário. A presença dessas alterações estava relacionada com o uso dos antineoplásicos aplicados durante a quimioterapia. A xerostomia foi a segunda alteração mais encontrada, seguida pela candidíase, no qual a prevalência era em pacientes do sexo feminino, provocada repetidamente em virtude do tratamento.



FIGURA 1: Paciente do gênero feminino, com leucemia, em tratamento quimioterápico, exibindo saúde bucal desfavorável (presença de placa bacteriana sobre os dentes); lábios ressecados, sugerindo xerostomia e mucosite na gengiva inserida (LOPES et al.,2012).

O estudo de Velten (2014), corrobora com o anterior, onde observa-se que a manifestação mais predominante era a xerostomia, principalmente em crianças de faixa etária de 1 a 8 anos de idade, do sexo masculino e que não procuraram um cirurgião dentista para realizar algum tipo de tratamento após aparição das alterações.

As manifestações encontradas por Velten, estão diretamente ligadas à suas enfermidades e a terapia que a mesma realiza, podendo ser classificadas em primárias, secundárias e terciárias. As manifestações bucais primárias ocorrem devido à infiltração dos tecidos orais por células leucêmicas, as secundárias estão associadas à trombocitopenia e à imunossupressão causadas pela leucemia e as terciárias são resultado da quimioterapia. Infecções e agravamento de doenças bucais pré existentes também podem ocorrer.

Conforme Jesus (2016), as manifestações relacionadas às terapias antineoplásicas são devido a duração e a frequência do tratamento proposto, além do tipo de câncer que está diretamente correlacionado, apresentando distintas reações adversas como as severas alterações na mucosa bucal já citadas anteriormente. O autor relata que o uso constante de alguns fármacos, utilizados em distintos protocolos, podem estar associados como: a cisplatina, o fluoracil, o metotrexato e a ciclofosfamida.



Figura 2: Paciente em tratamento quimioterápico, apresentando mucosite na mucosa labial inferior com área eritematosa e lesão traumática com formação de coágulo sanguíneo. (LOPES et al.,2012).

CONCLUSÕES

O estudo do aparecimento de manifestações orais em crianças a partir do uso de terapias realizadas com uso de antineoplásicos é, portanto, de suma importância para melhoria do tratamento do câncer infantil. Visando informar e conscientizar a notoriedade do acompanhamento de um profissional odontólogo para uma melhor consistência e confiabilidade durante o processo terapêutico, evidenciando assim a relevância da higiene bucal nesses pacientes e instigar minimização dos efeitos adversos e possíveis complicações geradas a partir do protocolo medicamentoso usado em hospitais e órgãos especializados na área oncológica. Podendo assim haver possível melhoria no tratamento do câncer infanto-juvenil no que se refere a mucosites e outras lesões na mucosa oral.

REFERÊNCIAS

AJANI J.A. **Future developments in esophageal cancer research.** Gastroenterol Clin North. Am. 2009;38(1):183-8.

BOYLE P.; LEVIN B. **World cancer report.** Lyon: IARC Press; 2008. 510 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde-Datasus. **Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def> . Acessado em 07 de Junho de 2020.

DE ALBA L.M.D, CASTRO F.M.R. **Factores de riesgo de desarrollo de cáncer de laringe en población adulta del Hospital Español de México- Servicio de Otorrinolaringología-** Hospital Ángeles Lomas, México DF, México. Acta Otorrinolaringol. Esp. 2008;59(8):367-70.

DROPPELMANN. N.M. et al. **Nuevas terapias sistémicas para el tratamiento del melanoma***. Rev Chil Cir. Vol 68 - No 1, Febrero 2016; pág. 81-86

EBNÖTER E. **Câncer do útero: carcinoma endométrico, carcinoma do corpo do útero.** Krebsliga. Available.2011.

GRANER, R. O M. et al. **Aspectos microbiológicos da placa dental. FOP-UNICAMP,** 2005.

HESPANHOL. F.L. et al. **Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia.** Ciência e saúde coletiva. 2010.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Câncer na criança e no adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade.** Rio de Janeiro: INCA; 2008. 220 p.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional, vol. IV.** Rio de Janeiro: INCA; 2010. 487 p.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Carcinoma epidermóide da cabeça e pescoço.** Verbrascancerol. Condutas do INCA/MS.2001;47(4):361-76

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Incidência do câncer no Brasil. Estimativas-2020.** Rio de Janeiro: INCA; 2020. 33 p.

Instituto Nacional de Câncer. (Brasil). **A situação do câncer no Brasil. Ministério da Saúde.** 2006.

Instituto Nacional do Câncer. (Brasil). **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil.** Ministério da Saúde. 2017.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Manual de rotinas e procedimentos para Registros de Câncer de Base Populacional.** Rio de Janeiro: INCA; 2012. II edição.

JESUS, L. G; CICHELLI, M.; MARTINS, G.B.; PEREIRA, M.C.C.; LIMA, H.S.; MEDRADO, A.R.A.P. **Oral effects of anticancer drugs: a literature review.** RFO, Passo Fundo. v. 21, n. 1, p. 130-135, jan./abr. 2016

LEE A., MORRIS J. **Gastrointestinal disorders.** In: Lee A, editor. **Adverse Drug Reactions.** London: Pharmaceutical Press. 2001. p. 45-75.

LOPES, I. A; NOGUEIRA, D. N; LOPES, I. A. **Manifestações Orais Decorrentes da Quimioterapia em Crianças de um Centro de Tratamento Oncológico.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 12(1):113-19, jan./mar., 2012.

MANFRO G., DIAS F.L, SOARES J.R.N., LIMA R.A, REIS T. **Relação entre idade, sexo, tratamento realizado e estágio da doença com a sobrevida em pacientes terminais com carcinoma epidermóide de laringe.** Rev bras cancerol. 2006;52(1):17-24.

MARTINS D., MARTINS M.A, SENEDA L.M. **Suporte odontológico ao paciente oncológico: prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das sequelas bucais.** Prat Hosp. 2005; 7(41):166-169.

MELO, A. U. C. et al. **Prevalência de Tumores Malignos Infanto-juvenil de Região de Cabeça e Pescoço.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 10(3):493-498, set./dez. 2010

RANGEL, M. R. U. et al. **Câncer Pediátrico: Incidência, Sobrevida e Mortalidade em Sergipe.** Interfaces Científicas -Saúde e Ambiente, Aracaju, V.1, N.3,p. 9-20, jun. 2013.

REGEZI J.A et al. **Oral Pathology – Clinical Pathologic Correlations.** 2008, W. B. Saunders Company: Philadelphia. 143-152.

SILVA, J.A.G. **Estimativa/2012, incidência de câncer no Brasil.** Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer. 2011

SIEGEL R., MILLER K., JEMAI A. **Cancerstatistics.** CA Cancer J Clin. 2015;65:5-29.

SAWAIR, F.A. **Does smoking really protect from recurrent aphthous stomatitis?** Ther Clin Risk Manag. 2010 Nov 22;6:573-7.

TINOCO, E.M.B et al. **Buccal manifestations in patients submitted to chemotherapy.** Ciência e Saúde coletiva. 2010

VELTEN, D.B. **Manifestações Bucais em Crianças e Adolescentes com Câncer em Tratamento Quimioterápico.** Universidade Federal do Espírito Santo Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva Mestrado em Saúde Coletiva. 2014.

HIDROCLOROTIAZIDA: FATOR DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE CÂNCER DE PELE?

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 20/06/2020

Adriana Cristhian Cardoso Sobrinho

Universidade de Rio Verde – UniRV

Rio Verde-Goiás

<http://lattes.cnpq.br/1252639708445493>

Andressa de Oliveira

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

Porto - ITPAC Porto

Porto Nacional – Tocantins

<https://www.cnpq.br/cvlattesweb/>

PKG_MENU.menu?f_

cod=E9E22E461A373E7E79558B457C18938D#

Antonio Walberto Oliveira Gonçalves

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

Porto - ITPAC Porto

Porto Nacional - Tocantins

<http://lattes.cnpq.br/0853835911826791>

Fátima Lemes de Oliveira

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

Porto - ITPAC Porto

Porto Nacional - Tocantins

<http://lattes.cnpq.br/6696375035899404>

Gabriella Machado Silva Freitas

Universidade de Rio Verde - UNIRV

Rio Verde-Goiás

<http://lattes.cnpq.br/7903316201885849>

Iara Sampaio

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

Porto - ITPAC Porto

Porto Nacional - Tocantins

<http://lattes.cnpq.br/7232838105722857>

Jady Rodrigues de Oliveira

Universidade de Rio Verde – UniRV

Rio Verde-Goiás

<http://lattes.cnpq.br/2709148387221545>

Letícia Gomes Alves

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

Porto - ITPAC Porto

Porto Nacional - Tocantins

<http://lattes.cnpq.br/7714424449432782>

Maisa Sampaio

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

Porto - ITPAC Porto

Porto Nacional - Tocantins

<http://lattes.cnpq.br/6749571999629649>

Mariana Carvalho Caleffi

Universidade de Rio Verde – UniRV

Rio Verde-Goiás

<http://lattes.cnpq.br/0046944431160242>

Rubens Gabriel Martins Rosa

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

Porto - ITPAC Porto

Porto Nacional - Tocantins

<http://lattes.cnpq.br/1239390277234633>

Stéffany Ferreira

Universidade de Rio Verde - UniRV

Rio Verde - GO

<http://lattes.cnpq.br/0275989489653384>

RESUMO: Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia, o câncer de pele é uma doença provocada pelo crescimento anormal e descontrolado das células que compõem a pele, sendo que de acordo com a camada de células afetada, é definido o tipo de câncer. Os mais comuns são os carcinomas basocelulares e espinocelulares, felizmente, são bem menos letais que os melanomas. A hidroclorotiazida é um diurético tiazídico que compõe há décadas, o arsenal terapêutico de primeira linha para controlar a hipertensão arterial, com impacto significativo na redução de suas complicações, como os acidentes vasculares encefálicos e infarto agudo do miocárdio. Porém, estudos recentes sugeriram que essa medicação, aumentaria o risco de câncer de pele não melanoma. O objetivo dessa revisão é apresentar a interferência do medicamento hidroclorotiazida ao surgimento do câncer de pele não melanoma, além do câncer de lábio e alguns subtipos de melanoma. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica, por meio de uma revisão da literatura atual da área da saúde. As bibliotecas virtuais PubMed, Medline, Lilacs, Scielo e Redalyc foram consultadas, utilizando-se os termos de busca “câncer de pele, hidroclorotiazida”. Essas pesquisas que correlacionaram a hidroclorotiazida e os carcinomas, em sua maioria, basearam-se na maior sensibilização da pele à luz, que o medicamento provoca, assim quando há a exposição aos raios solares, há maior predisposição às lesões cancerosas. Dessa forma, como esse assunto ainda recebe investigação adequada pela comunidade científica, é recomendável individualizar a conduta para cada paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Diurético, anti- hipertensivo, carcinoma basocelular

HYDROCHLOROTHIAZIDE: RISK FACTOR FOR DEVELOPMENT OF SKIN CANCER?

ABSTRACT: According to the Brazilian Society of Dermatology, skin cancer is a disease caused by the abnormal and uncontrolled growth of the cells that make up the skin, and the agreement with the layer of affected cells is defined or the type of cancer. The most common are basal and squamous cell carcinomas, fortunately, they are much less lethal than melanomas. A hydrochlorothiazide is a thiazide diuretic that has been used for decades, or the first-line therapeutic arsenal to control hypertension, with a significant impact in reducing its complications, such as strokes and acute myocardial infarction. However, recent studies have suggested that this medication increases the risk of non-melanoma skin cancer. The purpose of this review is to present the interference of the drug hydrochlorothiazide in the treatment of skin cancer, in addition to lip cancer and some melanoma subtypes. A bibliographic research was carried out, through a review of the current health literature. How the PubMed, Medline, Lilacs, Scielo and Redalyc virtual libraries were consulted, using the search terms “skin cancer, hydrochlorothiazide”. These researches correlate hydrochlorothiazide and carcinomas, mostly, based on the greater sensitization of the skin to light, to the drug caused, as well as when there is exposure to sunlight, greater predisposition to cancerous lesions. Thus, as this subject still receives adequate investigation by the scientific community, it is recommended to individualize a conduct for each patient.

KEYWORDS: Diuretic, antihypertensive, basal cell carcinoma

1 | INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, correspondendo a 15% do peso total do indivíduo adulto. É o órgão que reveste e delimita o organismo, protegendo-o contra o calor, a luz e as infecções, além de ser responsável pela regulação da temperatura corpórea e auxiliar nas reservas de água, vitaminas e lipídios. (BRADORD, 2009). Como qualquer outro órgão, pode ser afetada por diversas patogenias, o que irá determinar alterações microscópicas e que, macroscopicamente, serão evidenciadas pelas lesões elementares. Dentre as patogenias, há as neoplasias de pele, que pelo aumento do número de casos, tem sido muito evidenciadas. Esta doença, é provocada pelo crescimento desordenado das células da pele e geralmente é desencadeada por fatores externos e internos. (CAFRI, THOMPSON, JACOBSEN, 2006). As neoplasias malignas podem ser divididas em dois grupos: melanoma e não melanoma –carcinomas basocelular e espinocelular. Todos têm um excelente prognóstico se descobertos precocemente, mas com alto risco de metástase se o diagnóstico for tardio. O carcinoma basocelular geralmente tende a ser de crescimento lento e é muito raro metastizar, já o carcinoma espinocelular frequentemente são mais agressivos do que o carcinoma basocelular, sendo mais propenso a metástase. (BRADORD, 2009). Por isso, a importância de evitar os fatores carcinogênicos – Físicos (raios ultravioletas, radiação ionizante, calor e traumatismo); Químicos (alcatrão e seus derivados, arsênicos); e os biológicos (vírus, medicamentos, hormônios). (CAFRI, THOMPSON, JACOBSEN, 2006)

2 | OBJETIVO

O objetivo deste presente estudo é apresentar a interferência do medicamento hidroclorotiazida com o surgimento do câncer de pele não melanoma, além do câncer de lábio e alguns subtipos de melanoma.

3 | MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica, por meio de uma revisão da literatura atual da área da saúde. As bibliotecas virtuais PubMed, Medline, Lilacs, Scielo e Redalyc foram consultadas, utilizando-se os termos de busca “câncer de pele, hidroclorotiazida”. Dentre os critérios de seleção: 1) Publicações a partir de 2000; 2) Estudos empíricos (clínicos), revisões sistemáticas sobre o assunto e relatos de caso. Os artigos fornecidos pelas bibliotecas virtuais em resposta aos termos de busca passaram por uma triagem, sendo que só foram avaliados aqueles artigos que atendiam aos critérios de inclusão. Foram encontrados 390 artigos, do qual foram escolhidos apenas 20 para estudo. Cada um dos artigos foi lido na íntegra para que fossem registrados em uma tabela específica para

discutir os dados existentes sobre o tema.

4 | RESULTADOS

O câncer de pele é a neoplasia mais incidente no Brasil, correspondendo a cerca de 33% de todos os diagnósticos desta doença no país. O Instituto Nacional do Câncer, registra por ano, cerca de 200 mil novos casos. (ANVISA et. al., 2018)

O câncer de pele é uma doença provocada pelo crescimento anormal e descontrolado das células que compõem a pele, e de acordo com a camada afetada, é definido o tipo de câncer. Os mais comuns são os carcinomas basocelulares e espinocelulares, que felizmente são menos letais que o melanoma, que é o tipo mais agressivo de câncer de pele. (INCA, 2008). O tipo mais prevalente, correspondendo a cerca de 70% dos cânceres não-melanomas, é o carcinoma basocelular (CBC) ou carcinoma tricoblástico. É um tumor constituído de células morfológicamente semelhantes às células basais, com crescimento lento e capacidade de invasão epitelial localizada, porém destrutiva (deixando muitas sequelas). (GALLAGHER, 2006). Tem baixa letalidade e é a neoplasia maligna com melhor prognóstico. Sua frequência entre os indivíduos brancos é maior quanto mais claro for o indivíduo (olhos claros, cabelos loiros, ruivos, pele que não se pigmenta com a exposição solar), sendo a melanina um fator protetor, por isso, a menor incidência em negros. (CASTILHO, SOUZA, 2007). Assim também, esse tipo de câncer surge mais comumente em áreas fotoexpostas, como a face, orelhas, pescoço, couro cabeludo e costas. A lesão que mais caracteriza o CBC, é a lesão “perolada”, ou seja, uma pápula translúcida, brilhosa, amarelo-palha, com crosta central e de fácil sangramento. É composto por vários subtipos, sendo que cada um tem suas particularidades: papulonodular, ulcerada, terebrante (grande destruição da face), plano cicatricial, superficial, esclerodermiforme, pigmentada, vegetante, e outros subtipos menos comuns. A evolução da doença é muito lenta, e o prognóstico é geralmente bom, porém depende muito da localização e da manifestação clínica. A dermatoscopia é de grande valia na análise inicial das lesões, mas o diagnóstico definitivo é feito com histopatologia (SBD, 2008)

O segundo mais prevalente, é o carcinoma espinocelular (CEC), que se origina na proliferação anormal de queratinócitos epidérmicos. Também chamado de escamoso ou epidermóide, está associado à inflamação crônica, lacerações, queimaduras (úlceras de Marjolin), além da epidermólise bolhosa. (INCA, 2008). Geralmente, acomete áreas fotoexpostas, mucosas e semimucosas (boca, lábio inferior, glândula e vulva), apresentando-se em formas de pápulas, placas, nódulos ásperos e eritematosos com bordas de crostas bem demarcadas. Há três variantes, são elas: carcinoma verrucoso plantar, carcinoma verrucoso da região anourogenital e carcinoma verrucoso da cavidade oral. A evolução é lenta, porém bem mais rápida que a do CBC, mas se descoberto de forma precoce, as taxas de curas são de quase 96%.

Por fim, e o menos frequente dentre os cânceres de pele, há as neoplasias melanocíticas, que apesar de sua baixa incidência, tem apresentado um crescimento significativo em populações de pele clara. Este, se origina nos melanócitos, as células produtoras de melanina e que dão a pigmentação da pele. Geralmente tem a aparência de uma pinta ou de um sinal na pele, em tons acastanhados ou enegrecidos, que geralmente mudam de cor, formato e tamanho. Aparecem em áreas mais difíceis de serem visualizadas, como nas pernas, em mulheres e no tronco, nos homens. Em estágios iniciais, o melanoma se desenvolve apenas na camada mais superficial da pele, o que facilita a remoção cirúrgica e a cura do tumor. Nos estágios mais avançados, a lesão é mais profunda e espessa, o que aumenta a chance de metástases, e diminui as possibilidades de cura.

Todos os cânceres de pele devem ser diagnosticados e tratados o mais precocemente possível, inclusive os de baixa letalidade, que são os que mais provocam lesões mutilantes ou desfigurantes em áreas expostas do corpo. Felizmente, há diversas opções terapêuticas para o tratamento do câncer da pele não-melanoma. A modalidade escolhida varia conforme o tipo e a extensão da doença, mas, normalmente, a maior parte dos carcinomas basocelulares ou espinocelulares pode ser tratada com procedimentos simples, como a cirurgia excisional, curetagem, eletrodissecção, criocirurgia, cirurgia micrográfica de Mohs e a terapia fotodinâmica. Já no melanoma, o tratamento varia conforme a extensão, agressividade e localização do tumor. As modalidades mais utilizadas são a cirurgia excisional e a Cirurgia Micrográfica de Mohs. Na maioria dos casos, o melanoma metastático não tem cura, por isso é importante detectar e tratar a doença precocemente.

Dentre os fatores de risco que contribuem para o surgimento das lesões na pele, além da exposição solar, há os fatores genéticos e história familiar de câncer de pele, estes, já estão bem definidos. Além destes, estudos recentes apontam o medicamento hidroclorotiazida, como um fator de risco bem relevante e que não pode ser ignorado.

A hidroclorotiazida é um diurético tiazídico, que diminui a pressão arterial inicialmente por aumentar a excreção de sódio e água. Assim, há redução do volume extracelular, diminuindo o débito cardíaco e o fluxo sanguíneo renal. Esse medicamento, compõe há décadas, o arsenal terapêutico de primeira linha para controlar a hipertensão arterial e edemas, com impacto significativo na redução de suas complicações, como os acidentes vasculares encefálicos e infarto agudo do miocárdio, que também são as principais causas de morte no Ocidente.

Diante disso, nos últimos anos, alguns estudos epidemiológicos afirmaram que pacientes que faziam uso cumulativo de hidroclorotiazida diariamente por mais de seis anos apresentavam risco 29% maior de desenvolver carcinoma basocelular, além de ter quase quatro vezes maior probabilidade de ter carcinoma espinocelular (Martin,2018). Estes estudos, apontaram também a relação dose resposta, sendo observada maior incidência do câncer de pele não melanoma, quanto maior a dose. (Martin,2018).

Essas pesquisas que correlacionaram a hidroclorotiazida e os carcinomas, em

sua maioria, basearam-se na maior sensibilização da pele à luz, que o medicamento provoca, assim quando há a exposição aos raios solares, há maior predisposição às lesões cancerosas. (CASTILHO, SOUZA, 2007). Contudo, apesar dessa provável relação, como já citado, o câncer de pele não melanoma é o tipo mais frequente no Brasil, e um dos seus principais fatores de risco é a exposição solar, assim como, a realização desses estudos avaliaram em grande parte uma população de etnia do Norte da Europa, de pele clara, com fototipo similar ao da população do Sul do Brasil, são pessoas mais sensíveis aos efeitos na pele das radiações ultravioleta solar e artificial, ou seja, sem a fotoproteção adequada, já aumentaria de maneira exponencial a chance do carcinoma (Criado, 2018). Assim também, como já citado, vários fatores influenciam no crescimento anormal e descontrolado das células no carcinoma basocelular, como: pele clara, olhos claros, cabelo ruivo, efélides, exposição solar, radiação terapêutica, exposição ao arsênico, imunossupressão (transplantados), tabagismo (pequeno risco) e nevo sebáceo de Jadassohn, sendo a hidroclorotiazida possivelmente mais um deles (Fontenela, 2019). Desse modo, acredita-se que não só o medicamento isolado, mas vários fatores de risco atuando concomitantemente que vão causar esse dano às células e assim desenvolver possivelmente um câncer. (GALLAGHER, 2006).

