COLETÂNEA FRONTEIRA DO SABER - 3

Educação e Saúde

ISBN 978-85-52933-02-1

UNIFACEX

NATAL / 2019

CENTRO UNIVERSITÁRIO FACEX - UNIFACEX

Coletânea Fronteira do Saber - 3

Educação e Saúde

Marina Clarissa Barros de Melo Lima

Genykléa Silva de Oliveira

Iêda Isabella de Lira Souza

FACEX

Natal
2019

©2019 - CENTRO UNIVERSITÁRIO FACEX -UNIFACEX

Todos os direitos desta edição reservados ao UNIFACEX

Rua Orlando Silva, 2897
Capim Macio | 59.080-020 | Natal/RN | Brasil
E-mail: cpe@unifacex.edu.br
www.unifacex.com.br
Telefone: (84) 3235-1415

Qualquer parte pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

UNIFACEX
BIBLIOTECA CENTRAL SENADOR JESSÉ PINTO FREIRE
CATALOGAÇÃO DA PUBLICAÇÃO NA FONTE

Educação e Saúde/ Marina Clarissa Barros de Melo Lima;
Genykléa Silva de Oliveira; Iêda Isabella de Lira Souza - Natal: Unifacex, 2019.

244p

ISBN 978-85-52933-02-1 . (Coletânea Fronteira do Saber-3)
Disponível em: http://unifacex.com.br/institucional/iniciacaocientifica/e-books/

1. Educação Superior 2. Educação 3. Saúde
I. Título. II. Lima, Marina Clarissa Barros de Melo; Oliveira, Genykléa Silva de; Souza, Iêda Isabella de Lira.

BSJPF/2019 CDU: B869.8

Bibliotecária Maria da Saudade G.A. de Souza –CRB-401
(Obrigatório de acordo com a Resolução CFB- Nº 184/2017)

APRESENTAÇÃO

Esta publicação busca trazer uma análise sobre temas, acerca da educação e da saúde, que possam contribuir não só para o meio acadêmico, mas também para a sociedade no geral. O UNIFACEX, através da produção científica, quer propor momentos de reflexão sobre os temas dissertados nesta obra, agregando conhecimento aos leitores. Todo o trabalho envolvido neste livro digital, com textos dos mais diversos autores e conteúdos, quer levar o leitor a experimentar outros olhares sobre a educação e a saúde, fomentando novos aprendizados.

Candysse Medeiros de Figueiredo
Reitora e Pró-Reitora Administrativa-Interina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **09**

CAPÍTULO 1
DA EDUCAÇÃO DO DIREITO E APRENDIZAGEM DA INCLUSÃO **11**
Eleide Gomes Teixeira Torres Lira
Joseane Maria Araújo de Medeiros
Noemi Favassa Queiroz

CAPÍTULO 2
A EDUCAÇÃO: DIREITO HUMANO DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE **25**
Hilderline Cãmara de Oliveira

CAPÍTULO 3
A FITOTERAPIA COMO PRÁTICA COMPLEMENTAR À PRESCRIÇÃO DIETÉTICA: UM NOVO OLHAR PARA O PROFISSIONAL NUTRICIONISTA **44**
Alany Cabral de Oliveira
Letícia Gabriella Souza da Silva
Daniele Bezerra dos Santos

CAPÍTULO 4
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A NECESSIDADE DE UMA POSTURA DE ACOLHIMENTO IMPLICADA NO CUIDADO **59**
Alisson de Oliveira Santos
Ana Andréa Barbosa Maux

CAPÍTULO 5
ANÁLISE DOS RISCOS DAS DIETAS DA MODA: UMA PESQUISA EXPLORATÓRIA DOCUMENTAL EM REVISTAS NÃO CIENTIFICAS NA ÁREA DA NUTRIÇÃO **71**
Ana Elizabeth Alves da Silva
Karen Gabriela Macêdo Correia Lima
Raquel Gomes Dias

CAPÍTULO 6
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DIANTE DE CRIANÇAS COM CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS **91**
Luana RichellyVitaliano da Silva
Rafaela Costa de Medeiros Moura
Calebe de Medeiros Costa
Thaynã Fonseca Pereira