5 | CONCLUSÃO

É evidente que tanto o câncer de pele quanto a hipertensão arterial sistêmica são doenças graves, e causam repercussões nas diversas esferas da vida dos afetados. Dessa forma, como esse assunto ainda recebe investigação adequada pela comunidade científica, é recomendável individualizar a conduta para cada paciente, assim também, é necessário que as pessoas que possuem a pele muito clara e fazem uso deste medicamento, seja informados pelos profissionais sobre o maior risco de câncer de pele, principalmente nos pacientes que fazem o uso prolongado, ficando ainda mais em alerta sobre os sinais da doença. Qualquer lesão cutânea com aspecto pouco usual ou persistente deve ser relatada pelo paciente, analisada pelo médico e se necessário, encaminhado a um dermatologista, para melhor investigação. Em contraponto, em hipótese nenhuma deve ser suspenso o tratamento com hidroclorotiazida sem acompanhamento de um cardiologista, ou médico qualificado, principalmente devido às enormes consequências que podem advir dessa retirada do medicamento. Além disso, é de extrema importância, o uso de filtros solares e outros hábitos diários de fotoproteção, com atenção redobrada e visando o diagnóstico precoce do câncer não melanoma e a instituição de um tratamento imediato, para que possam diminuir as complicações associadas à doença. (SBD, 2008)

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - **Hidroclorotiazida - Busca**. Brasília: Anvisa; 2018 [citado em 2018 Dez 26]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>
- BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE- Brasília: **Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, Coordenação Geral de Economia da Saúde;** c2013-2019 [citado em 2019 Fev 7]. Disponível em: <http://bps.saude.gov.br>
- BRADORD, P. T. **Skin cancer in skin of color**. Dermatol Nurs. 2009 Jul-Aug;21(4):170- 178.
- CAFRI G, THOMPSON JK, JACOBSEN PB. **Appearance reasons for tanning mediate the relationship between media influence and UV exposure and sun protection**. Arch Dermatol. 2006;142:1067-9.
- CASTILHO IG, Sousa MAA, Leite RMS An Bras Dermatol. 2010;85(2):173-8. **15 anos ou mais de 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, 2002-2003**. Cad. Saúde Pública. 2007;23:823-34.
- INCA. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2007. 94 p. [acesso 12 Nov. 2008]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>.
- GALLAGHER RP, LEE TK. **Adverse effects of ultraviolet radiation: a brief review**. Prog Biophys Mol Biol. 2006;92:119-31.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Características étnico-raciais da população: classificações e identidades**. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [citado em 2018 Dez 28]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br>
- INSTITUTO NACIONAL DE CANCER - **Câncer de pele não melanoma – versão para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: INCA; 2018 [citado em 2019 Fev 7]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-naomelanoma/profissional-de-saude>
- MARTINEZ MAR, Francisco G, Cabral LS, Ruiz IRG, Neto CF. **Genética molecular aplicada ao câncer cutâneo não melanoma**. An Bras Dermatol. 2006;81:405-19.
- MOREIRA J, MOREIRA E, AZEVEDO F, MOTA A. **Melanoma maligno cutâneo: estudo retrospectivo de sete anos (2006-2012)**. Acta Méd Port. 2014;27(4):480-8.
- NAHHAS AF, SCARBROUGH CA, TROTTER S. **A Review of the Global Guidelines on Surgical Margins for Nonmelanoma Skin Cancers**. J Clin Aesthet Dermatol. 2017 Apr;10(4):37-46.
- SBD. **Campanha nacional de prevenção ao câncer de pele. Prevenção ao câncer da pele**. 2007. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia. [acesso 12 Nov 2008]. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/publico/cancer/campanha.aspx>.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005**. An Bras Dermatol. 2006;81:533-9.
- SOUZA SRP, Fischer FM, Souza JMP. **Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura**. Rev. Saúde Pública. 2004;38:588-98.

ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FORTALEZA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 03/04/2020

Fernanda Castro Silvestre

Coordenadora do Programa de Cessação ao Tabagismo na Unidade de Atenção Primária a Saúde Regina Maria da Silva Severino

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1376316435822429>

Tiago Araújo Monteiro

Coordenador Adjunto do Programa de Cessação ao Tabagismo na Unidade de Atenção Primária a Saúde Regina Maria da Silva Severino

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8680704454514934>

RESUMO: A atenção básica, como via de primeiro acesso ao usuário, encontra-se em posição estratégica para o desenvolvimento de atividades voltadas para o cuidado da pessoa tabagista, no que condiz a prevenção e ao tratamento. Com objetivo de promover saúde, foi realizado na unidade um processo de triagem com anamnese e aplicação do Questionário de Tolerância de *Fagerström*. Posteriormente, pessoas que desejavam cessar o hábito de fumar, participaram de encontro grupais e em seguida ao acompanhamento individual

do usuário em consulta compartilhada com medicina e psicologia. Conforme demanda, o cliente poderia ser acompanhado por outras categorias como educação física, fisioterapia, nutrição e odontologia. O tratamento foi realizado de forma multidisciplinar, contando com o suporte da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo, clínica do fumante na atenção básica, cessação de tabagismo.

APPROACH AND TREATMENT OF SMOKING IN A BASIC HEALTH UNIT IN FORTALEZA

ABSTRACT: Primary health care, as a first point of access to the user, is in a strategic position for the development of activities aimed at the care of smokers, with regard to prevention and treatment. In order to promote health, a screening process with anamnesis and application of the *Fagerström* Tolerance Questionnaire was carried out at the unit. Subsequently, people who wished to quit smoking participated in group meetings and then the individual monitoring of the user in a shared consultation with medicine and psychology. As required, the client could be accompanied by other specialties such as

physical education, physiotherapy, nutrition and dentistry. The treatment was carried out in a multidisciplinary way, with the support of the Family Health Strategy (ESF) and the Extensive Hub for Family Health (NASF).

KEYWORDS: Smoking, smoker's clinic in primary care, smoking cessation.

1 | INTRODUÇÃO

O tabagismo é um dos mais importantes problemas de saúde pública característico apenas da espécie humana. O panorama mundial revela alta frequência de dependência do tabagismo em ambos os sexos, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento (BRASIL, 2011). Atualmente, existem cerca de 1,3 bilhão de pessoas fumantes no mundo, sendo um bilhão aproximadamente do sexo masculino. Desde o final da década de 1980, a promoção da saúde, a gestão e a governança do controle do tabagismo no Brasil vêm sendo articuladas pelo Ministério da Saúde por meio do INCA, em consonância com o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) (BRASIL, 2011).

O consumo do tabaco é visto como um problema prevalente no país, contribui diretamente para o desenvolvimento de diversos agravos de saúde: doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas (FRANCA, et al, 2015). A realização do grupo foi motivada pela expressiva procura de usuários por este serviço. A secretaria municipal de saúde a fim de diminuir a grande demanda reprimida, buscou capacitar os profissionais da atenção básica e descentralizar os atendimentos, proporcionando o atendimento mais próximo da residência do usuário e efetivar o vínculo com a equipe de saúde que o acompanha. Este trabalho é de grande magnitude para o fortalecimento de políticas públicas, proporcionando reabilitação, cura, promoção e prevenção da saúde. Objetivou-se relatar a experiência dos quatro grupos de cessação ao tabagismo realizado em uma unidade de saúde no período de 2018 a 2019, no município de Fortaleza – CE.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, de abordagem qualitativa descritiva, sobre o grupo de cessação de tabagismo em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), onde foi desenvolvido quatro grupos entre os anos de 2018 a 2019 na unidade de saúde do Município de Fortaleza-CE. A primeira etapa foi a realização da divulgação do grupo com as datas para a triagem dos usuários que tinham interesse em parar de fumar. A realização desta triagem ocorria de forma individual com a psicóloga, nesse processo foi possível identificar o interesse e comprometimento do usuário com o tratamento de cessação do fumo. Após a triagem foi marcado os quatros encontros com o

grupo vigente. A seguir foi desenvolvido um planejamento dos encontros, a partir do que precisaria ser abordado nos primeiros quatro encontros (encontros estes, obrigatórios para a permanência no grupo). Segue abaixo o planejamento realizado e que foi aplicado em todos os grupos.

	Facilitadores: Psicóloga e Médico.	TEMPO
Acolhimento	Apresentação dos profissionais que compõe a equipe. Explicar o funcionamento dos encontros e as penalidades devido ao absenteísmo aos encontros. Dinâmica de apresentação dos participantes. Dinâmica de relaxamento instruída pela fisioterapeuta da unidade. Exercício respiratórios expansivos e alongamentos globais. Visualização Jacobsoniana.	15 minutos
Atividade Vivencial	1º ENCONTRO: Entrega do livreto: <i>Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde</i> . Aplicação dos testes e discussão dos temas abordados pelo manual. Materiais: Manual do participante – sessão 1. 2º ENCONTRO: Entrega do livreto: <i>Os primeiros dias sem fumar</i> . Leitura e aplicação dos testes propostos pelo manual. Construção de momento terapêutico, escuta dos participantes. Materiais: Manual do participante – sessão 2. 3º ENCONTRO: Entrega do livreto: <i>Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar</i> . Discussão dos pontos de estresse que os leva a fumar. Desenvolvimento do momento terapêutico, escuta dos participantes. Materiais: Manual do participante – sessão 3. 4º ENCONTRO: Entrega do livreto: <i>Benefícios obtidos após parar de fumar</i> . Apresentação dos benefícios indiretos e a longo prazo do fim do tabagismo. Dicas para continuar sem usar o cigarro. Promoção de momento terapêutico, escuta dos participantes. Dinâmica de encerramento - ritual de apoio e palavras positivas. Materiais: Manual do participante – sessão 4	45 minutos
Fechamento	Perguntar ao grupo qual a avaliação sobre a dinâmica escolhida, comentários a respeito dos manuais lidos e discutidos. Opiniões sobre os encontros realizados. Questionar para o grupo sobre a clareza dos objetivos das reuniões. Organização das consultas individuais de cada participante. Avaliação da reunião individualizada.	30 minutos

Tabela 1. Planejamento dos Encontros do Grupo de Tabagismo

Todos os encontros ocorriam na sexta-feira à tarde, na própria unidade de saúde, com a presença dos profissionais coordenadores responsáveis pelo grupo e convidados para desenvolverem as atividades. Subsequentemente, pessoas que desejavam cessar o hábito de fumar e que realizaram a triagem, participaram de encontro grupais e em seguida ao acompanhamento individual em consulta compartilhada com psicologia e medicina. O tratamento foi realizado de forma multidisciplinar, contando com o suporte da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o intuito de universalizar o tratamento do tabagismo e reduzir a principal causa de morbimortalidade prevenível, o Ministério da Saúde realizou ajustes no programa,

responsabilizando a atenção básica e preparando profissionais da saúde para estimular o seu paciente a parar de fumar. Com objetivo de promover saúde, foi realizado o processo de triagem com psicologia e odontologia para os usuários com a intenção de cessação do tabagismo, através de anamnese, aplicação do Questionário de Tolerância de *Fagerström* e avaliação odontológica. Inicialmente foi preciso ingressar os profissionais no curso de aperfeiçoamento sobre o tema, para que os mesmos se sentissem sensibilizados e capacitados a proceder os atendimentos necessários. Segue abaixo o fluxo elaborado para a execução dos grupos realizados:

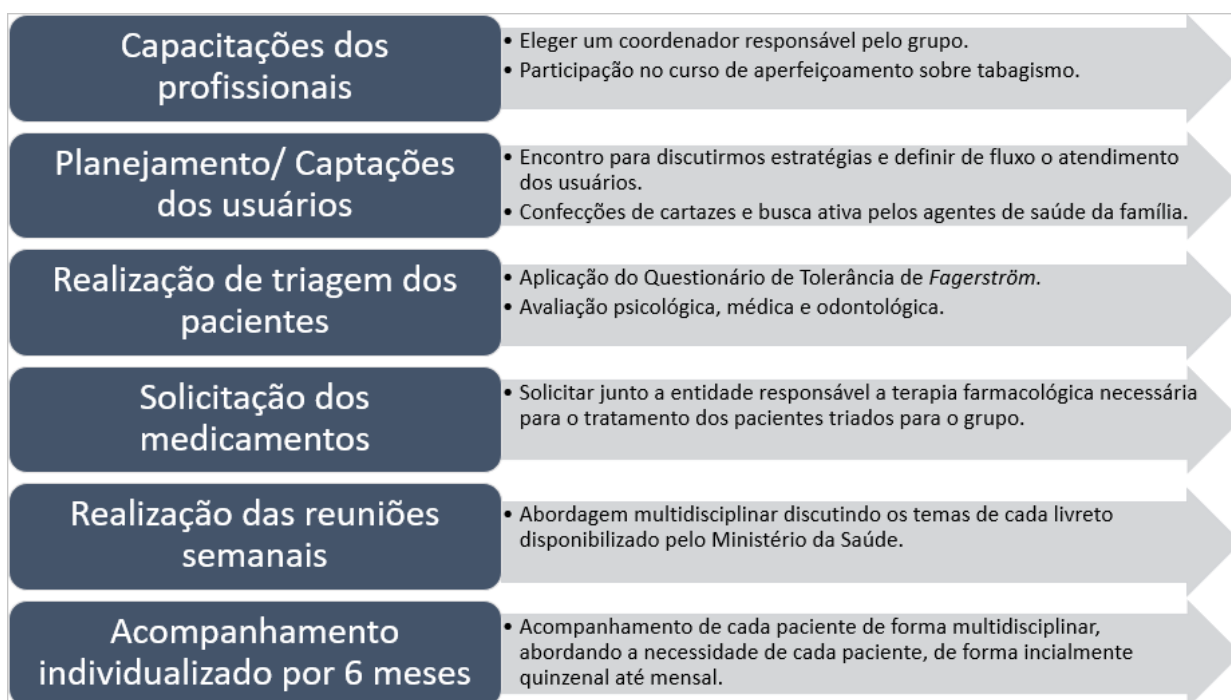


Figura 1. Sugestão de fluxograma a ser realizado para realização de grupo de cessação de tabagismo

Ao decorrer de dois anos foi realizado quatro grupos de cessação do tabagismo, através dos registros no sistema de saúde foi possível obter indicadores excelentes ao final. Durante os quatro grupos efetivados foram triados 71 pacientes no total, sendo que 60 cessaram o tabagismo, correspondendo a 84,5% do total, resultados estes de grande relevância para a saúde (Tabela 2).

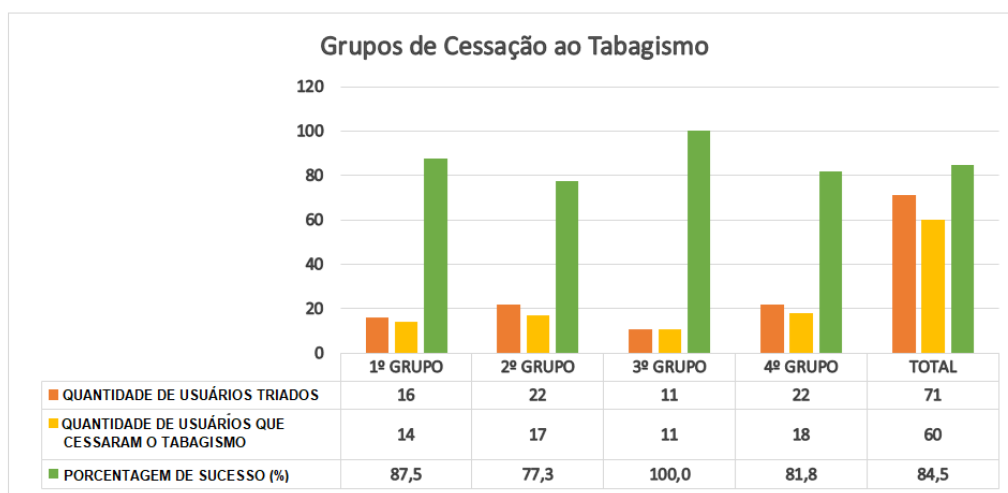


Tabela 2. Dados dos Grupos de Cessação ao Tabagismo

Os atendimentos grupais foram realizados semanalmente, em 4 encontros, de 2h. Cada encontro foi trabalhado o tema do respectivo livreto (Tabela 1), mas o diferencial foi possibilidade da escuta terapêutica proporcionada pelo profissional psicólogo, além de outras atividades propostas pela equipe multidisciplinar, relaxamento, alongamento, visualização criativa.

Os atendimentos individuais ocorreram quinzenalmente, foram voltados para avaliação de condições clínicas – comorbidades e prescrições, implementação de variações ambientais e comportamentais, análise de eventos estressantes, novas possibilidades para investir o tempo e motivação na execução de mudanças.

Segundo Murta (2005), programas de Treinamento de Habilidades Sociais (THS) vêm sendo desenvolvidos com fins de promoção da saúde, visto que, tais habilidades são reconhecidas como proteção no curso do desenvolvimento humano, apontando para habilidades sociais no que tange à análise do comportamento. Assim, são comportamentos operantes, sendo mantidos por suas consequências. Ainda segundo Murta (idem), o treino consiste em duas etapas, a avaliação e a intervenção. Caballo, 2003 (apud MURTA, 2005), afirma que “as técnicas comumente empregadas podem compreender o fornecimento de instruções, ensaio comportamental, modelação, modelagem, feedback verbal e em vídeo, tarefas de casa, reestruturação cognitiva, solução de problemas, relaxamento” (p.3). Dessa forma, essas intervenções visam modificar elementos comportamentais (ensaio comportamental), cognitivos (reestruturação cognitiva) e fisiológicos (relaxamento). Tais intervenções compreendem o treino de habilidades sociais como assertividade, empatia, manejo da raiva, dentre outros.

Segundo Del Prette e Del Prette, (2011) três técnicas são relevantes para o Treino de Habilidades Sociais. Primeiramente, a instrução, que seria utilizada para informar ao cliente quais as formas de se expressar que lhe proporcionariam maior acesso aos reforçadores desejados. A segunda técnica seria o ensaio comportamental, conhecido

como Role-Playing, facilita a discriminação e a descrição das contingências, produzindo, assim, o autoconhecimento. Essa técnica, portanto, foi um grande auxílio para que os usuários pudessem ter compreensão de quais antecedentes estão no contexto de suas respostas, e quais as consequências evidenciadas em seu comportamento.

Por fim, a tarefa de casa, foi implantada para que os usuários efetivassem a generalização em seu ambiente natural, além de ser uma forma de verificar as funcionalidades do repertório recém aprendido, promove maior sensibilidade no que toca à percepção das contingências que provocam esses comportamentos poucos assertivos.

Concomitante à terapia foi somado ao trabalho psicoterapêutico as práticas integrativas, promovidas pela equipe multidisciplinar, como uso de ventosa terapia, auriculoterapia, liberação miofascial, relaxamento e mudança de hábitos alimentares.

Com o desenvolver do tratamento os pacientes relataram: melhora da autoestima, do hálito, da coloração dos dentes e da vitalidade da pele; melhora do convívio social com pessoas não tabagistas; melhora no desempenho de atividades físicas e mudanças comportamentais.

A partir dos atendimentos e tratamento combinado, abordagem cognitivo-comportamental e medicamentos, demonstrou-se que quanto maior o número de sessões, maior é a taxa de abstinência ao tabaco alcançada. O trabalho realizado na unidade apresentou eficácia, em termos quantitativos.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, seguindo um modelo no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, associadas às medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação de fumar e proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco.

Os profissionais da Atenção Básica (AB) assumem um papel de destaque nesse cenário já que, a partir da oferta de cuidado longitudinal, integral e mais próximo ao usuário, se encontram em posição privilegiada para o fortalecimento do vínculo, aumentando sensivelmente a efetividade do tratamento para cessação de tabagismo.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Alberto José de et al. **Diretrizes para Cessação do Tabagismo**. J. bras. pneumol., São Paulo, v. 30, supl. 2, p. S1-S76, Aug. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000800002&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132004000800002>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais.** São Paulo: Santos, 2003

DEL PRETTE, A; DEL PRETTE, Z. A. P. Habilidades sociais: programas efetivas em grupo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

FRANCA, Samires Avelino de Souza et al. **Fatores associados à cessação do tabagismo.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 49, 10, 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100203&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Sept. 2019. Epub Feb 27, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049004946>.

FORTALEZA, Prefeitura Municipal de Fortaleza. Portaria 294/2015. **Diário Oficial do Município.** Fortaleza, 08 de outubro de 2015.

MURTA, Sheila Giardini. **Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional.** Psicol. Reflex. Crit. [online]. 2005, vol.18, n.2, pp. 283-291. ISSN 0102-7972.

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PÓS-ALTA DE HANSENÍASE: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 29 /04/2020

Kaic Santos Silva Pereira

Universidade Federal Fluminense

Vitória da Conquista – Bahia

<https://orcid.org/0000-0003-3295-1305>

Hebert Luan Pereira Campos dos Santos

Universidade Federal da Bahia, Instituto

Multidisciplinar em Saúde

Vitória da Conquista – Bahia

<https://orcid.org/0000-0003-3295-1305>

Mariana Sousa Santos Macedo

Universidade Federal da Bahia, Instituto

Multidisciplinar em Saúde,

Vitória da Conquista - Bahia

<https://orcid.org/0000-0003-3366-3911>

Gabriela Soledad Márdero García

Universidade Federal do Ceará

Fortaleza - Ceará

<https://orcid.org/0000-0002-0884-4721>

Tiago Sousa de Queiroz

Faculdade Independente do Nordeste

Vitória da Conquista - Bahia

<https://orcid.org/0000-0002-9694-6962>

Juliana Almeida Torres Brito

Universidade Federal da Bahia

Salvador – Bahia

<http://orcid.org/0000-0002-9575-9380>

Ricardo Evangelista Fraga

Universidade Federal da Bahia, Instituto

Multidisciplinar em Saúde

Vitória da Conquista – Bahia

<https://orcid.org/0000-0001-9345-4869>

RESUMO: A Hanseníase é definida como uma patologia crônica infectocontagiosa, que tem como agente etiológico o *Micobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, fracamente gram-negativo. É uma doença que atinge nervos periféricos e, mais especificamente, as células de Schwann, principalmente dos nervos superficiais e troncos nervosos periféricos. O preconceito, a dificuldade de acesso à atenção à saúde, a auto segregação e a falta de informação faz com que o período de pós alta se torne um problema para os pacientes afetados pela hanseníase, exigindo dos profissionais um olhar longitudinal para o portador da hanseníase. Ressaltar a atenção longitudinal do cuidado no período pós alta de hanseníase como importante fator para o bem-estar do paciente, discutir o impacto da patologia na qualidade de vida de pacientes pós alta e destacar o trabalho multiprofissional para um atendimento singular do paciente. Este estudo trata-se de uma revisão de literatura sistemática,

cuja busca foi realizada nos meios online BVS, SCIELO e LILACS. As palavras utilizadas foram: hanseníase, estigma, qualidade de vida e suas traduções para a língua inglesa. Foram encontrados trabalhos da temática desta revisão. Como critério de inclusão: deveria tratar do momento de pós-alta em hanseníase; qualidade de vida; e cuidado longitudinal de saúde para estas pessoas. Foi observado uma influência negativa na Qualidade de Vida pelos aspectos psicológicos que envolvem a doença e principalmente socioculturais, assim como, deformidades físicas. A hanseníase causa sofrimento que ultrapassa a dor/mal-estar estritamente vinculados ao prejuízo físico/biológico, além disso causa grande impacto social e psicológico, justificando avanços para abordagem multidisciplinar ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Estigma; hanseníase; qualidade de vida.

QUALITY OF LIFE OF HOSENIASIS POSSIBLE PATIENTS: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Leprosy is defined as a chronic infectious disease, whose etiologic agent is *Micobacterium leprae*, a weakly gram-negative alcohol-resistant bacillus, this pathology affects peripheral nerves and, more specifically, Schwann cells. This disease mainly attacks the superficial nerves and peripheral nerve trunks. Prejudice, difficulty in accessing health care, self-segregation and lack of information makes the post-discharge period a problem for patients affected by leprosy, requiring professionals to take a longitudinal look at leprosy patients. To highlight the longitudinal attention of care in the post-leprosy period as an important factor for the well-being of the patient, to discuss the impact of the pathology on the quality of life of post-discharge patients and to highlight the multidisciplinary work for a unique patient care. This study is a systematic literature review, whose search was carried out in the online mediums VHL, SCIELO and LILACS. The words used were: leprosy, stigma, quality of life and their translations into English. Studies on the theme of this review were found. As an inclusion criterion: it should deal with the time of post-discharge in leprosy; quality of life; and longitudinal health care for these people. a negative influence on Quality of Life was observed due to the psychological aspects that involve the disease and mainly socio-cultural, as well as physical deformities. Leprosy causes suffering that goes beyond pain / malaise strictly linked to physical / biological impairment, in addition to causing great social and psychological impact, justifying advances in the multidisciplinary approach to the patient.

KEYWORD: Stigma; leprosy; quality of life.

1 | INTRODUÇÃO

A Hanseníase é definida como uma patologia crônica infectocontagiosa, que tem como agente etiológico o *Micobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, fracamente gram-negativo. Essa doença atinge as células de Schwann, principalmente, dos nervos superficiais e troncos nervosos periféricos (situados no terço médio do braço, abaixo do cotovelo, na face, pescoço e joelhos), mas também pode afetar órgãos internos

(mucosas, ossos, baço, fígado, etc.) e os olhos (BRASIL, 2017).

O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, dando-lhe um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades. Problemas, como: diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e psicológicos, problemas de deformidades e incapacidades podem ser causadas por essa patologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Esses comprometimentos exigem que a população seja informada sobre os sinais e sintomas da doença, que tenha acesso fácil ao diagnóstico e tratamento e que pessoas com hanseníase possam ser orientados individualmente e juntamente com a sua família durante todo o processo de diagnóstico e cura. Para lidar com todos esses aspectos que envolvem a doença torna-se indispensável profissionais de saúde capacitados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A doença é transmitida da forma direta, por via respiratória, através do contato com uma pessoa doente, sem tratamento, que elimina o bacilo para o meio exterior infectando outras pessoas suscetíveis. Normalmente, a fonte da doença é um parente próximo que não sabe que está doente, como avós, pais, irmãos e cônjuges. Para se prevenir as incapacidades decorrentes da Hanseníase, o diagnóstico e o tratamento precoce dos casos são as medidas mais eficazes. A patologia e as deformidades a ela associadas são responsáveis pelo estigma social e pela discriminação aos pacientes e suas famílias (RIBEIRO; OLIVEIRA; FILGUEIRAS, 2015).

O aparecimento da doença na pessoa infectada pelo bacilo, e suas diferentes manifestações clínicas, dependem dentre outros fatores, da relação parasita/hospedeiro e pode ocorrer de 2 a 7 anos de incubação. A hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, no entanto, raramente ocorre em crianças. Observa-se que crianças, menores de quinze anos, adoecem mais quando há uma maior endemicidade da doença, sendo percebida uma incidência maior da doença nos homens do que nas mulheres adultos (RIBEIRO; OLIVEIRA; FILGUEIRAS, 2015).

No contexto brasileiro, registra-se nos últimos anos uma diminuição na prevalência e detecção de casos novos de hanseníase, no entanto, o país segue ocupando um dos lugares de maiores casos de hanseníase no mundo. As regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste possuem os maiores números de casos e com áreas de importante manutenção da transmissão. Mesmo com a diminuição dos coeficientes, o país ainda registrou no ano de 2019 uma taxa de detecção de 1,56 casos para cada 10.000 habitantes, apresentando ainda uma prevalência média de 29.761 casos em tratamento. No ano de 2015, o país detectou 34.894 casos novos de hanseníase, correspondendo a um coeficiente de detecção geral de 18,2/100.000 habitantes (RIBEIRO; OLIVEIRA; FILGUEIRAS, 2015).

As manifestações clínicas da hanseníase são muito variáveis e estão relacionadas com o grau de imunidade do paciente frente ao *Mycobacterium*, as quais se classificam como: Paucibacilar: indivíduos que apresentam até cinco lesões cutâneas (Indeterminada

e Tuberculóide); e Multibacilar: aqueles que apresentam mais que cinco lesões cutâneas (Dimorfa e Virchowiana) (ARAÚJO, 2003).

Conhecida pelas civilizações antigas, a doença de pele que hoje é a hanseníase, até então, denominada lepra, traz consigo diversos preconceitos, discriminação, rejeição, isolamento e sofrimento. Mudou seu nome por influência do governo brasileiro conforme a Lei nº 9.010 de 1995, que trouxe a proibição do termo “lepra” em documentos oficiais da Administração centralizada e descentralizada da União e dos Estados-membros. Deste momento em diante a doença conhecida como lepra passou a ser chamada “hanseníase” em homenagem a Gerhard Armauer Hansen (1841- 1912), médico norueguês que descobriu, em 1873, o micróbio causador da infecção (LOPES, 2004).

Segundo Ornellas (1997), a troca da nomenclatura foi uma tentativa de neutralizar o impacto estigmatizante do nome lepra. O objetivo foi afastar as ligações históricas que o termo carrega e, com isso, contribuir para diminuir o preconceito.

Apesar dos comprometimentos físicos, sociais, psicológicos causados pela hanseníase, poucos estudos vêm sendo desenvolvidos no sentido de acompanhamento do paciente pós alta. Salienta-se que esse acompanhamento é importante para identificar quais as maiores dificuldades enfrentadas no cotidiano do paciente após a alta hospitalar, bem como suas perspectivas, anseios, angústias e projetos. A partir dessas considerações e compreendendo a importância do tema, o objetivo desta pesquisa é discutir o momento pós-alta de pessoas com hanseníase, destacando o papel do cuidado longitudinal e do trabalho multiprofissional durante este processo.

2 | IMPACTO PSICOLÓGICO DO DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de hanseníase traz consigo o risco de uma relação debilitada e até ruptura dos vínculos do diagnosticado com seus familiares, podendo ocorrer rejeição não só no ceio familiar como na comunidade e no ambiente de trabalho. Tal fato decorre, em geral, por falta de conhecimento sobre a doença e pela história que a própria hanseníase carrega. Antes de receberem o diagnóstico da hanseníase os doentes passam a conviver com a suspeita de terem esta doença e com o peso do estigma da “lepra”, o que gera uma ansiedade por parte dela e da família. Por isso a importância de esclarecer tudo sobre a patologia (SILVEIRA *et al.*, 2014).

Nesta mesma perspectiva, Belchior (2004) diz que o diagnóstico vai além do de um simples diagnóstico e traz um peso para o doente e para o ambiente em que ele se insere, por conta do simbolismo que a patologia carrega. Acontece de o paciente apresentar uma angústia ou ansiedade por não saber seu diagnóstico. Neste sentido, entende-se o diagnóstico como um alívio, ou melhor, uma amenização da angústia, mas em pacientes hansenianos tem-se percebido que o efeito é o contrário do esperado. Após o diagnóstico os pacientes ficam ainda mais angustiados e apreensivos, pois vão iniciar um tratamento

longo, de uma doença que não se sabe bem como foi o contágio, e ainda correm o risco de ter contaminado pessoas queridas da sua família (BELCHIOR, 2004).

Ao ser diagnosticado o doente busca entender a doença. O estigma e o preconceito fazem parte do imaginário dos indivíduos, a cultura enraizada na comunidade, causa sofrimentos e dores, além das físicas, aos portadores de hanseníase, assim como os sentimentos relacionados a esta doença milenar, o medo, a vergonha, a culpa, a exclusão social, a rejeição e a raiva estão internalizados no psiquismo de seus portadores (BAIALARDI, 2007).

O estudo de Almeida *et al.* (2006) faz referência a fragilizados ao receberem o diagnóstico da doença, o impacto gerado pela hanseníase nos pacientes traz o desejo de morrer, estigma. Além do medo da exclusão social, isolamento e afastamento por parte da família e as mudanças nos seus hábitos do cotidiano.

O estudo de Silveira (2014) traz relatos encontrados que aponta que as reações de tristeza, preocupação, insegurança, medos, entre outros, estão muito próximas da doença. E enfatiza que os profissionais que lidam com os hansenianos devem criar oportunidades para que os doentes externem suas fantasias, vendo o paciente como um todo e não só como portador de um fator biológico que os fazem doentes. Ao permitir que o paciente internalize os falsos conceitos que tem sobre a doença, o profissional pode esclarecer as dúvidas e diminuir a distância entre a crença e a ciência, construindo socialmente um novo conhecimento.

3 | IMPACTO SOCIAL DA HANSENÍASE

No mundo, nos últimos anos, vem se percebendo melhorias significativas no controle da hanseníase, no entanto a doença persiste como problema de saúde pública, inclusive no Brasil. Hanseníase é uma doença negligenciada com ocorrência desproporcional em populações socioeconomicamente desfavorecidas e marginalizadas. E acontece predominante em países tropicais (MONTEIRO *et al.*, 2017).

O acontecimento da doença tem determinantes biológicos sendo um agente causador o bacilo da Hansen, causando a hanseníase. No entanto, estudos mostram que existe uma ligação linear com as condições socioeconômica, cultural, física e psíquica. Nesse sentido entende-se que a imunidade, genética, costumes, valores, hábitos e o bem-estar físico e mental, contribuem no processo de adoecimento. Já o processo de tratamento é levado em consideração esses condicionantes de saúde envolvendo o modo de implementação e resultados (TAMBELLINI; SCHUTZ, 2009).

Lopes (2004) relata em seus estudos que os Determinantes Sociais em Saúde estão presentes nas condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, se desenvolve, bem como os sistemas estabelecidos para combater as

patologias. Estas situações “estão configuradas por um conjunto mais amplo de forças: econômicas, sociais, normativas e políticas”. Dessa forma influenciando na qualidade de vida dos indivíduos são ou estão ‘condicionadas’ pelo ‘lugar que cada um ocupa na sociedade; isto inclui o grau de vulnerabilidade individual a agravos na saúde e suas consequências.

Quanto maiores os riscos, maior a vulnerabilidade social, promovendo o aparecimento de enfermidades e constituindo possíveis limites ao processo de tratamento. Na hanseníase, tais riscos são ampliados pela presença de hábitos e valores que incrementam a possibilidade de infecção e propagação, ligados ao ambiente e à higiene corporal, além da procura pelos serviços de saúde somente quando os sintomas estão agravados (LOPES, 2004).

A situação migratória pode aumentar a incidência de doenças quando os migrantes suscetíveis passam para áreas de alta endemicidade e os migrantes infectados passam para áreas não endêmicas, especialmente entre os pobres, que são desproporcionalmente atingidos. Populações migratórias são geralmente mais vulneráveis a doenças infecciosas como a hanseníase (MONTEIRO *et al.*, 2017).

Monteiro *et al.* (2017) ainda mostra em seus estudos a dificuldade que os imigrantes têm no acesso aos serviços de saúde, dessa forma podem evoluir e apresentar o diagnóstico tardio, condições de vida e moradia precárias e a busca por emprego define a migração como um indicador de pobreza, reprodução e distribuição da doença. O fato de a hanseníase ser significativamente mais elevada para os imigrantes pode dificultar as medidas de controle da doença.

Assim sendo, os determinantes e condicionantes de saúde traz reflexões acerca da igualdade e da integralidade na saúde, enfatizando a importância da articulação de saúde/doença à iniquidade social e um atendimento mais multiprofissional (LOPES, 2004).

4 | MÉTODOS

Este trabalho é uma revisão de literatura sistemática que se trata de uma revisão planejada para responder uma pergunta específica e que utiliza métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos. Foi pesquisada em meios online de dados como: Scientific Electronic Library Online - SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde - BVS e Latino-Americana de informação bibliográfica em ciências da saúde LILACS. As palavras utilizadas foram: hanseníase, estigma e qualidade de vida e suas traduções para a língua inglesa.

Foram encontrados trabalhos que abordavam itens da temática desta revisão. Como critério de inclusão, foi considerado que deveria tratar do período de pós-alta em hanseníase, qualidade de vida, alta por cura, e cuidado longitudinal de saúde para estas pessoas, impacto social, impacto psicológico. Nesse sentido, foram selecionados 22

artigos para integrar a presente revisão, datados de 1997 a 2017. Nesta pesquisa não houve restrição quanto à língua, sendo incluídos artigos na língua portuguesa e inglesa, os artigos foram analisados de forma individual tanto no seu conteúdo quanto no seu referencial teórico com a finalidade de abranger o universo da temática abordada e facilitar o acesso a artigos utilizáveis.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se na literatura, a falta de políticas específicas e voltadas para o momento pós cura de hanseníase, e notado o quanto esse momento é importante um olhar além da doença. Nesse sentido, faz-se necessário uma assistência longitudinal da saúde abrangendo as condições que os indivíduos apresentam após a alta, adotando um novo conceito de cura que vai além da eliminação do bacilo ou fragmentação dos bacilos, um atendimento permanente visando à eliminação do estigma pelo qual passam estes indivíduos (LUSTOSA *et al.*, 2011).

Lopes e Rangel (2014) trazem em seu estudo a prevalência do sexo masculino (69,7%) em tratamento irregular e a maior parte (33,3%) encontra-se na faixa etária entre 26 e 36 anos. Destacando-se, também, as pessoas de 37 a 49 anos e de 50 a 59 anos (ambas com 15,1%), desse modo, embora prepondere a faixa etária de 26 a 36 anos, a hanseníase está presente em todas as idades.

Silveira *et al.* (2014) a partir das entrevistas e análises realizadas, verificaram que há predominância de doentes de hanseníase do sexo masculino, na faixa etária de 36 a 70 anos. Corroborando assim com a pesquisa de Lopes e Rangel (2014).

Dados obtidos pela enfermagem em um estudo realizado no município de Botucatu-SP, sobre o perfil socioeconômico e demográfico dos pacientes com hanseníase, observou-se na população estudada, baixo nível de escolaridade e renda familiar per capita menor que um salário mínimo. O tempo dedicado à escolaridade foi inferior ao da população de Botucatu e a renda familiar per capita chamou a atenção pelo fato de estar abaixo da linha da pobreza, da renda per capita do próprio município e estado. Os aspectos econômicos podem influenciar as formas de enfrentamento dos problemas de saúde, podendo ser diferentes em um mesmo indivíduo, conforme as etapas do processo de manutenção da saúde, juntamente com aspectos sociais e psicológicos. Segundo o autor, as deficiências físicas podem levar a diminuição da capacidade de trabalho e limitação à vida social (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2007).

Bronzo (2009) traz em seus estudos que relação da vulnerabilidade social está articulada com o risco e associa com pobreza. Por risco, entende-se uma variedade de situações que englobam os riscos naturais, os de saúde, os ligados ao ciclo de vida, no contexto social, ambiental, econômico e político.

De acordo com os dados coletados nos estudos de Lopes (2004), os indivíduos

em processo de tratamento são adultos (63,5%), com a faixa etária entre 26 e 36 anos (33,3%). São em maioria homens (69,7%) e solteiros (51,5%), embora os casados ou em união estável constituam proporção significativa (45,5%)¹⁵. Dessa forma, os acometidos em fase de tratamento são indivíduos que estão no ápice da sua produtividade, ou seja, trabalhando ou em condições de trabalho para sustentar a família (LOPES, 2004).

Lopes e Rangel (2014), levanta um ponto de que a maioria das famílias dos pacientes com hanseníase possui renda mensal per capita condizente com a vivência de situação de pobreza e indigência. Sendo assim, os usuários recorrem aos Programas de Transferência de Renda ou de assistencialismo como o Programa Bolsa Família para ajudar na renda, garantindo, muitas das vezes, o mínimo para sobreviver.

Almeida *et al.* (2006) ressalta a confirmação do estigma e o preconceito, que é uma situação marcante, contra os portadores de hanseníase está relacionada a falta de conhecimentos sobre a doença. Também pela história antiga que ela carrega. Foi observado que a hanseníase trouxe grandes mudanças no cotidiano das pessoas em tratamento, como tiveram as atividades do dia-a-dia alterada pelas consequências físicas e psicológicas que a patologia ocasionou, além de terem que comparecer todo mês a unidade de saúde para tomar os remédios, a mudança na coloração da pele, mostrou-se que eles se sentiam constrangidos pelas curiosidades das pessoas.

São importantes o autocuidado e a realização dos exercícios de prevenção e reabilitação, quando necessários para as pessoas com hanseníase, essas orientações devem ocorrer de forma sistemática e enfatizando sua assiduidade e comprometimento diário. Essa medida é necessária para se evitar a evolução da doença com desenvolvimento de incapacidades (CHAGAS *et al.*, 2009)

A assistência multidisciplinar deve atender às necessidades do cliente realizando diagnóstico e tratamento, estabelecendo vínculo com o cliente gerando uma necessidade social. Durante as consultas, a equipe deve oferecer apoio atendendo as ansiedades relacionadas ao impacto do diagnóstico de hanseníase, devendo atuar desde a prevenção da doença, na prevenção de incapacidades causadas pela hanseníase até a alta por cura. Na ocasião do diagnóstico de um novo caso, a equipe multidisciplinar deve acolher a pessoa doente, sua família e todos aqueles com quem o doente tem convívio contínuo, estimular perguntas, esclarecer dúvidas e ressaltar a importância do apoio ao doente durante o tratamento (FORTALEZA, 2008).

Ações educativas de prevenção, diminuição do estigma e melhora da qualidade de vida são de fundamental importância para o controle da doença (FIGUEIREDO, 2012), sendo essencial a atuação da equipe multidisciplinar nesse contexto.

Os pacientes estão chegando mais precocemente, estão sendo assistidos adequadamente pela equipe multidisciplinar e, ainda, estão recebendo alta por cura com grau menor de incapacidade em relação ao momento do diagnóstico (CHAGAS *et al.*, 2009).

Atualmente a cura da doença prevalece, mas a atenção e o cuidado ao paciente para evitar sequelas deve ser contínuo, e não necessariamente interrompido no momento da alta medicamentosa. Afinal, a piora e gravidade das lesões podem causar dificuldades na realização das atividades da vida diária, do trabalho, lazer e participação na sociedade (IKEHARA *et al.*, 2010)

A equipe de saúde e o próprio paciente devem estar atentos às deficiências ocasionadas pela hanseníase, seja durante ou após o tratamento, pois, assim como tantas outras patologias, que são passíveis de serem prevenidas e não o são, acabam por onerar os custos do tratamento além de ocasionar graves sequelas físicas e emocionais ao paciente (NARDI *et al.*, 2005).

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hanseníase não tem distinção de classe social, raça ou gênero, mas é percebido que a maioria das pessoas acometidas vivem em situação de vulnerabilidade social, dessa forma, traz a reflexão sobre políticas mais ativas para essa população sobre as condições sanitárias e alimentares. Ao fazer a análise do referencial teórico é entendido que os indivíduos que são acometidos pela hanseníase precisam não somente dos medicamentos, mas sim, de um acompanhamento multiprofissional (fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, educadores físicos, psicólogos) para que dessa forma, o paciente se sinta assistido e o sistema propicie um atendimento singular ao paciente.

Sendo assim, é interessante ressaltar a importância do trabalho transdisciplinar frente à continuidade da assistência dos pacientes, proporcionando um cuidado amplo e completo, com maior interação entre os profissionais, paciente e família. É essencial frisar, diante dos achados, o quanto o trabalho em conjunto irá favorecer ao paciente, lhe proporcionando o bem-estar, acrescentando assim, para sua melhor evolução no tratamento.

Devido os achados do presente estudo, sugere-se uma pesquisa futura que abranja o mercado de trabalho para os pacientes que passam por essa patologia ou que tiveram alta por cura, para assim ter uma visão mais ampla sobre as condições patológicas e sociais do indivíduo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.J.L. et al. **Percepção do portador de hanseníase sobre seu cotidiano**. Revista enfermagem NOVAFAPI. Teresina, Piauí. 2006.
- ARAÚJO, M.G. **A hanseníase no Brasil**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 36, n. 3, p. 373-382, 2003.
- BAIALARDI, K.S. **O estigma da hanseníase: relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras**. Hansenologia Internationalis, v. 32, n. 1, p. 27-36, 2007.
- BELCHIOR, J. D. B. **O impacto do diagnóstico no paciente com hanseníase**. Monografia (Curso de Psicologia). Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, Minas Gerais, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase**. Brasileira, 2017.
- BRONZO, C. Vulnerabilidade, empoderamento e metodologias centradas na família: conexões e uma experiência para reflexão. In: **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, p. 171-204, 2009.
- CHAGAS, I.C.D et al. **Importância da assistência multidisciplinar no acompanhamento dos portadores de hanseníase e na prevenção de incapacidades**. Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 01, p. 251-260, 2009.
- DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. **Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem**. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, p. 774-779, 2007.
- FIGUEIREDO, N.M.A. **Práticas de enfermagem - ensinando a cuidar em saúde pública**. 2 ed. São Paulo: Yendis, 2012.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Informe Epidemiológico**. Cédula de vigilância epidemiológica. 2008.
- IKEHARA, E. et al. **Escala Salsa e grau de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde: avaliação da limitação de atividades e deficiência na hanseníase**. ACTA FISIATR. São José do Rio Preto, v. 17, n. 04, p. 169-174, 2010.
- LOPES, A.F. **Transformando a lepra em hanseníase. A árdua tentativa para a eliminação de um estigma**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2004.
- LOPES, V. A. S.; RANGEL, E. M. **Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular**. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 817-829, 2014.
- LUSTOSA, A.A. et al. **The impact of leprosy on health-related quality of life**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 44, n.5, p. 621-626, 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da Hanseníase**. Brasília, 2002.
- MONTEIRO, L.D. et al. **Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico da região Norte do Brasil**. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 51, n.70, p.01-11, 2017.

NARDI, S.M.T. et al. **Frequência de avaliações e seu impacto na prevenção das incapacidades físicas durante o tratamento dos pacientes com hanseníase.** Hansenologia Internationalis, v. 30, n. 2, p.157-166, 2005.

ORNELLAS, C.P. **O paciente excluído: história e crítica das práticas médicas de confinamento.** Rio de Janeiro: Revan, 1997.

RAFAEL, A. C. **Pacientes em tratamento e pós-alta em hanseníase: estudo comparativo entre os graus de incapacidades preconizados pelo Ministério da Saúde correlacionado-os com as escalas SALSA e participação social.** Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Universidade de Brasília, Brasília. 2009.

RIBEIRO, M.D.A.; OLIVEIRA, S.B.; FILGUEIRAS, M.C. **Pós-alta em hanseníase: uma revisão sobre qualidade de vida e conceito de cura.** Saúde (Santa Maria), Santa Maria, v. 41, n. 1, 2015.

SILVEIRA, M. G. B. et al. **Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico.** Psicologia e Sociedade, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 517-527, 2014.

TAMBELLINI, A.T.; SCHUTZ, G.E. **Contribuições para o debate do CEBES sobre a ‘Determinação Social da Saúde’: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n.83, p.371-379, 2009.

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA SOBRE A DOENÇA DE ALZHEIMER

Data de aceite: 01/07/2020

Data de Submissão: 03/05/2020

(Orientadora), Faculdade de Medicina.