CAPÍTULO 7
DETERMINANTES DO DÉFICIT ESTATURAL EM CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO BOLSA FAMÍLIA NO BRASIL. **103**
Lígia Rejane Siqueira Garcia
Marina Clarissa Barros de Melo Lima
Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira

CAPÍTULO 8
CONTRACEPTIVOS HORMONAIS E SUA RELAÇÃO COM O CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO DA LITERATURA **118**
Francilene Lopes Ripardo
Lenilton Silva da Silveira Júnior

CAPÍTULO 9
AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 – REVISÃO INTEGRATIVA **133**
Vanessa da Nóbrega Dias
Adriana Guedes Carlos
Joselúcia da Nóbrega Dias
Juliana Maria Gazzola

CAPÍTULO 10
CORRELAÇÃO ENTRE PERÍMETRO DA CINTURA E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL EM PRÉ-ESCOLARES DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DE NATAL/RN, 2016 .....**146**
Jarlyny Lopes de Oliveira
Suzana Kaline da Silva Dantas
Genykléa Silva de Oliveira
Marcos Felipe Silva de Lima

CAPÍTULO 11
PESSOAS METAMORFOSEADAS PELA AIDS: UMA REFLEXÃO NA PERSPECTIVA DE FRANZ KAFKA **161**
Deyla Moura Ramos Isoldi
Francisco Arnoldo Nunes de Miranda
Clélia Albino Simpson
Francisca Patrícia Barreto de Carvalho

CAPÍTULO 12
USO DE *BUNDLES* PARA SEPSE E CHOQUE SÉPTICO VISANDO A MELHORIA DOS CUIDADOS EM SAÚDE **172**
Micheline Veras de Moura
Ana Elza Oliveira de Mendonça
Andressa Mônica Gomes Fernandes
Fábio Claudney da Costa Pereira

CAPÍTULO 13
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES NO PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: revisão integrativa **184**
Samanta Moreno Buriola
Ana Elza Oliveira de Mendonça
Andressa Mônica Gomes Fernandes
Fábio Claudney da Costa Pereira

CAPÍTULO 14
SEGURANÇA DO PACIENTE RELACIONADA A ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS PELA ENFERMAGEM **197**
Marilândia Freitas Silva Xavier
Rafaela Costa de Medeiros Moura
Felipe Jairo Rebouças
Calebe de Medeiros Costa

CAPÍTULO 15
ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DIABÉTICO EM CETOACIDOSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA **209**
Thaynã Fonseca Pereira[1]
Felipe Jairo Rebouças[2]
Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento

CAPÍTULO 16
CORRELAÇÃO ENTRE IMC E DOBRAS CUTÂNEAS EM PRÉ-ESCOLARES EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO PRIVADA DE NATAL/RN. **230**
Vanessa Adelino do Nascimento
Viviane Evelyn Lima dos Passos
Genykléa Silva de Oliveira
Marcos Felipe Silva de Lima

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças. O cenário atual do Brasil e do mundo é de sociedades marcadas por injustiças e desigualdades sociais, por isso se questiona: é possível alcançar a promoção à saúde e um estado de bem-estar social? (DALMOLIN et al,2011)

Na tentativa de promover meios para o alcance da saúde, a ONU (Organização das Nações Unidas) propôs a "Agenda 30" que contém 17 Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) com 169 metas. Esses objetivos " (...) buscam concretizar os direitos humanos de todos e alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres e meninas. Eles são integrados e indivisíveis, e equilibram as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental (ONU, p.1).

Nesse contexto, as políticas públicas atuais têm caráter multidimensional e interdisciplinar buscando fomentar direitos humanos, algo desafiador para os líderes das diferentes nações e gestores dessas políticas. Segundo a Carta de Ottawa, escrita em 1986, para o alcance da saúde, é necessário a educação (OMS, 1986). Se apoiando neste fato, Salci (2013), afirma que a promoção da saúde se concentra no desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informações, educação em saúde e intensificação das habilidades vitais. Assim, dentre os desafios está a Educação enquanto processo permanente e gerador de autonomia, participação ativa e informada dos sujeitos, logo, um facilitador do autocuidado em saúde.