Altamira-PA

<http://lattes.cnpq.br/5323991664296959>

Dalberto Lucianelli Junior

Universidade Federal do Pará (UFPA), Mestrando,
Faculdade de Medicina
Altamira-PA

<http://lattes.cnpq.br/8681307207333784>

Olival dos Santos Neto

Universidade Federal do Pará (UFPA),
Graduando, Faculdade de Medicina.
Altamira-PA

<http://lattes.cnpq.br/4180578490602033>

André Ribeiro de Holanda

Universidade Federal do Pará (UFPA),
Graduando, Faculdade de Medicina.
Altamira-PA

<http://lattes.cnpq.br/8547125872200180>

Samara Azevedo Gomes

Universidade Federal do Pará (UFPA),
Graduando, Faculdade de Medicina.
Altamira-PA

<http://lattes.cnpq.br/9067308935408136>

Ivanildo de Siqueira Melo Junior

Universidade Federal do Pará (UFPA),
Graduando, Faculdade de Medicina.
Altamira-PA

<http://lattes.cnpq.br/742204788664060>

Fernanda Nogueira Valentin

Universidade Federal do Pará (UFPA), Docente

RESUMO: Introdução: A doença de Alzheimer se enquadra com uma doença crônico-degenerativas, e em geral os idosos afetados sofrem de graves esquecimentos e depressão pelo comprometimento do cérebro. **Objetivos:** Sensibilizar a população do município de Altamira-PA, através de educação em saúde acerca da identificação e prevenção da doença de Alzheimer. **Material e Métodos:** Trata-se de um projeto de pesquisa de opinião e intervencionista com 70 indivíduos de diferentes faixas etárias realizado na Orla do município de Altamira. Foram coletadas informações sociodemográficas, em seguida realizado um questionário e uma palestra acerca da doença neurodegenerativa. **Resultados:** Dos 70 Indivíduos entrevistados, a maioria respondeu que sabiam o que é a doença do Alzheimer. Entre os entrevistados abaixo de 30 anos (100%), 30 – 50 anos (78,9 %) e acima de 50 anos (82,4 %), responderam que possui algum conhecimento sobre a doença. Analisando a escolaridade: ensino fundamental não soube informar sobre a patologia abordada (81,8%) e

informaram outras definições sobre o assunto (18,2%); ensino médio souberam definir a patologia (39,3%), não souberam informar sobre a doença (14,3%) e definiram como outras informações (46,4%); ensino superior souberam definir como doença neurodegenerativa progressiva (66,7%), não souberam informar (13,3%) e outras definições (20%). Em relação aos principais sintomas da doença de Alzheimer, perda de memória (66,7%); agitação/irritação (8,7%) e confusão mental (7,3%). Sobre a prevenção da doença a maioria (66,6%) dos entrevistados informaram como a atividade física e mental, sendo que 65,2% sabiam a qual profissional procurar (neurologista e geriatra). Quase a metade dos entrevistados não sabem que o SUS oferece o tratamento para o Alzheimer. **Conclusão:** As evidências sugerem que a população do município de Altamira ainda apresenta um pequeno desconhecimento sobre a doença de Alzheimer, e a educação em saúde se mostrou bastante eficiente na sensibilização da população.

PALAVRAS-CHAVE: Alzheimer, informação, sensibilização.

EVALUATION OF THE KNOWLEDGE OF THE POPULATION OF THE MUNICIPALITY OF ALTAMIRA-PA ABOUT ALZHEIMER'S DISEASE

ABSTRACT: Introduction: Alzheimer's disease fits within a chronic-degenerative disease. In general, the affected elderly suffer from severe forgetfulness and depression due to the impairment of the brain. **Objective:** To sensitize the population of Altamira-PA, through health education about the identification and prevention of Alzheimer's disease. **Material and Methods:** This is an opinion and interventionist research project with 70 individuals from different age groups carried out on the edge of the municipality of Altamira. Sociodemographic information was collected, followed by a questionnaire and a lecture about the neurodegenerative disease. **Results:** From 70 people interviewed, most answered that they knew what Alzheimer's disease is. The results of the interviewees were as follows: under 30 years old (100%), 30 - 50 years old (78.9%) and over 50 years old (82.4%). The answers show all age groups have some knowledge about the disease. Analyzing Schooling: Students from elementary school did not know how to inform about the pathology addressed (81.8%) and knew other definitions on the subject (18.2%); High school students that could define the pathology (39.3%), but some did not know information about the disease (14.3%) and others defined it based on other information (46.4%); Higher education students were able to define progressive neurodegenerative disease (66.7%), did not know any information (13.3%) and 20% had other definitions. The main symptoms of Alzheimer's disease, memory loss (66.7%); agitation/irritation (8.7%) and mental confusion (7.3%). Prevention of the disease: Majority (66.6%) of the interviewees knew about physical and mental activity, with 65.2% knowing which professional to look for (neurologist and geriatrician). Almost half of the respondents are unaware that SUS offers treatment for Alzheimer's. **Conclusion:** Evidence suggests that the population of the municipality of Altamira still has a lack of knowledge regarding Alzheimer's disease, and health education has proved very effective in raising awareness

among the population.

Keywords: Alzheimer's, information, awareness.

INTRODUÇÃO

Com a melhoria das condições de vida nos últimos anos, a taxa de sobrevivência aumentou consideravelmente e a maioria das cidades brasileiras passam por um processo de inversão na pirâmide etária, o envelhecimento da população (IBGE, 2019).

Isso é um ponto positivo pois, significa que taxas de mortalidade vem diminuindo, porém, como consequência, vários problemas de saúde, que antes não preocupavam o país, vem afetando os idosos, os quais podem estar relacionados com surgimento de doenças crônico-degenerativas, seguido por dependência e transtornos mentais, como demências, transtornos psicóticos, depressão e ansiedade (BRASIL, 2019; VARELA, 2019).

A doença de Alzheimer se enquadra com uma doença crônico-degenerativas, e em geral os idosos afetados sofrem de graves esquecimentos e depressão pelo comprometimento do cérebro (BRASIL, 2019; SERENIKI, 2008). Ademais, a atenção à saúde do idoso se configura como um dos eixos prioritários da atenção básica no Brasil. No entanto, há necessidade de um programa específico na rede de atenção primária para demência. Hoje temos em vigor apenas uma portaria que garante ao tratamento medicamentoso (BRASIL, 2019).

Pesquisas sinalizam para ajustes e avanços para que seja realizado um cuidado adequado a esse grupo populacional, assim, infere-se como essenciais programas voltados aos idosos nas ESF (Estratégia Saúde da Família) com Doença de Alzheimer, bem como aos seus cuidadores, fornecendo as orientações e informações necessárias ao cuidado e potencializando a melhoria da condição de vida, independência e autonomia desse idoso. Por isso, este trabalho visa a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos ao fazer um trabalho de natureza social transmitindo informações sobre a doença de Alzheimer com a possibilidade de trazer menor vulnerabilidade física e psicológica a uma parte significativa da população do idoso, proporcionando hábitos de vida e conhecimentos que possa melhorar e prevenir esta doença (AMADO et al, 2018; ABRAZ, 2019)

OBJETIVOS

Sensibilizar a população do município de Altamira-PA, através de educação em saúde acerca da identificação e prevenção da doença de Alzheimer; verificar o nível de conhecimento da população sobre o Alzheimer; orientar a população de como identificar e prevenir o Alzheimer; fornecer material de apoio e informar sobre o atendimento do Alzheimer no SUS; avaliar a eficácia do conteúdo trabalhado através da aplicação de

questionário posteriormente à educação em saúde; difundir para a Comunidade Científica dados informatizados obtidos durante a ação.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um projeto de pesquisa de opinião e intervencionista, no qual os estudantes acadêmicos de medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA) realizaram uma ação na Orla buscando conscientizar as pessoas e recolher algumas informações por intermédio de um questionário sobre a doença de Alzheimer como mostrado no fluxograma (figura 1). Foram abordados 70 indivíduos de diferentes faixas etárias (20 a 80 anos de idade) coletando informações sobre: idade, sexo, cor, escolaridade. Em seguida foram realizadas 10 perguntas acerca da doença neurodegenerativa e uma pergunta sobre a satisfação com a palestra. Além disso, foi estruturado um folder com informações essenciais sobre a doença do Alzheimer para a possibilidade de um pleno entendimento e um facilitador no momento da palestra, sendo composto: O que é? O que causa? Sinais e Sintomas; Tratamento; Medicamentos; Prevenção; Estágios; O que o SUS oferece? Qual especialista procurar? No final do questionário era realizado uma breve palestra sobre a doença, e uma avaliação por parte de cada indivíduo em relação a ação.



Figura 1. Fluxograma do planejamento e execução do projeto

RESULTADOS

Dos 70 Indivíduos entrevistados, a maioria respondeu que sabiam o que é a doença do Alzheimer. Entre os entrevistados abaixo de 30 anos, 100 % responderam que possui algum conhecimento sobre a doença quando comparado com a faixa etária de 30 – 50

anos (78,9 %) e acima de 50 anos (82,4 %) como mostrado no gráfico 1. Já em relação as etnias (gráfico 2), fazendo um comparativo dos entrevistados que pertenciam a etnia branca e parda, 79,2% e 85,2%, respectivamente, responderam que tinham conhecimento sobre a doença de Alzheimer; já na etnia negra, cerca da metade dos entrevistados não souberam responder (46,7%).

Fazendo uma análise do nível de escolaridade em relação ao conhecimento sobre o Alzheimer como uma doença neurodegenerativa progressiva (gráfico 3), a grande maioria dos entrevistados (81,8%) que apresentavam apenas o ensino fundamental não souberam informar sobre a patologia abordada, e 18,2% informaram outras definições sobre o assunto. Entre os indivíduos que tinham o ensino médio, 39,3%, 14,3%, 46,4%, respectivamente, souberam definir a patologia, não souberam informar sobre a doença e definiram como outras informações. Os entrevistados com o ensino superior, grande maioria, souberam definir como doença neurodegenerativa progressiva (66,7%) comparado com os demais que não souberam informar (13,3%) e que tinham outras definições (20%).

Em relação aos principais sintomas da doença de Alzheimer, 66,7% relataram como perda de memória; 8,7% descreveram como agitação/irritação e 7,3% confusão mental. Referindo-se ao nível de conhecimento sobre a prevenção da doença (gráfico 4), a maioria (66,6%) dos entrevistados informaram como a atividade física e mental como principal protetor do sistema nervoso. 65,2% sabiam a qual profissional procurar, referindo-se principalmente ao neurologista e ao geriatra como médicos especialistas da área.

Quase a metade dos entrevistados não sabem que o SUS oferece o tratamento para o Alzheimer. Por fim, após a entrevista foi realizada uma breve palestra acerca do assunto, sendo que 100% dos indivíduos se mostraram satisfeitos com a ação.

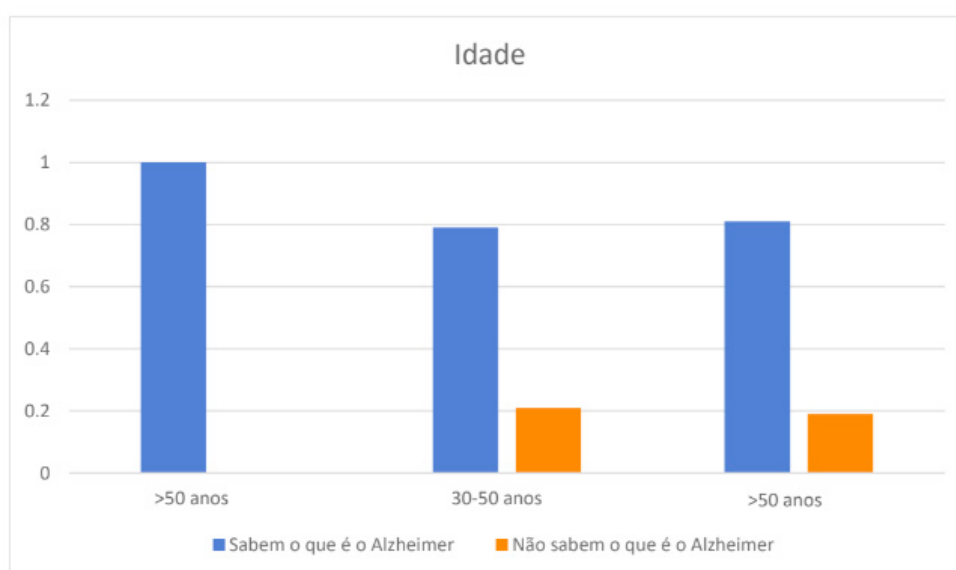


Gráfico 1. Comparativo entre as faixas etárias acerca da definição do Alzheimer.

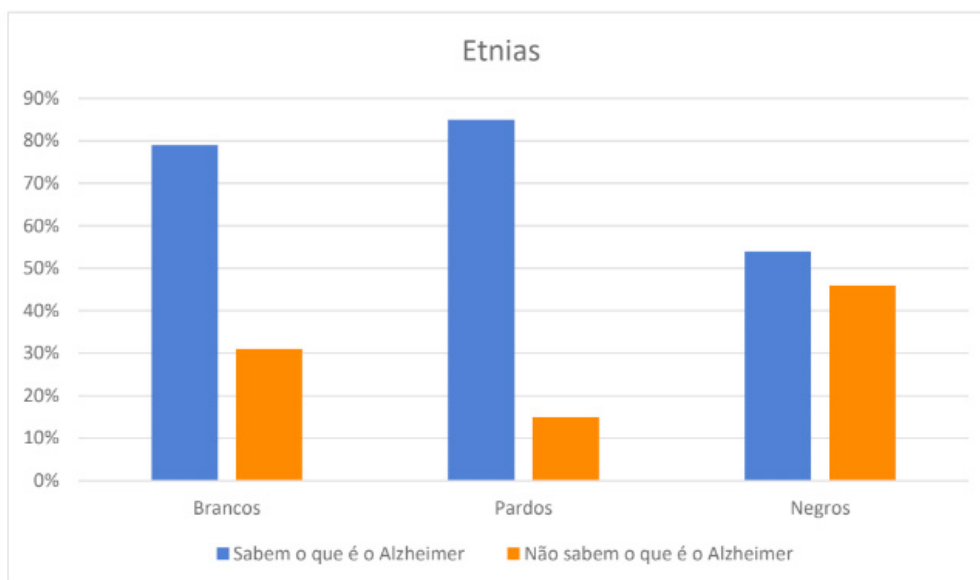


Gráfico 2.Comparativo entre as etnias acerca da definição do Alzheimer.

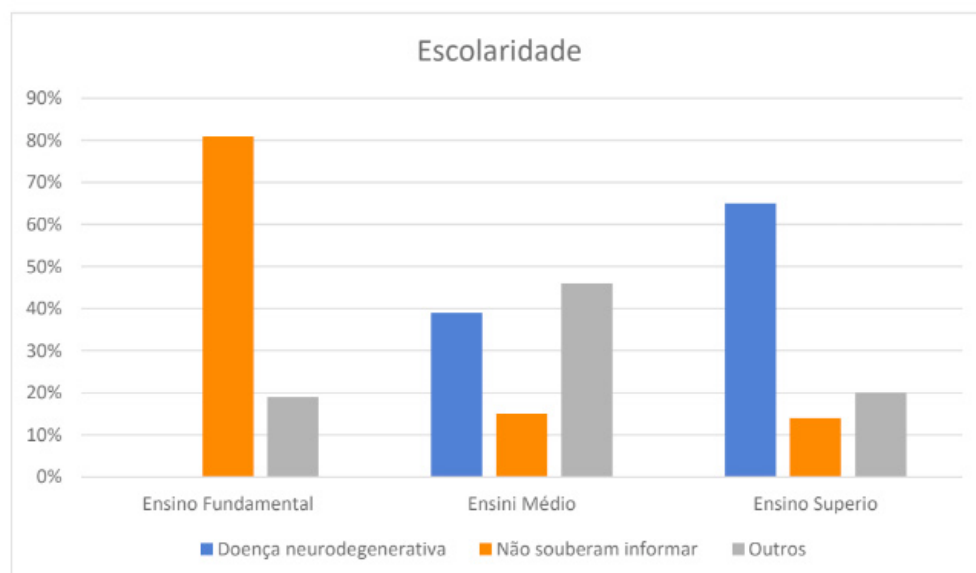


Gráfico 3.Comparativo entre o nível de escolaridade e o conhecimento sobre Alzheimer



Gráfico 4.Conhecimento dos fatores de prevenção do Alzheimer.

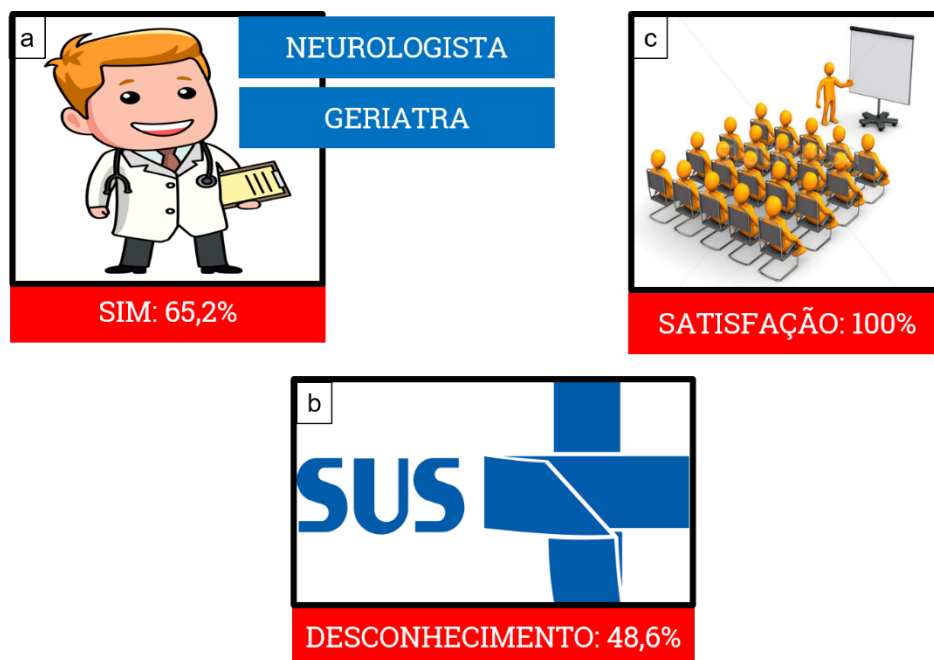


Figura 2. a) Conhecimento de qual profissional procurar; b) Tratamento do Alzheimer pelo SUS; c) Satisfação dos entrevistados com o projeto.

CONCLUSÃO

As evidências sugerem que a população do município de Altamira ainda apresenta um pequeno desconhecimento sobre a doença de Alzheimer, e a educação em saúde se mostrou bastante eficiente na sensibilização da população, sendo uma alternativa eficaz para aumentar o conhecimento da população sobre o assunto.

REFERÊNCIA

ABRAZ, Associação Brasileira de Alzheimer. **Tratamento da doença de Alzheimer**. Disponível em: < <http://www.abraz.com.br/>>. Acesso em: 30 set. 2019.

AMADO, D. K.; BRUCKI, S. M. D. **Conhecimento sobre a doença de Alzheimer na população brasileira**. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [online], vol.76, n.11, pp.775-782, 2018. Acesso em: 30 set. 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. **Alzheimer: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção**. Disponível: < <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/alzheimer> > Acesso em: 30 set. 2019.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro, 2019.

SERENIKI, A; Vital, M. A. B. F. **A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e Farmacológicos**. *Rev Psiquiatr*, vol. 30, n.1, 2008.

VARELLA, Antônio Drauzio (org.). **Doença de Alzheimer**. Disponível em: drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/doenca-de-alzheimer/. Acesso em: 26 abr. 2020.

FREQUÊNCIA DE AUTOMEDICAÇÃO EM ALUNOS DO CURSO DE SAÚDE E ASPECTOS RELACIONADOS

Data de aceite: 01/07/2020

Data submissão: 19/05/2020

Agda Lucy da Silva Correia

Centro Universitário Vale Do Ipojuca – UNIFAVIP/
WYDEN

Caruaru - Pernambuco

Vivian Mariano Torres

Centro Universitário Vale Do Ipojuca – UNIFAVIP/
WYDEN

Caruaru - Pernambuco

Ana Caroline Costa Xavier

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Caruaru - Pernambuco

RESUMO: A automedicação, definida como uma prática de ingerir medicamentos sem auxílio de um profissional apropriado, se configura como um dos vários problemas de saúde pública, influenciada, muitas vezes, pela falta de informação, heranças culturais, propagandas de medicamentos de venda livre, ou até mesmo o nível de conhecimento que o indivíduo possui, sendo adotada por várias pessoas independente de fatores sociais ou econômicos. Nessa perspectiva, esse estudo teve como finalidade analisar o nível de automedicação em universitários brasileiros,

identificando as principais classes farmacêuticas e discutir se a prática teve relação com o nível de instrução dos mesmos. Trata-se de uma revisão integrativa, baseada em um estudo bibliográfico de corte longitudinal e caráter exploratório no qual foram selecionados artigos conforme classificação de Melnyk e Fineout-Overholt. Identificou-se, portanto, um total de 1651 estudantes entrevistados, onde 1416 (85,8%) se automedicaram, em sua maioria do gênero feminino, tendo os AINEs como a classe medicamentosa mais administrada (75,9%), sendo a dor a maior motivação. O estudo mostrou que a região Sudeste foi predominante na prática da automedicação, e o nível de conhecimento entre os estudantes influenciou nesta questão, tendo os mesmos relatado se sentirem seguros para tal, além do fato de terem experiências antigas com os medicamentos utilizados. No entanto não houve mudança significativa quando comparado a indicação de parentes ou amigos. Dentre várias questões, surge a dificuldade de encontrar na literatura trabalhos que discutam a prática mais a fundo, demonstrando que há a necessidade de promover discussões e debates dentro desse contexto para contribuir com a promoção da saúde e o bem-estar dentro das instituições de ensino superior e na comunidade.

SELF-MEDICATION FREQUENCY IN HEALTH CARE STUDENTS AND RELATED ASPECTS

ABSTRACT: The practice of self-medication, which is the use of medicines without the guidance of a qualified professional is one of the several problems associated with public health, and it can be frequently influenced by the deficiency of information, cultural baggage, advertisements of nonprescription medicines, or even the person's knowledge of this practice that is adopted by several people despite social and economic factors. In this perspective, this study aimed to analyze the self-medication level in Brazilian university students, identifying the most used pharmaceutical groups and discussing if this practice could be related to their educational level. This work is an integrative review of literature, and it is based on a longitudinal and exploratory bibliographic study in which the articles were selected according to the classification of Melnyk and Fineout-Overholt. The research identified a total of 1651 students interviewed, of whom 1416 (85.8%) were self-medicated, mostly female, with NSAIDs as the most administered drug class (75.9%), and pain been the leading motivation. The study showed that the self-medication was predominant in the Southeast region of the country, and the knowledge level of the students influenced this issue, considering their report about feeling confident to make it, beside the fact of their previous experience in the use of these drugs. On the other hand the review demonstrated a low influence of relatives and friends when it comes to the subject in discussion. Among several issues, there was a difficulty in finding available papers in the literature to enable a deeper discussion about this problem, demonstrating the significance to encourage debates in this context to contribute to the promotion of health and well-being inside of the higher education institutions and also in the community.

KEYWORDS: Self-medication. Student Health. Pharmacy.

1 | INTRODUÇÃO

A automedicação, definida como uma prática de ingerir medicamentos sem a orientação de um profissional apropriado (MASSON W et al., 2012), visando a cura ou o alívio de sintomas de menor complexidade (SILVA JAC et al., 2013) é influenciada por diversos fatores que vão desde a precariedade do Sistema de saúde, os baixos índices socioeconômicos da população (SÁ MB; BARROS JAC; SÁ MPBO, 2007), a falta de informação desses indivíduos, heranças culturais, exposição a propagandas de medicamentos de venda livre, bem como, também, o nível de conhecimento técnico que o indivíduo possui (JAMES H et al., 2008).

Nesse contexto, a automedicação pode trazer problemas irreparáveis ao indivíduo

(SARLET, 2013), estando relacionada, inclusive, a incidência de outras doenças devido ao seu uso indiscriminado, ou falta de conhecimento aprofundado sobre os devidos riscos, acarretando assim em um possível agravamento de doenças preexistentes, facilitando, inclusive, a resistência de micro-organismos, além de acarretar reações alérgicas, dependência e até o óbito (DE OLIVEIRA ALVIM; LIMA, 2019).

No contexto geral, os medicamentos mais administrados pela população estão os analgésicos, antitérmicos, anti-inflamatórios, além dos antialérgicos e antidepressivos, onde podemos destacar a toxicidade devido ao uso de altas doses de paracetamol, problemas gástricos pelo uso do ácido acetilsalicílico, e a dipirona (BASTIANI et. al., 2016). Não obstante, há ainda as constantes preocupações quanto ao uso indiscriminado dos antibióticos. Essa classe de medicamentos tem sido empregada muitas vezes em casos onde não é comprovada a sua eficácia (WHO, 2010).

Segundo Neto et al. (2006), Aquino, Barros e Silva (2010), Silva et al. (2011), Galato, Madalena e Pereira (2012); a abundância de conhecimento, seja ele adquiridos nas instituições de ensino superior, principalmente aqueles voltados às ciências da saúde, ocasiona uma maior confiança nos indivíduos para praticar a automedicação.

As principais motivações que levam os acadêmicos a se automedicarem se devem ao fato de terem tomado uma certa medicação, devidamente prescrita, para uma determinada doença, e ao aparecerem novamente sintomas semelhantes, não se sentiram na necessidade de voltar para uma outra consulta, pois deduzem que o tratamento será o mesmo e optam por prosseguirem em uso da mesma medicação, além das indicações de amigos e parentes. Dentre os medicamentos mais utilizados na forma de automedicação estão os anti-inflamatórios, analgésicos, antialérgicos, descongestionantes nasais, antibióticos e anticoncepcionais (TOMASINI; FERRAES; DOS SANTOS, 2015).

Contudo, é notável a importância de investigar e se falar sobre a prática da automedicação entre os acadêmicos, especialmente das áreas da saúde, uma vez que esses acadêmicos se tornarão profissionais responsáveis por orientar a população (DOS SANTOS et. al., 2018). Para tanto o trabalho objetiva elencar e discutir a relação entre automedicação e se o nível de instrução dos estudantes tem alguma influência neste processo.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo é uma revisão integrativa, de corte longitudinal e caráter exploratório, tendo como questão norteadora o perfil de automedicação dos estudantes universitários brasileiros e a possível influência do nível de instrução desses indivíduos na promoção e perpetuação desta prática. Utilizando-se das bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em

Ciências da Saúde (LILACS) e Periódicos Capes com os descritores: automedicação, saúde do estudante e Farmácia, pelo fato destas plataformas serem referências na área da saúde, dando-se prioridade a artigos publicados por pesquisadores brasileiros ou que realizaram pesquisas com estudantes provenientes das Instituições de Ensino Superior brasileiras de modo a atender a questão proposta pelo estudo. Os critérios de inclusão e exclusão levaram em consideração a classificação de Melnyk e Fineout-Overholt, com artigos classificados como nível 2, 3 e 4, isto é, aqueles que possuam pesquisa de tipo epidemiológica, caso-controle ou ensaios clínicos randomizados ou não. O recorte temporal foi delimitado entre os anos 2007 a 2020 e foram excluídos da análise artigos repetidos, ou que não se referiam diretamente ao tema abordado, pesquisas feitas em outros países, com informações incompletas e estudos feitos com estudantes de outros cursos de graduação que não da área de saúde.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a pesquisa bibliográfica dos títulos foram encontrados 66 artigos, nos quais foram excluídos aqueles que apresentaram estudos com outras áreas da graduação que não se enquadram nessa pesquisa e aqueles que não se referiam a instituições de ensino brasileiras. Diante disso, foram selecionados 15 artigos para serem feitas análises mais detalhadas, onde excluiu-se 3 artigos por se tratarem de artigos de revisão, 4 por terem ausência de informações relevantes para a pesquisa, com um total de 8 que cumpriram os critérios de elegibilidade.

A maior parte dos estudantes entrevistados foram do sexo feminino, e os principais cursos foram Farmácia, Fisioterapia, Enfermagem, Medicina e Odontologia, por ter uma maior quantidade de estudos realizados com esses cursos, conforme descrito no Quadro 1. Observou-se que a maioria dos artigos tiveram problemas motivadores e utilização de classes medicamentosas em comum, podendo ser visualizado no Quadro 2. A maioria dos estudos utilizou a técnica de pesquisa por meio de questionários de caráter transversal, com alunos devidamente matriculados nos cursos da área de saúde, tendo a maior proporção de estudantes do sexo feminino como participantes e foram realizados nas regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste do Brasil.

Artigo	População	Cursos
2007 – Damasceno et. al. Automedicação entre graduandos de enfermagem, farmácia e odontologia da Universidade Federal de Alfenas.	Sexo feminino – 162 Sexo masculino – 56	Enfermagem Farmácia Odontologia
2010 – Aquino; Barros; Silva. Automedicação, e os acadêmicos da área de saúde.	Sexo feminino – 137 Sexo masculino- 86	Educação física Enfermagem Farmácia Fisioterapia Fonoaudiologia Medicina Nutrição Odontologia Terapia ocupacional
2012 – Silva et. al. Automedicação em acadêmicos de medicina.	Sexo feminino – 117 Sexo masculino – 83	Medicina
2012 – Dhamer et. al. A automedicação em acadêmicos de cursos de graduação da área da saúde em uma universidade privada do estado do Rio Grande do Sul.	Sexo feminino – 260 Sexo masculino – 82	Biologia Educação física Enfermagem Farmácia Fisioterapia Medicina Nutrição Odontologia Psicologia
2014- Martinez et. al. Estudo da automedicação para dor musculoesquelética entre estudantes dos cursos de enfermagem e medicina da Pontifícia Universidade Católica - São Paulo.	Sexo feminino – 137 Sexo masculino – 110	Enfermagem Medicina
2016 – Castro, Mello, Fernandes Avaliação da prática de automedicação com descongestionantes nasais por estudantes da área da saúde.	Sexo feminino – 50 Sexo masculino – 50	Biomedicina Educação física Enfermagem Farmácia Fisioterapia Medicina veterinária Nutrição Psicologia
2017 – Gama; Secoli Automedicação em estudantes de enfermagem do Estado do Amazonas – Brasil	Sexo feminino – 66 Sexo masculino – 50	Enfermagem
2017 – Lima et. al. Avaliação da prática da automedicação em acadêmicos do curso de farmácia em uma instituição privada de ensino superior em Fortaleza-CE.	Sexo feminino – 133 Sexo masculino – 72	Farmácia

Quadro 1. Resultados da análise dos artigos selecionados sobre o perfil da automedicação em universitários segundo sexo.

Artigo	Principais problemas motivadores	Principais classes de medicamentos	Fatores Associados
2007 – Damasceno et. al.	Dor de cabeça, dores, febre, dor de garganta, gripe, resfriado, cólicas, cólica menstrual, inflamação de garganta, dor muscular, mal-estar, coriza, alergias, congestão nasal, insônia e nervosismo.	Analgésicos, antitérmicos, antiinflamatórios, antibióticos, descongestionantes nasais, antialérgicos, antiespasmódicos.	Conhecimento adquirido durante a graduação.
2010 – Aquino; Barros; Silva	Dor, prevenção/suplementação, resfriado, problemas com a garganta, febre, anticoncepção, acne, tosse, alergia, estresse, gastrite, diarreia e problemas musculares.	Vitaminas, analgésicos, antitérmicos, antivirais, antibióticos, antitussígenos, corticoides de uso tópico, antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivante, antiespasmódico, antiácidos, hormônios sexuais, anti-histamínico.	Influenciados por amigos, parentes, balconistas de farmácia e pela mídia
2012 – Silva et. al.	Não relatado	Analgésicos e antitérmicos, anti-inflamatórios não esteroidais, antigripais em geral, descongestionantes nasais, antibióticos, xaropes contra tosse, anti-histamínicos, antiácidos, relaxantes musculares, vermífugos, vitaminas e suplementos, anticoncepcionais, laxantes, antidiarreicos, ansiolíticos, antiespasmódicos, corticoides, antidepressivos, antiasmáticos, remédios contra flatulência,, anabolizantes.	Influenciados por amigos, familiares, balconistas de farmácia, prescrição antiga, prescrição nominadas para outras pessoas,
2012 – Dhamer et. al.	Cefaleia, distúrbios digestivos, contracepção, dores, dor estomacal, dores de garganta e dor muscular.	Analgésicos/ antitérmicos, antiinflamatórios, antiácidos, antibióticos, anticoncepcionais, descongestionante nasal, anti-ulcerosos anti-histamínicos, relaxante muscular, mucolíticos/Expectorantes, laxativos, anti-espasmódicos, anorexígenos, vitaminas, anti-eméticos, antifúngicos, hormônio tireoidiano, antidiarreico.	Não relatado
2014- Martinez et. al.	Dores	Analgésicos, opióides, anti-inflamatório, antidepressivo	Baixa frequência de efeitos adversos observados pelos estudantes.
2016 – Castro, Mello, Fernandes	Problemas respiratórios e dependência.	Descongestionantes nasais.	Facilidade na compra e ampla disponibilidade no mercado, além da falta de orientação adequada.

2017 – Gama; Secoli	Dores de cabeça, abdominais e cólicas menstruais, infecções de garganta e urinária, resfriado, febre, problemas gastrointestinais, contracepção, alergias, diarreia e tosse.	AINES, polivitamínicos, anti-histamínicos, antimicrobianos e anticoncepcionais.	Concepção que o problema não necessitava de visita ao médico, falta de tempo para consultas, conhecimento de medicamentos utilizados anteriormente, influência da mídia, parentes e amigos.
2017 – Lima et. al.	Dor de cabeça, gripe, resfriado, dores musculares, dor de garganta, febre, dores nas costas	Analgésicos, antiinflamatórios, antialérgicos, antitérmico, antimicrobiano.	Conhecimento adquirido durante a graduação e pelas experiências vividas.

Quadro 2. Resultados da análise dos artigos selecionados sobre o perfil da automedicação em universitários

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em levantamento do ano 2017, mostrou que são gastos aproximadamente US\$ 42 bilhões de dólares, por ano para pagar os erros decorrentes de uso inadequado de medicações. Estima-se que diariamente uma pessoa morre devido a esses erros, nos Estados Unidos, além de causar agravos à saúde de cerca de 1,3 milhão de norte-americanos (OPAS/OMS, 2017). Já no Brasil, estima-se que essa prática é exercida por 76,4% de sua população (RAMOS, 2016).

Tem se observado um aumento da prática de automedicação entre estudantes universitários, chamando atenção para analisar quais os possíveis motivos que os levam a executar essa prática (BARRETO, 2019). De acordo com Vilarino et al. (1998), o fato dos alunos terem uma maior noção acerca de medicamentos devido ao conhecimento obtido durante as aulas e as experiências antigas com os mesmos, fazem com que o problema da automedicação se torne maior entre os eles, pois esses fatores fazem com que os indivíduos se sintam mais confiantes e seguros para executar tal hábito. Além disso, o mesmo identificou que a maior parte dos indivíduos são do sexo feminino, assemelhando-se com o estudo em questão.

Após a análise dos artigos, foi feito um levantamento dos estudantes que participaram das pesquisas, onde identificou-se 1651 estudantes dos quais 1416 (85,8%), se automedicaram, em sua maioria do sexo feminino. Considerando que a maior parte dos entrevistados era mulher, como mostra o Quadro 1, nele mostra também a quais cursos esses estudantes pertenciam. De acordo com Silva et al. (2013), isso também está relacionado ao fato de as mulheres possuírem um maior cuidado com a saúde, além de terem frequentes problemas relacionados ao ciclo menstrual.

No que se refere a classe mais utilizada pelos estudantes, se destacaram os antiinflamatórios não-estereóides (AINES), com um total de 1075 (75,9%) estudantes. Essa classe medicamentosa possui propriedades antiinflamatória, antitérmica, analgésica e antitrombótica, inibindo a síntese de prostaglandinas por meio da inativação de

isoenzimas, chamadas de cicloxigenases constitutiva (COX-1) e induzível (COX-2) (KOROLKOVAS, 2006; WANNMACHER, 2005). A grande maioria relatou que usavam esse tipo de medicamento para tratar dores de cabeça, dores de um modo geral, dores de garganta e cólicas menstruais, enfermidades que mostraram serem muito frequentes, como é demonstrado no Quadro 2.

Rodrigues et al. (2013), explicam que esse é um resultado já previsto, por serem medicamentos isentos de prescrição (MIPS), de fácil acesso em drogarias e que ainda se soma a isto a grande influência da mídia, sendo, portanto, os campeões de utilização de modo geral. No entanto, em muitos casos, os indivíduos acabam utilizando esse tipo de medicamento em enfermidades onde essa terapêutica não seria adequada, camuflando uma possível doença mais séria que seria necessário um outro tipo de intervenção.

A segunda classe medicamentosa mais utilizada pelos estudantes foram os antigripais, com um total de 308 (21,7%) estudantes, seguido de descongestionantes nasais 230 (16,2%) e antialérgicos 219 (15,5%). Os problemas mais comuns citados pelos estudantes que favoreceram o uso dessas classes medicamentosas foram: sinusite, rinite, resfriados. Segundo Fernandes et al. (2010), o baixo custo desses medicamentos é um fator que influencia o uso. Não obstante, a publicidade exerce impacto estimulando a automedicação, explorando produtos que são desconhecidos pelos seus potenciais consumidores e seus respectivos efeitos (NASCIMENTO, 2007; JESUS, 2006).

Em contrapartida, uma pequena parcela dos estudantes fez uso de antibióticos e psicotrópicos (antidepressivos e ansiolíticos), totalizando 148 (10,4%) e 48 (3,4%) estudantes, respectivamente. Mesmo após a implantação da medida de combate ao uso indiscriminado dos antimicrobianos (RDC 20, de 5 de maio de 2011), e a regulamentação de substâncias sujeitas a controle especial (Portaria 344, de 12 de maio de 1998), os alunos ainda conseguiram desobedecer às exigências e conseguiram efetuar a compra desses medicamentos sem apresentação de receitas, ou adquiriram de vizinhos e amigos.

Um estudo feito com estudantes universitários da África e Ásia, mostrou que o uso de antibióticos é praticado por apresentar uma alternativa de menor custo, principalmente para quem não tem condições para pagar serviços de saúde (KUMAR et al.; GOEL, GUPTA; EHIGIATOR et al., 2013). Já em relação ao uso de antidepressivos e ansiolíticos, Aquino; Barros; Silva (2010), apontaram o estresse como principal motivador. Quando comparado com a quantidade de estudantes que utilizaram os AINES, o uso dos antibióticos e psicotrópicos pelos entrevistados foi relativamente baixo, porém não se deve descartar os riscos associados ao uso indiscriminado dessas classes.

O trabalho de Castro; Mello; Fernandes (2016) sobre a utilização de descongestionantes nasais, demonstrou que 79 dos 90 estudantes que se automedicaram, relataram serem dependentes do medicamento. Além disso 69 relataram que não receberam orientação quanto ao uso abusivo do medicamento, nem sobre seus efeitos adversos.

Freitas, em 2014, relata que essa ausência de orientação em relação ao uso desses

medicamentos e a facilidade de compra dos mesmos, são fatores que influenciam a prática. Apesar dos indivíduos participantes das pesquisas serem estudantes da área de saúde isto não os desobriga a se informar a respeito dos riscos relacionados para evitar a utilização indiscriminada.

Os descongestionantes são compostos pelas aminas simpaticomiméticas e pelos imidazóis. A classe dos imidazólicos é a que está mais relacionada à ocorrência de efeito rebote pela longa duração da sua ação, causando a diminuição do calibre dos vasos sanguíneos da mucosa nasal e desobstruindo. Entretanto, o uso abusivo a longo prazo pode acarretar problemas para outros vasos sanguíneos do corpo, ocasionando problemas cardíacos e favorecendo problemas com hipertensão arterial (SMITH, 2004; KNIPPING et al., 2007; PLAVINIK, 2002).

Quando se trata de efeitos adversos e colaterais, a maioria dos artigos não relatou se houve ou não em seus participantes, exceto o estudo realizado por Martinez et al., no qual 23 estudantes relataram ter alguns efeitos, porém os mesmos não relataram quais tipos de efeitos adversos apresentaram. No entanto, a falta de efeitos adversos não isenta o indivíduo de ter complicações futuras.

4 | CONCLUSÃO

O nível de automedicação encontrado entre os estudantes entrevistados nos artigos revisados foi bastante elevado, tendo a região Sudeste sido predominante e constatado que o nível de instrução dos estudantes pode ser considerado um dos fatores de influência nessa prática, porém não foram encontrados dados suficientes para identificar se as indicações por familiares e/ou amigos teve influência na questão abordada. Apesar de seguirem também essas indicações, os estudantes buscaram informações nas bulas dos respectivos medicamentos.

De acordo com os dados mais recentemente publicados no Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), o Brasil atingiu mais de 20 mil casos de intoxicação e 50 óbitos por medicamentos em 2017. Apesar disso, há uma carência de estudos de investigação sobre o uso indiscriminado de medicamentos, principalmente quando se trata de futuros profissionais da saúde, comprometendo análises mais conclusivas sobre o tema e sobre a situação do país.

As informações contidas neste estudo em confronto com os dados mencionados acima deixam nítido que as ações relacionadas a promoção e prevenção do uso racional dos medicamentos, não foram suficientes. A assistência farmacêutica é uma das alternativas de informação e educação em saúde, visando orientar e ajudar a população a manter hábitos saudáveis. Assim, pode colaborar para a diminuição dos casos de intoxicação e consequentemente atuar de uma forma mais eficiente na promoção da saúde.

Por fim, surge a necessidade de incorporar mais práticas educativas referentes ao

uso indiscriminado dos medicamentos, intoxicações, gastos com o sistema de saúde, tanto na comunidade, quanto nas universidades, sobretudo quando se trata de alunos no fim da graduação, para que possam se tornar profissionais que não sejam coniventes com o problema, capazes de orientar e acolher os seus pacientes, evitando que essa prática seja mais difundida na população e prevenir futuros comprometimentos com a própria saúde, assim como despertar o interesse da comunidade científica como um todo para que mais trabalhos sejam publicados e discutidos dentro do tema de modo a corroborar com embasamento no combate à automedicação e seus riscos.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Daniela Silva de; BARROS, José Augusto Cabral de; SILVA, Maria Dolores Paes da. A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2533-2538, 2010.
- BARRETO, Karoline Milena da Silva. **Automedicação em estudantes de graduação em Farmácia: uma revisão narrativa**. 2019. 46 f. Monografia (Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal de Sergipe – SE.
- BASTIANI, Alien et al. O uso abusivo de medicamentos. *Disciplinarum Scientia Saúde, Santa Maria*, v. 6, n. 1, p. 27-33, 2016.
- CASTRO, Laís do Nascimento de; MELLO, Miriam Marcolan de; FERNANDES, Wendel Simões. Avaliação da prática de automedicação com descongestionantes nasais por estudantes da área da saúde. *Journal of the Health Sciences Institute*, p. 163-167, 2016.
- DAMASCENO, Dênis Derly et al. Automedicação entre graduandos de enfermagem, farmácia e odontologia da Universidade Federal de Alfenas. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 11, n. 1, p. 48-52, 2007.
- DE OLIVEIRA ALVIM, Haline Gericá; LIMA, Mizaél Maciel. Riscos da Automedicação. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 2, n. 4, p. 2012-2019, 2019.
- DHAMER, T. et al. A automedicação em acadêmicos de cursos de graduação da área da saúde em uma universidade privada do estado do Rio Grande do Sul. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, (ISSN 2238-3360), v. 2, n. 4, p. 1-3, 2012.
- DOS SANTOS, Thiago Sampaio et al. Prática da automedicação entre acadêmicos do curso de enfermagem de uma instituição de ensino superior. *Scientia. Plena*, v. 14, n. 7, 2018.
- EHIGIATOR, Osarobo et al. Self-medication practices among dental, midwifery and nursing students. *European Journal of General Dentistry*, v. 2, n. 1, p. 54, 2013.
- FERNANDES, A., Palma, L., Frazão, F. & Monteiro, C. Medicamentos não sujeitos a receita médica - Razões mais frequentes do seu uso. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 2010, v. 7 n. 1, p. 47-55.
- FREITAS, Patrícia Silva. Eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos descongestionantes nasais tópicos–Revisão bibliográfica. *Revista On-line IPOG Especialize. Goiânia*, v. 8, 2014.
- GALATO, D. MADALENA, J. PEREIRA, G. B. Automedicação em estudantes universitários: a influência da área de formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 12, p.3323-3330, 2012.

GAMA, Abel Santiago Muri; SECOLI, Silvia Regina. Automedicação em estudantes de enfermagem do Estado do Amazonas–Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, 2017.

GOEL D, GUPTA S. Self-medication patterns among nursing students in North India. **IOSP Journal of Dental and Medical Science**. 2013. Disponível em: <http://iosrjournals.org/iosr-jdms/papers/Vol11-issue4/D01141417.pdf?id=8203>. Acesso em 24 de abril de 2020.

JAMES H, Handu SS, Al Khaja KAJ, Sequeira RP. Influence of medical training on self-medication by students. **International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics**; Rockledge, v.46, n.1, p.23-29, 2008.

JESUS, P. **As mensagens persuasivas dos medicamentos. Verdade ou mentira?** UNESCO - Congresso Multidisciplinar de Comunicação para o Desenvolvimento Regional São Bernardo do Campo - SP. Brasil - 9 a 11 de outubro de 2006 - Universidade Metodista de São Paulo.

KNIPPING S, Holzhausen HJ, Goetze G, Riederer A, Bloching MB. Rhinitis medicamentosa: Electron microscopic changes of human nasal mucosa. **Otolaryngol Head Neck Surgery**. 2007; v. 136, n. 1, p. 57-61.

KOROLKOVAS, Andrejus. Dicionário terapêutico guanabara 2006/2007. **Rio de Janeiro: Guanabara Koogan**, 2006, p. 21.1-21.11.

KUMAR N, Kanchan T, Unnikrishnan B, Rekha T, Mithra P, Kulkarni V, et al. Perceptions and practices of self-medication among medical students in Coastal **South India**. **PLoS One**. 2013. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0072247&type=printable>. Acesso em 21 de abril de 2020.

LIMA, Daniely Mara et al. Avaliação da prática da automedicação em acadêmicos do curso de Farmácia em uma instituição privada de ensino superior em Fortaleza-Ce. **Revista Expressão Católica Saúde**, v. 2, n. 1, p. 17-22, 2017.

MARTINEZ, José Eduardo et al. Estudo da automedicação para dor musculoesquelética entre estudantes dos cursos de enfermagem e medicina da Pontifícia Universidade Católica-São Paulo. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 54, n. 2, p. 90-94, 2014.

MASSON, Wallan et al. Automedicação entre acadêmicos do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Marília, São Paulo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 14, n. 4, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA) **Portaria nº 344**, de 12 de maio de 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html. Acesso em 29 de abril de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução 20**, de 5 de maio de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0020_05_05_2011.html. Acesso em 29 de abril de 2020.

NASCIMENTO A. Propaganda de medicamentos: como conciliar uso racional e a permanente necessidade de expandir mercado? **Trabalho, educação e saúde**, 2007, v. 5, n. 2, p. 189-215.

NETO, J. A. C. et al. Automedicação entre Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 32, n. 3, 2006.

OPAS/OMS BRASIL. **OMS lança esforço global para reduzir pela metade os erros relacionados à medicação em cinco anos**. 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5384:oms-lanca-esforco-global-para-reduzir-pela-metade-os-erros-relacionados-a-medicacao-em-cinco-anos&Itemid=838. Acesso em 21 de abril de 2020.

PLAVNIK FL. Hipertensão arterial induzida por drogas: como detectar e tratar. **Revista Brasileira de Hipertensão**. 2002; v. 9, n. 2, p. 185-91.

RAMOS, Angelo. **Riscos e consequências da automedicação**. SPDM –Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina. São Paulo, 15 jul. 2016. Disponível em: <https://www.spdm.org.br/blogs/saude-em-geral/item/2296-riscos-e-consequencias-da-automedicacao>. Acesso em 21 de abril de 2020.

RODRIGUES, Jeferson Millan et al. Avaliação do uso racional de medicamentos entre ingressantes na Universidade São Francisco nos cursos de Engenharia de Produção e Farmácia. **Perspectivas Médicas**, v. 24, n. 3, 2013.

SÁ MB, Barros JAC, Sá MPBO. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo; v. 10, n. 1, p. 75-85, 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang. Eficácia dos Direitos Fundamentais. 12a Ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015. Citou -J.J.G. Canotilho, **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**, 7a Ed. Coimbra: Almedina, p. 418, 2013.

SILVA JAC, Gomes AZ, Oliveira JPS, Sasaki YA, Maia BTB, Abreu BM. Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, v. 11, n.1, p. 27-30, 2013.

SILVA, L. S. F. et al. Automedicação em acadêmicos de cursos de graduação da área da saúde de uma universidade privada do Sul do Estado de Minas Gerais. **Odontologia Clínico-Científica**. Recife, v. 10, n.1, p. 57 - 63, jan/mar. 2011.

SILVA, Ruan CG et al. Automedicação em acadêmicos do curso de medicina. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 45, n. 1, p. 5-11, 2012.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS – SINITOX. **Dados de intoxicação**. Disponível em: <https://sinitox.iciet.fiocruz.br/>. Acesso em 26 de abril de 2020.

SMITH DG, Aronson JK. **Tratado de farmacologia clínica e farmacoterapia**. 3.a ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2004.

TOMASINI, Alexandre Abujamra; FERRAES, Alide Marina Biehl; DOS SANTOS, Joice Sifuentes. Prevalência e fatores da automedicação entre estudantes universitários no Norte do Paraná. **Biosaúde**, v. 17, n. 1, p. 1-12, 2015.

VILARINO, Jorge F. et al. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Revista de saúde pública**, v. 32, p. 43-49, 1998.

WANNMACHER, Lenita. Inibidores seletivos de cicloxigenase-2 revisitados um ano depois. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados, Brasília**, v. 2, n. 2, p. 1-6, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2010. Medicines: **rational use of medicines Fact sheet N°338**, May 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22206en/s22206en.pdf>. Acesso em: 15 de novembro de 2019.

AVALIAÇÃO DA FARMACOTERAPIA DE PACIENTES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA PREFEITURA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES

Data de aceite: 01/07/2020

Data de Submissão: 25/05/2020

Andréa Luciana da Silva

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Ciências da Saúde, Recife – PE
<http://lattes.cnpq.br/4108436714924063>

Beatriz Gomes da Silva

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Ciências da Saúde, Recife – PE
<http://lattes.cnpq.br/0870742059578840>

Sheila Elcielle d' Almeida Arruda

Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes, Jaboatão
dos Guararapes – PE

Márcio Leonardo de Santana Marinho Falcão

Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes,
Jaboatão dos Guararapes – PE
<http://lattes.cnpq.br/0761086716629012>

Marcos Victor Gregório de Oliveira

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Ciências da Saúde, Recife – PE
<http://lattes.cnpq.br/3423534753290053>

Maria Joanellys dos Santos Lima

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Ciências da Saúde, Recife – PE
<http://lattes.cnpq.br/3806562188659328>

Larissa Araújo Rolim

Universidade Federal do Vale do São Francisco –
PE
<http://lattes.cnpq.br/6895886111671283>

Pedro José Rolim Neto

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Ciências da Saúde, Recife – PE
<http://lattes.cnpq.br/8152775457567731>

Rosali Maria Ferreira da Silva

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Ciências da Saúde, Recife – PE
<http://lattes.cnpq.br/0897450065155760>

RESUMO: O Programa de saúde da Família (PSF) foi implementado como uma estratégia de organização do Sistema Único da Saúde (SUS), seguindo os princípios da universalidade, equipe e integralidade. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo realizar uma pesquisa estatística na Unidade de Saúde da Família no Curado II/II determinando a porcentagem de pacientes hipertensos, diabéticos, os acometidos com essas duas patologias e expor quais medicamentos são mais prescritos na terapêutica. Dessa forma, foi realizado um levantamento estatístico entre os meses de outubro a dezembro de 2015 utilizando como ferramenta as receitas dos pacientes do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (Hiperdia). No período de três meses foram coletadas 282 prescrições do hiperdia. Destes, 65% dos pacientes são hipertensos, 10% são diabéticos e 25% são hipertensos e diabéticos.

Para o tratamento do Diabetes, o medicamento mais prescrito foi a metformina (850 mg) 57%, seguido da glibenclamida (5 mg) com 28%. Para o tratamento da Hipertensão Arterial o medicamento mais utilizado foi losartana potássica (50 mg) 37% e hidroclorotiazida (25 mg) com 30 % das prescrições. Assim, no período de três meses de trabalho na unidade foi visto que os medicamentos mais prescritos para hipertensão e diabetes nesse período foram: losartana potássica, hidroclorotiazida, metformina e glibenclamida. Além dessas medicações, outras classes estão presentes nas prescrições, como a sinvastatina e o omeprazol.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Farmacêutica; Prescrição Farmacêutica; Saúde da Família

EVALUATION OF THE PHARMACOTHERAPY OF PATIENTS OF A FAMILY HEALTH UNIT OF THE MAYOR OF JABOATÃO DOS GUARARAPES

ABSTRACT: The Family Health Program (PSF) was implemented as an organization strategy for the Unified Health System (SUS), following the principles of universality, team and integrality. In this context, the present study aimed to carry out a statistical survey at the Family Health Unit in Curado II / II, determining the percentage of hypertensive, diabetic patients, those affected with these two pathologies and exposing which drugs are most prescribed in therapy. Thus, a statistical survey was carried out between the months of october and december 2015 using as a tool the recipes of patients from the Hypertension and Diabetes Program (Hiperdia). In the three-month period, 282 prescriptions for hyperdia were collected. Of these, 65% of patients are hypertensive, 10% are diabetic and 25% are hypertensive and diabetic. For the treatment of Diabetes, the most prescribed medication was metformin (850 mg) 57%, followed by glibenclamide (5 mg) with 28%. For the treatment of Arterial Hypertension, the most used medication was losartan potássica (50 mg) 37% and hicrochlorothiazide (25 mg) with 30% of prescriptions. Thus, in the three-month period of work at the unit, it was seen that the most prescribed drugs for hypertension and diabetes in that period were: losartana potássica, hydrochlorothiazide, metformin and glibenclamide. In addition to these medications, other classes are present in the prescriptions, such as simvastatin and omeprazole.

KEYWORDS: Pharmaceutical attention; Pharmaceutical prescription; Family Health

1 | INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) representa a porta de entrada da população aos serviços de saúde. O PSF é composto por uma equipe multidisciplinar trabalhando com o princípio de promoção, proteção e recuperação da saúde através da criação de vínculos e assistência contínua entre os profissionais e a população (SILVA, SILVA, BOUSSO, 2011; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A Unidade de Saúde da Família (USF) no Curado II/II do município de Jaboatão dos Guararapes teve início em Setembro de 2012. A USF apresenta uma boa estrutura

com recepção, salas de espera, coleta, vacina, curativo, farmácia, consultórios (Médico, Enfermagem e Odontológico), banheiros e copa. A USF é composta por uma equipe multidisciplinar de saúde com médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e 5 agentes comunitários de saúde (ACS).

A USF Curado II/II tem como estratégia melhorar a qualidade de vida da população com compromisso e responsabilidade através dos serviços prestados, sendo a família seu núcleo básico. A USF conta com um cronograma semanal de atividades realizadas em grupos operativos. Os grupos linguagem e movimenta-se são realizados as terça-feira, os grupos afeto, 60 mais e hiperdia acontecem as quarta-feira sendo os dois primeiros a cada 15 dias e o último semanalmente. A Unidade de Saúde da Família assiste cerca de quatro mil pessoas com um total de 1.077 famílias cadastradas.

A Unidade de Saúde da Família no Curado II/II tem como referência o Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (Hiperdia) que representa uma ferramenta pra realizar o rastreamento dos usuários acometidos com hipertensão arterial e diabetes. A unidade conta com total de 449 pessoas cadastradas/acompanhadas com hipertensão arterial e 127 pessoas cadastradas/acompanhadas com diabetes.

O programa hiperdia tem como missão vincular os pacientes a unidade básica de saúde e está através dos profissionais de saúde promover um maior esclarecimento sobre a hipertensão artéria e o diabetes e a importância de possuir uma vida saudável para evitar essas doenças. Esse esclarecimento é feito através de uma assistência contínua e as pessoas acometidas com a doença recebe a medicação para efetuar a terapêutica mensalmente (GOMES, SILVA, SANTOS, 2010; SILVA et al., 2015).

O presente estudo teve como objetivo realizar uma pesquisa estatística na Unidade de Saúde da Família no Curado II/II entre os meses de Outubro a Dezembro determinando a porcentagem de pacientes hipertensos, diabéticos, os acometidos com essas duas patologias e expor quais medicamentos são mais prescritos na terapêutica.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

O presente levantamento estatístico foi realizado na Unidade de Saúde da Família no Curado II/II entre os meses de outubro a dezembro de 2015. A pesquisa teve um perfil quantitativo e utilizou como ferramenta as receitas dos pacientes do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (Hiperdia). As prescrições foram arquivadas em pastas específicas para cada mês e em seguida as análises dos dados foram realizadas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de três meses foram coletadas 282 prescrições do hiperdia. Tendo em vista que o estudo foi realizado em um período de tempo previamente determinado, de

outubro 2015 até dezembro 2015, não foi possível que coletássemos o número total de receitas correspondentes ao número de pacientes cadastrados no programa hiperdia.

Analisando os medicamentos prescritos foi possível identificar a patologia apresentada pelos pacientes. Dentro de 282 pacientes, 28 são diabéticos, 182 são hipertensos e 72 apresentam as duas patologias concomitantemente (Tabela 1). Em porcentagem esses dados correspondem a: 65% dos pacientes são hipertensos, 10% são diabéticos e 25% são hipertensos e diabéticos (Gráfico 1).

Outubro a Dezembro	
Diabéticos	28
Hipertensos	182
Hipertensos e Diabéticos	72
Total Paciente	282

Tabela 1: Número de pacientes atendidos no período de Outubro a Dezembro.

Fonte: Dados da pesquisa.

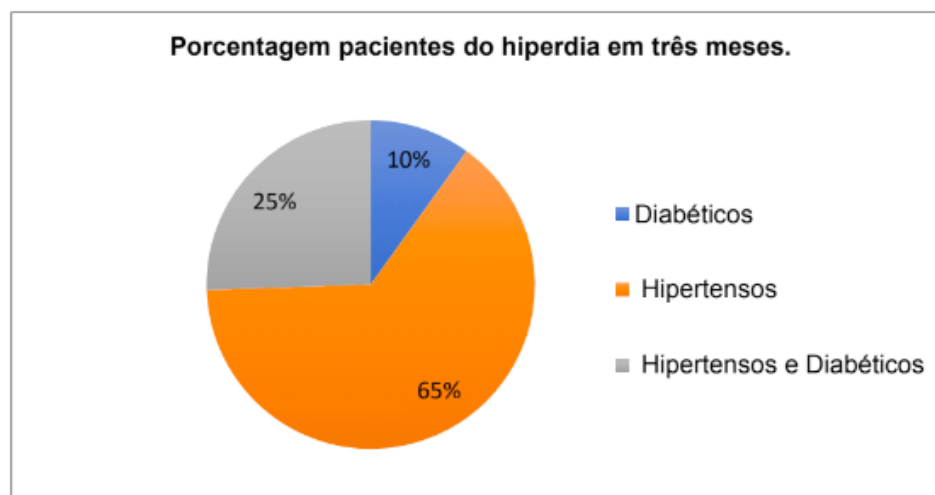


Gráfico 1: Porcentagem de pacientes do hiperdia em três meses.

Fonte: Dados da pesquisa.

Avaliando as prescrições coletadas foi possível obter os medicamentos mais prescritos para hipertensão, diabetes e as medicações indicadas para outras patologias. Para o tratamento da diabetes os medicamentos ofertados pela unidade são: glibenclamida (5mg), metformina (850 mg), glicazida (80 mg), Insulina Regular e Insulina NPH 100 UI. Analisando as 282 prescrições foi possível obter que dentre os medicamentos ofertados para diabetes o mais prescrito é a metformina (850 mg) com uma porcentagem de 57% das prescrições, seguida pela glibenclamida (5 mg) com uma porcentagem de 28% das prescrições (Gráfico 2).

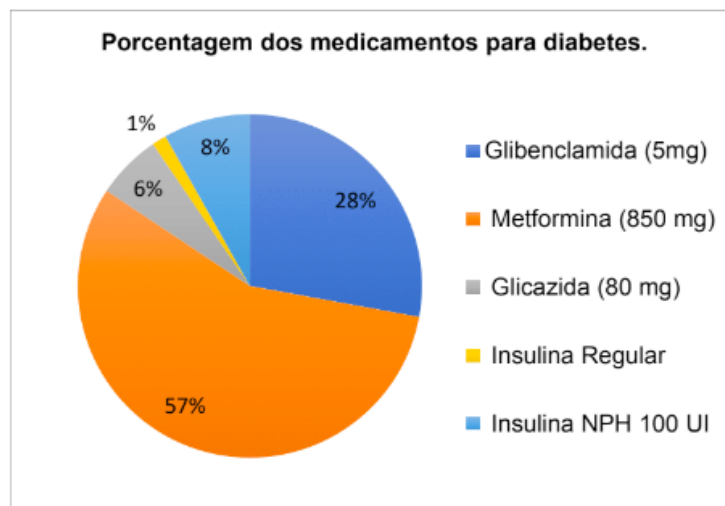


Gráfico 2: Porcentagem dos medicamentos para diabetes.

Fonte: Dados da pesquisa.

Para hipertensão os medicamentos ofertados são: hidroclorotiazida (25 mg), captopril (25 mg), losartana potassica (50 mg), atenolol (50 mg), anlodipino (10 mg), enalapril (20 mg), enalapril (10 mg), propanolol (40 mg), furosemida (40 mg), nifedipino (20 mg) e metildopa (25 mg). Entre os medicamentos dessa lista, os mais prescritos no período de três meses foram: losartana potassica (50 mg) com 37% das prescrições e hidroclorotiazida (25 mg) com 30 % das prescrições (Gráfico 3).

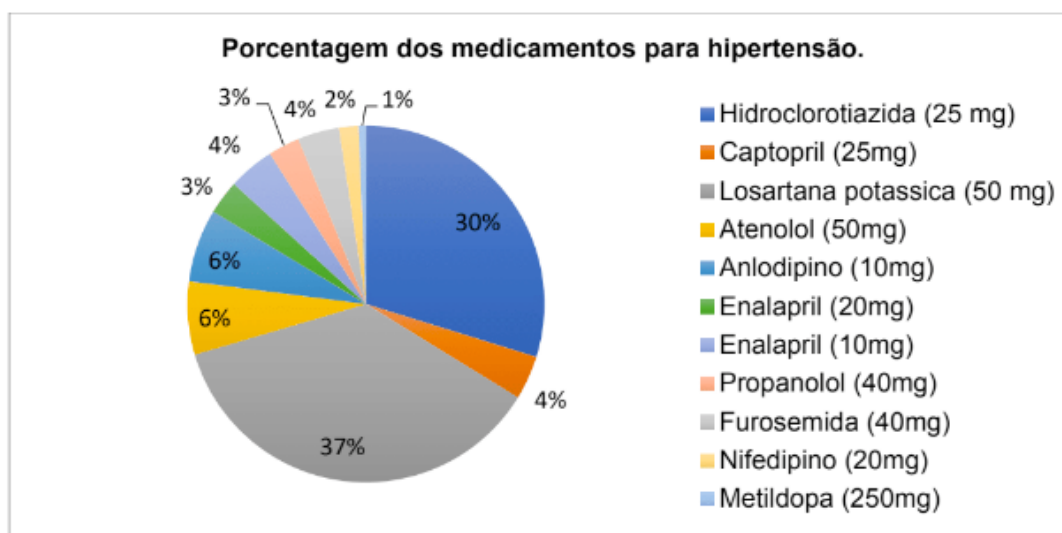


Gráfico 3: Porcentagem dos medicamentos para hipertensão.

Fonte: Dados da pesquisa.

Além dos medicamentos para tratamento de hipertensão e a diabetes, outras medicações constam na prescrição do hiperdia. Essas medicações são destinadas para diversas patologias como dislipidemias, problemas gástricos e distúrbios cardíacos. Dentre elas estão: Sinvastatina (20 mg), AAS (100 mg), Omeprazol, Digoxina (0,25

mg) e Isossorbida (5 mg). Realizando a mesma análise feita para os medicamentos de hipertensão e diabetes, obtivemos que a Sinvastatina (20 mg) é a mais prescrita, com uma porcentagem de 54%, seguida pelo Omeprazol com uma porcentagem de 24% (Gráfico 4).

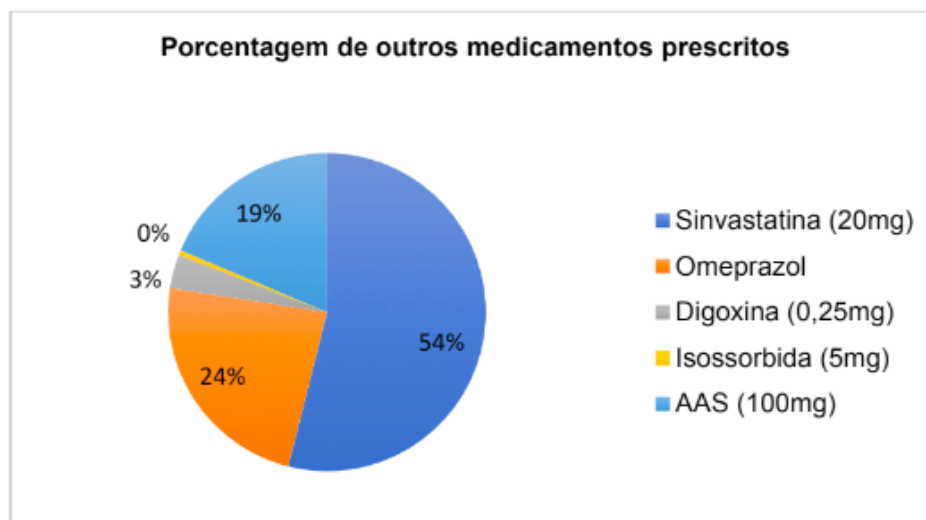


Gráfico 4: Porcentagem de outros medicamentos prescritos.

Fonte: Dados da pesquisa.

4 | CONCLUSÃO

A presente pesquisa foi realizada no período de Outubro à Dezembro na Unidade de Saúde da Família Curado II/II. Durante esses meses foi possível realizar um estudo de levantamento das prescrições do programa hiperdia. Além disso, esse período de levantamento de dados foi de suma importância para conhecer a rotina da farmácia, da unidade de saúde e a farmacoterapia dos pacientes do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (Hiperdia) da USF Curado II/II de Jaboatão dos Guararapes.

A USF Curado II/II tem como objetivo melhorar a qualidade de vida da população com compromisso e responsabilidade através dos serviços prestados, tendo a família seu núcleo básico. Essa unidade tem como referência o Hiperdia que, é um programa missão vincular os pacientes hipertensos e diabéticos a unidade básica de saúde. No período de três meses de trabalho na unidade foi visto que os medicamentos mais prescritos para hipertensão e diabetes nesse período foram: Losartana Potássica, Hidroclorotiazida, Metformina e Glibenclamida. Além dessas medicações, outras classes estão presentes nas prescrições, como a Sinvastatina e o Omeprazol.

REFERÊNCIAS

- GOMES, T. J. O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A. **Controle da Pressão Arterial em Pacientes Atendidos pelo Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família**. Revista Brasileira de Hipertensão, v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010.
- PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)**. Revista de Ciência e Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p.1903-1913, 2018.
- SILVA, M. C. L. S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. **A Abordagem à Família na Estratégia Saúde da Família: Uma Revisão Integrativa da Literatura**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 5, p. 1250-1255, 2011.
- SILVA, J. V. M.; MANTOVANI, M. F.; KALINKE, L. P.; ULBRICH, E. M. **Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 68, n. 4, p. 626-632, 2015.

AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS E AUSCULTA CARDÍACA DOS ESTUDANTES DA ESCOLA ALLAN KARDEC – CATALÃO/GO QUE ESTÃO MATRICULADOS REGULARMENTE NAS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 03/06/2020

Gustavo Henrique Fernandes Rodrigues

Graduado em Fisioterapia pelo Centro
Universitário UNA
Catalão – Goiás

<http://lattes.cnpq.br/4369835768240447>

<https://orcid.org/0000-0001-6182-9144>

Marcos Paulo Ribeiro dos Santos

Docente do Curso de Fisioterapia do Centro
Universitário UNA e Gestor Assistencial no
Hospital São Nicolau
Catalão – Goiás

<http://lattes.cnpq.br/6099993338663534>

RESUMO: A saúde da criança e do adolescente tem se tornado algo de grande investigação. Patologias cardíacas podem estar relacionadas desde a infância. Durante as aulas de educação física são realizadas diversas atividades que sobrecarregam o corpo do indivíduo. Deste modo, como não é realizada uma avaliação, os participantes ficam livres para executar qualquer atividade proposta pelo educador físico. Durante os exercícios, nosso corpo passa por várias adaptações para suprir a falta de nutrientes e oxigênio nos músculos,

exigindo do coração maior demanda. Participantes que não estão aptos poderão ter uma sobrecarga, e se não tratado, podem desenvolver inúmeros problemas de saúde no futuro. O projeto consiste em avaliar por meio dos sinais vitais e da ausculta cardíaca, como o sistema cardiovascular dos alunos respondem aos exercícios. A coleta de dados foi realizada antes e após as atividades. Foi coletado de cada participante a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, temperatura e a ausculta cardíaca. Dentre os 183 alunos convidados, 114 compareceram as aulas e foram submetidos à avaliação. Foram realizadas 291 avaliações, assim cada aluno foi avaliado numa média de 3 vezes. Verificou-se que 95 participantes apresentaram alterações nos valores e foram orientados juntamente com os responsáveis quanto às medidas preventivas. Diante deste projeto, observou-se nos alunos uma maior motivação para as aulas de educação física, de modo que a escola se tornou parceira e propôs ações mais dinâmicas em relação à qualidade de vida dos participantes envolvidos, oferecendo além de saúde, conhecimento e informação.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação; sinais vitais; ausculta cardíaca; exercício físico, fisioterapia.

EVALUATION OF VITAL SIGNS AND HEART AUSCULTURE OF ALLAN KARDEC SCHOOL STUDENTS - CATALÃO / GO THAT ARE REGULARLY ENROLLED IN PHYSICAL EDUCATION CLASSES

ABSTRACT: The health of children and adolescents has become something of great research. Cardiac pathologies can be related since childhood. During physical education classes, several activities are performed that overload the individual's body. In this way, as an evaluation is not carried out, the participants are free to perform any activity proposed by the physical educator. During exercise, our body goes through several adaptations to supply the lack of nutrients and oxygen in the muscles, demanding greater demands from the heart. Participants who are not fit may experience an overload, and if left untreated, they may develop numerous health problems in the future. The project consists of assessing, through vital signs and cardiac auscultation, how the students' cardiovascular system responds to exercises. Data collection was performed before and after activities. Blood pressure, heart rate, respiratory rate, oxygen saturation, temperature and cardiac auscultation were collected from each participant. Among the 183 invited students, 114 attended classes and underwent assessment. 291 evaluations were carried out, so each student was evaluated an average of 3 times. It was found that 95 participants showed changes in values and were advised together with those responsible for preventive measures. In view of this project, students were more motivated for physical education classes, so that the school became a partner and proposed more dynamic actions in relation to the quality of life of the participants involved, offering in addition to health, knowledge and information.

KEYWORDS: Evaluation; vital signs; cardiac auscultation; physical exercise; physiotherapy.

1 | INTRODUÇÃO

No momento atual, a saúde física do adolescente tem se tornado algo de bastante investigação, observando que grande parte das patologias relacionadas ao sistema cardiovascular tenha expressado na infância. Logo, a real necessidade da inclusão de profissionais capacitados em diversos âmbitos, sendo um deles a escola, promovendo aos participantes que permanecem grande parte do seu tempo neste local, à promoção de saúde e a atenção primária em crianças e adolescentes (DONATO, 2012, p. 18). Como meios para isso, o profissional da área da saúde dispõe de inúmeros recursos utilizados na prática clínica, que servem tanto para diagnóstico, prevenção e promoção de bem-estar físico, psíquico e social (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 539).

Dentre os recursos disponíveis para o monitoramento dos sinais vitais (SSVV), temos a pressão arterial (PA), que tem como finalidade monitorar a força exercida pelo sangue na parede das artérias. Esta sofre sucessivas variações fisiológicas a depender da maneira como o participante se encontra, como por exemplo: a prática de exercícios físicos, estresse, dor, sono e postura (PORTO, 2009, p. 431-439). É fundamental executar

a aferição de maneira frequente, pois esta é de extrema importância na realização da anamnese, independentemente da idade que este participante se apresenta (SILVA et al., 2007, p. 493). Outro parâmetro bastante utilizado é a aferição da frequência cardíaca (FC) por meios de aparelhos, ou até mesmo com dígito pressão sobre uma artéria palpável a fim de medir a quantidade de vezes que o coração bate por 1 (um) minuto (PORTO, 2009, p. 413).

A frequência respiratória (FR) é outro método bastante utilizado numa avaliação clínica do paciente, consiste no número de ciclos respiratórios realizado em 1 (um) minuto (CARVALHO; TOUFEN JUNIOR; FRANCA, 2007, p. S54). Já a saturação de oxigênio (SaO₂) refere-se a quantidade de oxigênio que o sangue está transportando (MENDES et al., 2010, p. 450).

Dentre os recursos que o nosso corpo utiliza para manter a homeostasia, a temperatura corporal (TC) é uma forma de regulação que ocorre durante um exercício em execução. As variações de TC podem ocorrer devido fatores internos, dentre eles o metabolismo e a fatores externos como o clima e o suor (FLEGEL, 2008, p. 134-135).

Como método de investigação tem-se a ausculta cardíaca (AC), utilizada de maneira indispensável na rotina clínica, com o intuito de possibilitar um diagnóstico das enfermidades cardíacas (PORTO, 2009, p. 409-411).

A Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, em seu artigo 26, parágrafo 3º, retrata que a educação física (EF) é componente curricular obrigatório da educação básica. Deste modo são executados regularmente por meio de um profissional capacitado, podendo ser nítido nas crianças e adolescente melhora psicológica significativa. Isso se dá pela interação social proporcionada por esta atividade, contribuindo para diminuição nos índices de depressão, além de uma melhora da imagem corporal, levando a melhora da autoestima, resposta imunológica, aptidão física, função fisiológica e redução do risco de fadiga muscular (KIRKCALDY; SHEPHARD; SIEFEN, 2001, p. 548-549).

Entretanto, sugerem que as escolas por meio da EF promovam atividades extracurriculares voltadas ao condicionamento físico, que promovam inúmeros benefícios aos participantes após o período escolar (BERGMANN et al., 2005, p. 60) além de poder ofertar possibilidades de dias e horários, reduzindo a taxa de sedentários e conscientizar sobre os benefícios proporcionados pela atividade (SILVA, 2009, p. 2198). Cabe tanto às escolas, como aos profissionais, meios de estimular os participantes dos benefícios da prática regular, a fim de terem efeito benéfico à saúde a curto e longo prazo (SILVA; MALINA, 2000, p. 1096). Este fato acaba sugerindo a implantação de meios para que os participantes realizem os exercícios, de modo que haja promoção e iniciativa de estimulação de políticas públicas voltada à importância de o corpo estar em movimento (PELEGRINI et al., 2011, p. 95).

Quando estamos executando algum tipo de exercício, nosso corpo necessita ainda mais de oxigênio e nutrientes. Para que esta falta seja suprida, tem-se um aumento rápido

no fluxo sanguíneo que eleva o retorno venoso e o débito cardíaco. Consequentemente, a pressão exercida não força somente a parede dos vasos, como também há distensão das paredes das arteríolas, reduzindo ainda mais a resistência vascular (GUYTON, 2002, p. 914-916). Estudos apontam que atividades planejadas com maiores intervalos de descanso apresentam menor estresse cardíaco em resposta a PA e FC, pois previnem riscos cardiovasculares. Já em períodos curtos de recuperação, há produção de lactato que sugere relação com a fadiga muscular causando insuficiente recuperação no aspecto vascular (CASTINHEIRAS-NETO; FILHO; FARINATTI, 2010, p. 499-500).

2 | OBJETIVO GERAL

Identificar por meio da ausculta cardíaca e aferição de sinais vitais participantes que possuem alterações cardiovasculares no pré e pós-exercício físico.

3 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os participantes que apresentam falta de preparo cardiovascular;
- Verificar as limitações de cada participante;
- Investigar o histórico clínico de cada participante;
- Orientar quanto às alterações encontradas e a importância de um profissional de saúde no acompanhamento das aulas.

4 | JUSTIFICATIVA

Os estresses aplicados durante um exercício físico ao participante que não esteja apto poderão gerar sobrecarga no sistema cardiovascular, podendo ocasionar em efeitos deletérios ao organismo, caso o mesmo já possua alguma disfunção de origem congênita ou adquirida. Nas aulas de educação física, os participantes são submetidos a atividades de baixa, média e alta intensidade por períodos prolongados, sem antes passarem por uma avaliação que visa analisar o seu desempenho funcional.

Salientar a importância de um profissional da saúde, neste caso um fisioterapeuta, durante as aulas de educação física, para realizar o acompanhamento e as avaliações junto ao educador físico.

De acordo com a Resolução N° 454, de 25 de abril de 2015:

Art. 1º. Reconhecer e disciplinar a atuação do Fisioterapeuta Cardiovascular, que se caracteriza pelo exercício profissional em todos os níveis de atenção à saúde, em todas as fases do desenvolvimento ontogênico, e nos diversos grupos populacionais e atenção aos que necessitam do enfoque de promoção, prevenção, proteção, educação, intervenção

terapêutica e recuperação funcional de indivíduos com doenças cardíacas e vasculares periféricas e síndrome metabólica, nos seguintes ambientes, independentemente da sua natureza administrativa: I – hospitalar; II – ambulatorial (clínicas, consultórios, unidades básicas de saúde); III – domiciliar.

5 | LOCAL DE REALIZAÇÃO

Escola Allan Kardec, situada na Rua Dois de Outubro, 1653 – Jardim Paraíso, na Cidade de Catalão, Estado de Goiás.

6 | METODOLOGIA

Trata de um projeto de extensão, descritivo e exploratório, onde foram avaliados alunos que estavam regularmente matriculados nas aulas de educação física. Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão, em 03 de maio de 2019, sob número CAAE: 98099618.0.0000.8409 e parecer nº 3.302.284, de acordo com o disposto na Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares nº 510/16 ou nº 580/18.

As coletas de dados foram realizadas no período que compreende as aulas de educação física que ocorrerão no turno vespertino da 13h às 17h, de segunda a quinta-feira, com início em 30 de abril e término no dia 22 de junho de 2018. O responsável pela pesquisa foi até a escola na parte da manhã, horário em que os alunos estavam em aula e apresentou às turmas o projeto com todas as informações necessárias e ao final foi entregue para cada participante 2 (duas) cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que os responsáveis pudessem fazer a leitura e permitir a autorização no projeto. Os participantes ficaram responsáveis por levar o TCLE, repassar as informações apresentadas pelo pesquisador e colher a assinatura dos responsáveis. Na apresentação do projeto, foram repassados aos participantes, que o responsável ficaria com 1 cópia do TCLE já assinada pelo pesquisador e a outra cópia, o participante levaria no dia em que seria sua aula para que o pesquisador pudesse dar seguimento nas etapas. Os responsáveis tiveram prazo de 1 (uma) semana após a entrega do TCLE para fazerem a leitura e caso persistirem dúvidas possuiriam a disponibilidade de entrar em contato com o pesquisador pelos meios disponíveis no termo.

Aos alunos interessados, no primeiro dia foram realizadas as entrevistas com os participantes em uma sala de aula fechada, sem a interferência de outras pessoas para o preenchimento das fichas de anamnese, ficando o participante à vontade para responder questões abordando dados pessoais, história clínica de doenças e a frequência de atividades físicas semanais. Além disso, foram feitos o recolhimento do TCLE autorizado pelo responsável e solicitado pelo participante o preenchimento do Termo de Assentimento

Livre e Esclarecido (TALE). As coletas dos dados ocorreram no encontro seguinte com os participantes individualmente em uma sala dentro da quadra de esporte. O procedimento ocorreu na aula alguns instantes antes do início das atividades. Os participantes que passaram pela avaliação foram liberados para o exercício e isso ocorreu até que todos que estavam presentes naquele dia, tenham sido avaliados. As atividades ocorreram durante 30 (trinta) minutos cronometrados, deste modo o primeiro participante que foi avaliado passou novamente pela avaliação enquanto os outros estavam praticando as atividades e isso ocorreu simultaneamente conforme foram avaliados inicialmente. O procedimento ocorreu 1 (uma) vez por participante antes e após o exercício. Não houve número mínimo de encontro com os participantes, isso dependeu da sua frequência às aulas.

Os sinais colhidos foram: pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), saturação de oxigênio (SaO₂) e temperatura (T). Além dos SSVV o participante foi auscultado por um estetoscópio nos 4 (quatro) principais pontos, dentre eles: foco aórtico, foco pulmonar, foco tricúspide e foco mitral. O procedimento de aferição da PA foi realizado por meio de um esfigmomanômetro aneróide acoplado no braço direito do participante na região da artéria braquial. O manguito foi inflado até que não houve percepção de pulso por meio da artéria radial, deste modo, o manguito foi inflado entre 20 (vinte) a 30 (trinta) mmHg a mais. Seguindo o procedimento, acoplou o estetoscópio sobre a artéria. Na medida em que o fluxo sanguíneo foi liberado, foi possível auscultar os sons de Korotkoff e determinar o valor de PA. A aferição da SaO₂ e FC foi por meio de um oxímetro de pulso acoplado na 2º (segunda) falange distal da mão direita. Já na FR, foi realizada a inspeção do paciente durante 1 (um) minuto e contabilizado o número de ciclos respiratório. Por fim, a verificação da TC foi realizada por meio de um termômetro digital infravermelho sobre a região frontal da cabeça. Lembrando que os equipamentos utilizados foram calibrados antes da coleta.

Os participantes avaliados foram de ambos os sexos, cursando entre o 4º ao 9º ano do Ensino Fundamental I e II, estes com a faixa etária de 8 (oito) a 15 (quinze) anos de idade, considerados crianças e adolescente, conforme a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, em seu artigo 2º.

7 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a finalização da coleta de dados, os resultados foram transcritos e analisados em tabela no Excel. Dentre os 183 (cento e oitenta e três) alunos convidados, 114 (cento e quatorze) compareceram as aulas e foram submetidos à avaliação. Foi realizada 291 (duzentos e noventa e uma) avaliações, assim cada aluno foi avaliado numa média de 3 (três) vezes. Deste modo, foram verificados que 95 (noventa e cinco) participantes apresentaram alterações nos valores. Estes foram selecionados e juntamente com a

Orientadora Educacional da escola, foram expostos os resultados da pesquisa. Os responsáveis e o aluno foram orientados sobre a importância do cuidado com a saúde relacionada aos riscos cardiovasculares e salientados da importância de se procurar um profissional da área para uma avaliação minuciosa. Receberam uma carta de encaminhado para o serviço de Fisioterapia Cardiovascular na Clínica Escola do Centro Universitário UNA para uma avaliação e caso necessário iniciar um programa de reabilitação cardíaca. Na Figura 1 é representado as etapas de desenvolvimento do projeto. Foi frisado com os responsáveis que o serviço de Fisioterapia é totalmente gratuito.

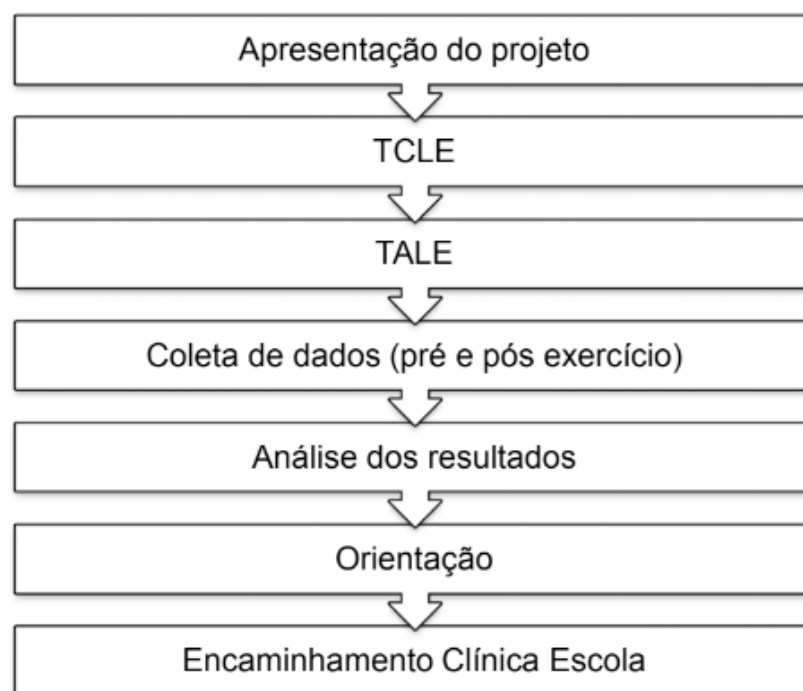


Figura 1: Fluxograma das etapas do projeto

Dentre os resultados da pesquisa, os alunos tiveram acesso a um serviço de saúde de forma primária de caráter preventivo a doenças cardíacas, e puderam entender melhor a importância da aferição dos SSVV e AC antes e após as atividades. Puderam entender um pouco sobre sua anatomia e fisiologia do sistema cardiovascular e da importância da prática de exercícios físicos como benefícios para a saúde. Além disso, foi enfatizada a importância de se ter um profissional capacitado para fazer o acompanhamento e da exigência de um atestado que comprovam a aptidão do estudante.

No campo nutricional, foram alertados para comidas com muito sal e excesso de gordura, tendo consciência da importância de uma alimentação saudável acerca dos principais riscos que se tem com uma alimentação inadequada, assim como da importância de se hidratarem durante os exercícios, podendo a partir de agora terem a responsabilidade das suas condutas em relação a sua saúde e o cuidado com o seu corpo.

Sobre a implantação de um profissional da saúde durante as aulas, no momento isto não é possível, pois a escola é uma instituição da rede privada de ensino, porém

de caráter gratuito e confessional conveniada à Prefeitura Municipal de Catalão, e para que isto aconteça, a escola deve entrar com um projeto para solicitar, mas infelizmente a presença deste tipo de profissional ainda não é instituído por lei no âmbito escolar.

Com relação ao professor de educação física, o responsável pelo projeto passou algumas orientações a cerca de condutas e medidas preventivas a realizar-se em casos de urgência ou emergência que necessite de primeiros socorros.

Sobre o projeto, conseguiu-se divulgá-lo em todo o âmbito escolar, despertando o interesse de outras crianças da comunidade local ou que frequentavam a escola, mas com outras finalidades. Os alunos foram esclarecidos sobre os serviços prestados na Clínica Escola do Centro Universitário UNA e da importância da Fisioterapia para as pessoas que dela procuram. Deve-se haver um estímulo maior para que mais práticas de educação em saúde possam ser implementadas no ambiente escolar, local onde se maior concentra o número de crianças e adolescentes. O projeto foi bastante enriquecedor e pode servir de modelo para que outras escolas utilizem da mesma metodologia para caráter preventivo, assim poderá ser executado tanto por alunos e profissionais da saúde de forma voluntária que pretendem desenvolver práticas acadêmicas voltadas para o setor de saúde, sendo de grande valia para a formação de agentes modificadores da realidade social.

O histórico familiar positivo juntamente com outros fatores associados ao nascimento, podem ter grande influência na atenção ao participante, tornando-se relevante para prevenção ao desenvolvimento de patologias relacionadas ao coração. Estudos indicam que cabem ao profissional monitorar e dispor da sua atenção a esses casos. Crianças com idade superior a 3 anos devem ser habitualmente controladas. Contudo, medidas profiláticas, de controle e estimulação a prática regular de exercícios, reduzem custos elevados à saúde pública. Desta forma, vale a importância da aferição principalmente da PA e observar o histórico familiar do participante (FIGUEIRINHA; HERDY, 2017, p. 248-249) (FULY et al., 2014, p. 68-69). Vale ressaltar a importância de uma boa inspeção, controle e tratamento desde os primeiros anos de vida, que podem evitar agravos ao sistema cardiovascular. Dessa maneira, crianças diagnosticadas hoje, poderão ser adultas com um futuro salutar (SALGADO; CARVALHAES, 2003, p. 121-122).

O projeto de extensão foi finalizado com a entrega do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão e teve parecer nº 3.709.288, aprovado em 18 de novembro de 2019.

8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante deste projeto, observou-se nos alunos uma maior motivação para as aulas de educação física, de modo que a escola se tornou parceira e propôs ações mais dinâmicas em relação à qualidade de vida dos participantes envolvidos, oferecendo além de saúde,

conhecimento e informação. Além disso, poderão ser desenvolvidas ações juntamente com a escola e a comunidade por meio de palestras, panfletos, rodas de conversas e exposição de casos aos participantes para que tenham total ciência e o autocuidado, podendo prevenir futuros riscos cardiovasculares. O projeto trouxe como benefício no ambiente escolar a importância de se ter um profissional da saúde a disposição durante as práticas de exercícios, além de salientar a importância de uma avaliação minuciosa antes de iniciar qualquer atividade física.

REFERÊNCIAS

- BERGMANN, G. G.; ARAÚJO, M. L. B.; GARLIPP, D. C.; LORENZI, T. D. C.; GAYA, A. **Annual alteration in the growth and health-related physical fitness of the school children.** Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, v. 7, n. 2, 55-61, 2005.
- BRASIL. **Lei 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l9394.htm>. Acesso em 06 de jun. de 2017.
- CARVALHO, C. R. R.; TOUFEN-JUNIOR, C.; FRANCA, S. A. **III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 33, s. 2, S54-S70, 2007.
- CASTINHEIRAS-NETO, A. G. C.; FILHOS, I. R. C.; FARINATTI, P. T. V. **Cardiovascular Responses to Resistance Exercise are Affected by Workload and Intervals between Sets.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 95, n. 4, 493-501, 2010.
- COFFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução Nº 454, de 25 de abril de 2015.** Disponível em: <<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3215>>. Acesso em 27 maio de 2019.
- DONATO, L. M. T. M.; MORAES, S. H. M.; NUNES, C. B.; GERK, M. A. S. **A interação entre ESF e escola na saúde do adolescente.** Cadernos da ABEM, v. 8, 13-19, dez, 2012.
- FIGUEIRINHA, F.; HERDY, G. V. H. **High Blood Pressure in Pre-Adolescents and Adolescents in Petrópolis: Prevalence and Correlation with Overweight and Obesity.** International Journal of Cardiovascular Sciences, v. 30, n. 3, 243-250, 2017.
- FLEGEL, M. **Primeiros socorros no esporte.** 3. ed. Barueri: Manole, 2008.
- FULY, J. T. B.; GIOVANINNI, N. P. B.; MARCATO, D. G.; ALVES, E. R. B.; SAMPAIO, J. D.; MORAES, L. I.; NICOLA, T. C.; JESUS, J. S. A.; COSTALONGA, E. F. **Evidence of underdiagnosis and markers of high blood pressure risk in children aged 6 to 13 years.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 90, n. 1, 65-70, 2014.
- GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de fisiologia médica.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- KIRKCALDY, B. D.; SHEPHARD, R. J.; SIEFEN, R. G. **The relationship between physical activity and self-image and problem behaviour among adolescents.** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, v. 37, 544-550, 2002.
- MENDES, T. A. B.; ANDREOLI, P. B. A.; CAVALHEIRO, L. V.; TALERMAN, C.; LASELVA, C. **Adjustment of oxygen use by means of pulse oximetry: an important tool for patient safety.** Einstein (São Paulo), v. 8, n.4, pt. 1, 449-55, 2010.

PELEGRINI, A.; SILVA, D. A. S.; PETROSKI, E. L.; GLANER, M. F. **Health-Related Physical Fitness in Brazilian Schoolchildren: Data From The Brazil Sport Program.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 17, n. 2, 92-96, mar.-abr., 2011.

PORTO, C. C. **Semiologia médica.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SALGADO, C. M.; CARVALHAES, J. T. A. **Hipertensão arterial na infância.** Jornal de Pediatria, v. 79, supl. 1, S115-S124, 2003.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. **O conceito de saúde.** Revista de Saúde Pública, v. 31, n. 5, 538-542, 1997.

SILVA, K. S.; NAHAS, M. V.; PERES, K. G.; LOPES, A. S. **Fatores associados à atividade física, comportamento sedentário e participação na educação física em estudantes do ensino médio em Santa Catarina, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, 2187-2200, out., 2009.

SILVA, M. A. M.; RIVERA, I. R.; SOUZA, M. G. B.; CARVALHO, A. C. C. **Blood Pressure Measurement in Children and Adolescents: Guidelines of High Blood Pressure Recommendations and Current Clinical Practice.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 88, n. 4, 491-495, 2007.

SILVA, R. C. R.; MALINA, R. M. **Nível de atividade física em adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 1091-1097, out.-dez., 2000.

PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA NAS CONSULTAS DE PUERICULTURA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 22/06/2020

Luciano Moraes Petrola

Instituição de Ensino, Faculdade ou
Departamento
Cidade – Ceará

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2356-2749>

Ana Suelen Pedroza Cavalcante

Universidade Estadual do Ceará, Programa de
Pós-graduação em Saúde Coletiva
Fortaleza – Ceará

ORCID: 0000-0002-2220-4333

Ana Karoline Barros Bezerra

Universidade Estadual do Ceará, Programa
de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em
Enfermagem e Saúde
Fortaleza - Ceará

ORCID: 0000-0002-8249-4053

Gerardo Teixeira Azevedo Neto

Secretaria de Saúde de Irauçuba
Irauçuba – Ceará
ORCID:

Gabriel Pereira Maciel

Universidade Estadual Vale do Acaraú, Centro de
Ciências da Saúde
Sobral - Ceará

ORCID:

Ismael Brioso Bastos

Universidade Estadual do Ceará, Programa

de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em
Enfermagem e Saúde
Fortaleza - Ceará

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5764-841X>

Wallingson Michael Gonçalves Pereira

Universidade Estadual do Ceará, Programa de
Pós-graduação em Saúde Coletiva
Fortaleza - Ceará

ORCID: 0000-0002-4176-7297

Maria Rocineine Ferreira da Silva

Universidade Estadual do Ceará, Programa de
Pós-graduação em Saúde Coletiva
Fortaleza - Ceará

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6086-6901>

RESUMO: Este trabalho apresenta o relato de experiência da implementação de um Plano de Intervenção na Unidade Básica de Saúde do distrito de Livramento, do município cearense de Monsenhor Tabosa. Diante do baixo índice de frequência às consultas de puericultura na unidade, verificou-se a necessidade de desenvolvimentos voltados para a sensibilização da população sobre a importância das consultas de puericultura para a promoção da saúde da criança. Dessa forma, o plano de intervenção teve como principal objetivo promover a adesão das famílias ao acompanhamento nas consultas de puericultura, aumentando o índice

de consultas de crianças de 0 a 5 anos atendidas pela equipe de Estratégia de Saúde da Família local. Para tanto, realizou-se, nos meses de agosto a novembro de 2019, ações no âmbito de educação em saúde, levando à população, em especial às mães e gestantes, informações sobre puericultura, incentivando seu comparecimento regular à unidade para o acompanhamento adequado do desenvolvimento das crianças. Verificou-se o aumento da demanda para as consultas de puericultura, expressado pela adesão e frequência de comparecimento à unidade, em que tais ações contribuíram para o fortalecimento do vínculo pelo diálogo e espaço aberto de comunicação entre a comunidade e a equipe de profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Puericultura. Educação em saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT: This paper presents the experience report of the implementation of an Intervention Plan in the Basic Health Unit in the district of Livramento, in the municipality of Monsenhor Tabosa. In view of the low rate of attendance at childcare consultations at the unit, there was a need to develop actions aimed at raising the population's awareness of the importance of childcare consultations for the promotion of children's health. Thus, the main objective of the intervention plan was to promote families' adherence to follow-up during childcare consultations, increasing the rate of consultations for children aged 0 to 5 years attended by the local Family Health Strategy team. To this end, in the months of August to November 2019, actions were carried out within the scope of health education, providing the population, especially mothers and pregnant women, with information on childcare, encouraging their regular attendance at the unit for the proper monitoring of the children's development. There was an increase in demand for childcare consultations, expressed by adherence and frequency of attendance at the unit, in which such actions contributed to the strengthening of the bond through dialogue and open space of communication between the community and the team of professionals.

KEYWORDS: Childcare. Health education. Family Health Strategy.

1 | INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994, pelo Ministério da Saúde, com vistas à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, elegendo a família, em seu contexto, como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde. Aos poucos, transformou-se em porta de entrada para o acesso à atenção primária, mediante a implantação de equipe multiprofissional nas unidades básicas de saúde (PINTO; GIOVANELLA, 2018; BRASIL, 1997).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada em 2006, evidencia a Saúde da Família como estratégia preferencial de reorganização da atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, o PSF é designado como Estratégia Saúde da Família (ESF), que vem se consolidando como um dos eixos estruturantes do SUS (BRÍGIDO; SANTOS; PRADO, 2019; MACINKO; MEDONÇA, 2018).

A ESF tem como objetivo prestar atendimento de qualidade à população, de forma integral, garantindo o acesso à prevenção de doenças e à assistência a saúde no sistema público de saúde a todos os cidadãos (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Para alcançar tal propósito, uma das principais ferramentas é a educação em saúde, de maneira a abranger a população de forma global e eficiente.

A educação em saúde compreende-se em três agentes ativos: a equipe de profissionais de saúde, que tem como objetivo a prevenção de doenças, assim como a prática curativa e a promoção da saúde; os gestores, que estão à disposição do grupo de profissionais e da população, para auxiliar na execução dos trabalhos; e a população, que compartilha e constrói conhecimentos, o que traz uma melhora no cuidado individual e coletivo dos moradores, troca de experiências, e promove, melhorias na qualidade da assistência prestada pelos profissionais (FALKENBERG *et al.*, 2014).

A ESF é o primeiro ponto de contato da população com o sistema público de saúde. Dentre as ações de promoção à saúde desenvolvidas estão as consultas de puericultura. Esta é executada tanto pelo enfermeiro como pelo médico, tendo como objetivo principal o cuidado e atenção integral à saúde da criança. Sendo a infância uma fase em que grande parte das potencialidades do indivíduo é adquirida, o acompanhamento infantil, na atenção primária, é necessário para que se possa observar os principais indicadores das condições de saúde das crianças e que refletem no seu desenvolvimento (SANTOS *et al.*, 2019; MACINKO; MENDONÇA, 2018; VIEIRA *et al.*, 2012).

Nas consultas de puericultura são avaliados o crescimento e o desenvolvimento físico e psíquico das crianças, orientando-se tanto as mães como os familiares quanto a esses processos. São realizados exames físicos, acompanhamento de altura e peso, administração de vacinas e orientação das mães sobre a importância do aleitamento materno, dentre outros aspectos relevantes ao desenvolvimento saudável das crianças, conforme as orientações do Caderno de Saúde da Criança, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Diante da baixa frequência no atendimento às crianças de 0 a 5 anos nas consultas de puericultura, na unidade de saúde do distrito de Livramento, em Monsenhor Tabosa - CE, verificou-se a necessidade de se abordar, junto à população local, a importância de tais consultas para a manutenção da saúde das crianças.

Analisando-se os prontuários da unidade, foi possível perceber a baixa adesão das famílias às consultas de puericultura. Todavia, a falta de acompanhamento sistemático das crianças pode acarretar problemas diversos em seu desenvolvimento, tanto pela falta de orientações aos pais, sobre o cuidado com a saúde dos filhos, como pelo retardo no diagnóstico de doenças.

Assim, estratégias de melhorias à adesão à saúde da criança, no sentido de aumentar a frequência de comparecimento dos pais às consultas de puericultura, contribuem para a identificação de condições no contexto saúde-doença no processo de desenvolvimento

infantil e aproximam a população do vínculo à unidade de saúde.

Nesse contexto, delineou-se como questão norteadora para o estudo: “Como promover uma abordagem educativa, envolvendo pais, gestantes e profissionais da saúde em ações que promovam a adesão da comunidade local às consultas de puericultura?” A partir desse questionamento, buscou-se formas de melhorar a atenção à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família do referido distrito. Para tanto, propôs-se a implementação de um Plano de Intervenção para promover ações de saúde que busquem maior abrangência do trabalho na puericultura e acompanhamento da equipe de saúde às crianças dessa comunidade.

A baixa adesão ao acompanhamento das crianças na ESF de Livramento configura-se como um problema para a comunidade, pois dificulta a promoção da saúde infantil. Em sua maioria, as crianças são levadas à unidade de saúde apenas em situações de agudização de doenças. Situações essas que poderiam ser evitadas com orientações dialogadas com os pais e acompanhamento periódico pela equipe. Entre os agravos a saúde identificados nas consultas, pode-se elencar: anemia, baixo peso e atraso do desenvolvimento.

À vista disso, existe a necessidade da implementação de ações de intervenção, uma vez que é preciso sensibilizar e orientar a população local sobre a necessidade do acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos nas consultas de puericultura. Neste trabalho, apresentou-se um Plano de Intervenção, visando contribuir para o aumento do número de crianças nessa faixa etária atendidas nas consultas de puericultura da referida unidade.

O estudo teve como objetivo o desenvolvimento e implementação de um Plano de Intervenção, constituído de ações de saúde com o propósito de contribuir para o aumento do número de acompanhamentos de puericultura na Unidade Básica de Saúde do distrito de Livramento, em Monsenhor Tabosa - CE. A partir desse plano, a equipe de saúde da unidade pôde estabelecer abordagens educativas e preventivas, orientando a população local sobre a importância das consultas de puericultura para a promoção da saúde das crianças.

2 | MÉTODOS

Estudo de abordagem qualitativa que apresenta o relato de implementação de um Plano de Intervenção na unidade básica de saúde de Livramento, zona rural do município cearense de Monsenhor Tabosa, nos meses de agosto a novembro de 2019.

A ESF foi implantada nessa região em 2004, tendo hoje 993 famílias cadastradas na unidade de saúde, totalizando 3.114 pessoas em sua área de abrangência. A equipe de atenção básica de saúde de Livramento é composta por um médico, um enfermeiro,

um técnico de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e onze Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O Plano de Intervenção foi elaborado com o intuito de promover uma maior participação de mães, responsáveis por crianças de 0 a 5 anos e/ou gestantes, às consultas de puericultura. Sua produção foi composta por quatro etapas.

A primeira etapa consistiu na realização do diagnóstico situacional da unidade, com a identificação da problemática a ser enfrentada. Considerando-se os problemas elencados, identificou-se como prioridade a necessidade de se promover maior frequência às consultas de puericultura.

Em seguida, foi realizada uma revisão de literatura, com a análise de estudos relacionados à puericultura, saúde e desenvolvimento da criança e educação em saúde, no âmbito da ESF, publicados entre 2009 e 2019. Para realização da revisão, utilizou-se como fonte de pesquisa a Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS Brasil), a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A pesquisa também incluiu publicações do Ministério da Saúde sobre o tema em questão.

Na terceira etapa, foram realizados seleção dos chamados “nós críticos”, ou seja, as principais causas do problema diagnosticado. Identificou-se as seguintes causas: falta de atividades educativas envolvendo as mães de crianças menores de 5 anos; falta de um treinamento específico para que a equipe de agentes comunitários de saúde (ACS) da unidade possa realizar um trabalho efetivo de sensibilização junto à população sobre as consultas de puericultura; e falta de conhecimento da população a respeito da importância da puericultura.

Por fim, desenvolveu-se o Plano de Intervenção, com base em estratégias de ação, de acordo com os recursos disponíveis na unidade e adaptado à realidade da comunidade. As ações do Plano de Intervenção fundamentaram-se na educação em saúde, com realização de: momento formativo para os ACS; conversa com a população por meio de divulgação na rádio local sobre a temática da puericultura; distribuição de panfletos e materiais educativos na comunidade; e palestra para as mães e gestantes atendidas na unidade.

Utilizou-se como forma de registro das ações, relatórios e registros fotográficos. O estudo foi submetido e aprovado em Comitê de Ética e Pesquisa parecer nº 3.614.818. Os participantes diretos do estudo (mães, gestantes e agentes comunitários de saúde) foram informados sobre a realização da pesquisa, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo aos princípios éticos e científicos relativos à Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Plano de Intervenção executado na UBS de Livramento consistiu em ações voltadas para a educação em saúde, tendo em vista a sensibilização da população quanto à importância do acompanhamento das crianças nas consultas de puericultura. Foram realizadas quatro ações, entre os meses de agosto a novembro de 2019, conforme mostra o Quadro 1.

	AÇÃO 1	AÇÃO 2	AÇÃO 3	AÇÃO 4
Descrição	Conversa direta com a população, por meio da emissora de rádio local	Momento formativo com os Agentes de Saúde	Distribuição de panfletos na comunidade	Palestra para mães e gestantes
Objetivos	Informar e sensibilizar a população sobre a importância das consultas de puericultura	Fazer o estudo coletivo sobre a importância da puericultura e o papel do ACS na sensibilização da população a esse respeito	Convidar as mães de crianças de 0 a 5 anos e gestantes para a palestra sobre puericultura	Informar às mães sobre os objetivos e a importância do acompanhamento sistemático das crianças na UBS

Quadro 01 – Resumo do Plano de Intervenção, Distrito de Livramento, Monsenhor Tabosa, Ceará, Brasil, 2019.

Fonte: Elaboração própria.

A primeira ação teve como objetivo informar à população do distrito de Livramento sobre puericultura. O meio utilizado para isso foi a rádio comunitária Vozes do Campo, FM 87,9, cujo estúdio se localiza no assentamento rural Santana, no município de Monsenhor Tabosa.

A escolha da rádio se deu por seu alcance em todo o território das comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família de Livramento, de forma rápida, simples e acessível para levar informações à comunidade local. Além disso, a utilização desse veículo de comunicação teve a vantagem de contribuir para uma maior aproximação entre o profissional médico da equipe da unidade e a população, aumentando o vínculo da unidade com as famílias na promoção da saúde das crianças.

Um dos atributos da atenção primária em saúde é a competência cultural, que consiste na adaptação/reconhecimento da equipe de profissionais às características culturais da população, de modo a facilitar a comunicação e a relação entre a equipe e os usuários. Na ação em questão, a utilização da rádio também contribuiu para a construção de tal competência (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Abordou-se nessa primeira ação, a temática da puericultura, em seu conceito, benefícios para a saúde da criança e calendário de consultas recomendado pelo Ministério

da Saúde. Também foi aberto espaço para perguntas, por meio de ligações telefônicas da população. Tal momento proporcionou um contato mais direto com a comunidade, com esclarecimento de dúvidas e canal aberto de comunicação e informação.

Já a segunda ação do Plano de Intervenção consistiu na realização de uma formação com os Agentes Comunitários de Saúde da unidade. O envolvimento desses profissionais promove o diálogo com as famílias que acompanham, levando informações e aproximando-as do serviço de saúde. Além disso, os ACS têm seu trabalho facilitado pela convivência com essas famílias, com as quais compartilham, geralmente, a mesma cultura e as mesmas dificuldades (BRASIL, 2010).

No encontro formativo realizado, os ACS foram informados sobre o baixo índice de frequência às consultas de puericultura na unidade, além de orientados sobre as consequências da falta de acompanhamento das crianças para as condições de saúde e seu desenvolvimento. Eles também foram orientados para a execução da próxima ação do Plano de Intervenção.

Esses profissionais fizeram a entrega de panfletos nas casas das famílias com gestantes e/ou crianças de 0 a 5 anos de idade, consistindo na terceira etapa do plano. Esse material trazia informações a respeito de puericultura e sobre a palestra que seria realizada acerca desse assunto. Ao entregar os panfletos, os ACS tiveram a oportunidade de conversar com a população sobre o comparecimento ao momento final da intervenção, uma palestra sobre puericultura na unidade de saúde.

Durante a palestra, abordou-se a importância das consultas de puericultura para o desenvolvimento saudável das crianças e apresentou-se o calendário de consultas recomendado pelo Ministério da Saúde, bem como a temática de aleitamento materno e alimentação complementar, calendário vacinal e prevenção de diarreias e doenças respiratórias. Também se oportunizou o momento para que os participantes fizessem comentários e tirassem suas dúvidas sobre os assuntos tratados. A importância de se estabelecer momentos de diálogo com os usuários do serviço de saúde, para a efetivação de ações de educação em saúde, se mostra como uma estratégia para o fortalecimento de vínculo e aproximação com a comunidade. (SALCI *et al.*, 2013).

Além de ser um momento educativo, essa ocasião também foi uma oportunidade para aproximar mais as pessoas da equipe da ESF, a partir do estreitamento de vínculos propiciado pelo diálogo estabelecido, uma vez que a atenção primária é mais eficaz quando se concentra na pessoa e possibilita a criação de um vínculo entre o usuário e os profissionais de saúde (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Ao final da palestra, folders informativos sobre puericultura foram entregues aos participantes. Os ACS também receberam certa quantidade desses folders, para que pudessem entregá-los às pessoas que não puderam comparecer.

A implementação do Plano de Intervenção contribuiu para o fortalecimento das relações de parceria entre os integrantes da ESF e os usuários da unidade. Observou-se

ainda, após as intervenções, o aumento da demanda por consultas de puericultura.

Foi possível perceber que a baixa procura pelas consultas de puericultura devia-se à falta de informação por parte da população, sobre a importância do acompanhamento sistemático do desenvolvimento infantil. Alguns outros fatores podem ser atribuídos a busca escassa a este serviço de saúde, devido a uma vertente culturalmente enraizada de resistência às orientações sanitárias provenientes de profissionais de saúde, uma vez que o contexto familiar as vezes influencia na conduta que a mãe toma em decidir procurar ou não as consultas, destacando o descrédito na atenção pública de saúde local (MAGALHÃES, 2017).

Por isso, intervenções como a abordada nesse estudo são importantes em virtude de ser construída com uma perspectiva humanizada de convencer a clientela com um conjunto de abordagens que gerem sentimentos de satisfação, acolhimento e segurança, conquistando então a confiança da população desconstruindo valores e possíveis preconceitos. Ainda, o acesso à educação por parte das mães muitas vezes sofre percalços que influencia na adesão à busca pela puericultura (ALENCAR *et al*, 2017).

Antes da intervenção, eram realizadas cerca de 2 consultas de puericultura por semana. Depois das ações implementadas, registramos uma média de 5 consultas semanais. Ou seja, em média, houve um aumento de 250% nos atendimentos de puericultura.

Nesse contexto, reforça-se a afirmativa de que o profissional que atua na atenção primária tem a responsabilidade de criar estratégias baseadas na realidade da comunidade, uma vez que ele dedica seu trabalho às pessoas do território, por meio da comunicação e espaços de diálogo como intervenções que devem se encontrar com a realidade e necessidade de cada situação de saúde (BRÍGIDO; SANTOS; PRADO, 2019)

Apesar do Plano de Intervenção ter sido efetivo na comunidade, ainda se verificam casos de faltas às consultas de puericultura, cujos danos podem ser minimizados por meio de visitas domiciliares e acompanhamento contínuo dos profissionais em cada caso. Todavia, em decorrência da grande extensão territorial do distrito em questão, a busca ativa dos faltosos ainda ocorre com certa irregularidade.

A continuidade de ações pelos agentes comunitários de saúde para sensibilização sobre a frequência às consultas de puericultura se mostra como importante aliada no processo de trabalho de toda a equipe. Novas inserções da temática junto à rádio local e veículos de comunicação, além da realização de palestras, também poderão contribuir para consolidar nas famílias o hábito de acesso à unidade de saúde para o acompanhamento das crianças pelos profissionais.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A puericultura está inserida no conjunto de atividades a serem desenvolvidas pela equipe da estratégia saúde da família e é imprescindível à prevenção de doenças, promoção da saúde e, conseqüentemente, ao desenvolvimento saudável das crianças.

Observou-se a baixa adesão inicial às consultas de puericultura por parte da população da unidade do estudo. Tal situação era devida, principalmente, à falta de conhecimento das pessoas sobre a dimensão da puericultura na vida infantil. Diante desse panorama, o desenvolvimento e implementação do Plano de Intervenção consistiu em ações fundamentadas na educação em saúde, tendo em vista a necessidade de orientar a população acerca da importância do acompanhamento periódico das crianças pelos profissionais da equipe de saúde.

Com a execução do Plano de Intervenção, foi possível estabelecer um diálogo mais direto com mães e gestantes, resultando num maior interesse dessas usuárias pelas consultas de puericultura. Observou-se um aumento na demanda por atendimentos de gestantes e crianças de 0 a 5 anos. Entretanto, acreditamos que ainda são necessárias ações contínuas de sensibilização na comunidade para com o acesso à saúde, buscando a totalidade do público-alvo da puericultura frequentando regularmente a UBS para a realização do devido acompanhamento e continuidade no atendimento.

REFERÊNCIAS

ALENCAR L. P., et al. Consulta de puericultura: motivos relacionados à baixa adesão. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. v. 11, n. 7, p.94-108. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, n. 12, 13 jun. 2013, Seção 1, p. 59.

BRÍGIDO, A. F.; SANTOS, E. O.; PRADO, E. V. Qualificação do Cuidado a Puericultura: uma Intervenção em Serviço na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, (n. esp), p. 448-454, 2019.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceito e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Monsenhor Tabosa-Ceará, Brasil: **Censo demográfico**. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/monsenhor-tabosa/panorama>. Acessado em 05 de maio de 2020.

MAGALHÃES, I. R. **Projeto de intervenção para o enfrentamento da baixa adesão na puericultura**. Universidade Federal de Minas Gerais. [Trabalho de Conclusão de Curso]. 2017.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 18-37, set. 2018.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

SALCI, M. A. *et al.* Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, jan./mar. 2013.

SANTOS, G. S. *et al.* Contribuições da Primeira Infância Melhor para o crescimento e desenvolvimento infantil na percepção das famílias. **Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 1, p. 67-73, jan./mar. 2019.

VIEIRA, V. C. L. *et al.* Puericultura na Atenção Primária à Saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 119-125, jan./mar. 2012.

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 Editora Atena.

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 Iguaçu – 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.

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 Profa. Dra. Silvia 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.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Atendimento Integral 22

Atividades de Entretenimento 41

C

Câncer de Pele 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108

E

Ervas Medicinais 80, 81

Estado Nutricional 3, 55, 56

M

Mães 4, 6, 7, 21, 22, 76, 164, 165, 167, 168, 170, 171

Material Educativo 7

Musicoterapia 66, 67, 68, 69

P

Perfil Nutricional 54

Pet Terapia 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92

Plantas Medicinais 71, 72, 73, 74, 78, 81, 82

R

Reanimação Cardiopulmonar 24, 25, 28

Ressuscitação Cardiopulmonar 27, 28

S

Saúde Pública 33, 37, 46, 52, 57, 61, 108, 110, 115, 120, 125, 134, 145, 160, 162

T

terapia com animais 89

Terapia Medicamentosa 93

U

Uso de Medicamentos 49, 143

Ações de Saúde e Geração de Conhecimento nas Ciências Médicas 7

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Ações de Saúde e Geração de Conhecimento nas Ciências Médicas 7

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 