Nesse sentido, este e-book traz, em seu escopo, discussões sobre a saúde e a educação com um caráter interdisciplinar e multiprofissional abordando temas como: os direitos humanos, em especial o direito a educação inclusiva; o direito à saúde; os cuidados em saúde com abordagem em práticas complementares do cuidado; a qualidade da assistência em saúde; a segurança do paciente; e a segurança alimentar e nutricional com interface nos determinantes sociais da saúde.

Convidamos os leitores a terem um olhar crítico e reflexivo sobre os temas abordados. Espera-se que as informações, contidas aqui, fomentem a construção de conhecimentos importantes para seu processo de trabalho, seus estudos e para a sua vida.

Por fim, esperamos que a leitura aqui proposta possa disseminar e apoiar a construção de saberes e práticas pautados nos direitos humanos e com uma visão multidimensional sobre a saúde e a educação. Boa leitura!

Genykléa Silva de Oliveira
Marina Clarissa Barros de Melo Lima

Referências:

DALMOLIN, Bárbara Brezolin et al . Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 389-394, June 2011 .Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S1414 -81452011000200023&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Apr. 2019.

ONU. **Transformando Nosso Mundo**: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf. Acesso em: 01 abr. 2019.

SALCI, M. A. et al.. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & Contexto Enfermagem**, Scielo Brasil, v. 22, n.1, 2013.

World Health Organization. **The Ottawa charter for health promotion**. Ottawa Canadá: WHO; 1986.

CAPÍTULO 1

DA EDUCAÇÃO DO DIREITO A APRENDIZAGEM DA INCLUSÃO.

FROM EDUCATION TO THE RIGHT TO LEARNING OF INCLUSION.

Eleide Gomes Teixeira Torres Lira[1]
Joseane Maria Araújo de Medeiros[2]
Noemi Favassa Queiroz[3]

1 Pedagoga. Especialista em Psicopedagogia. Mestre em Educação - UFRN. Experiência na coordenação pedagógica, na Educação Especial, na docência da educação básica e ensino superior. E-mail: eleidegomes@gmail.com
2 Pedagoga. Especialista em Psicopedagogia. Mestre em Educação - UFRN. Experiência na coordenação pedagógica; na pesquisa; na educação especial; na docência da educação básica e no ensino superior. E-mail: joseanefacex@gmail.com
3 Filosofa. Doutora em Filosofia – UFRN. Experiência na pesquisa e na docência do ensino superior. E-mail: noemifavassa@gmail.com

RESUMO

O presente artigo promoverá uma reflexão acerca da Educação de direitos da pessoa com deficiência na perspectiva da Educação Inclusiva. O estudo exploratório contou com os fundamentos da pesquisa qualitativa, tendo como objetivo conhecer a realidade do processo de inclusão escolar e a aquisição da aprendizagem dos alunos da educação especial. Participaram da entrevista quatro professores que trabalham nos anos finais do ensino fundamental de uma escola pública, situada na cidade de Natal/RN. A escolha por este público foi motivada pelas observações apresentadas por discentes em estágio supervisionado no curso de graduação em Pedagogia. Discutir sobre direitos nos direcionam a refletir na dimensão da ética, para atender a demanda educacional da pessoa com deficiência. A ética que ao longo da evolução da civilização humana se busca compreendê-la e exercê-la na sociedade. Para essa questão nos fundamentamos nos filósofos clássicos, reconhecendo o legado e a importância para o contexto atual. No que se refere à Educação Especial na perspectiva inclusiva fazemos um percurso nas políticas públicas, entendendo que suas conquistas são essenciais para se estabelecer o direito à educação de qualidade, nas relações de respeito a partir dos investimentos na capacidade de aprender do aluno da Educação Especial. Os resultados sobre esse ponto da discussão ainda são preocupantes, tendo em vista que as condições "materiais" ainda estão distantes das prerrogativas do direito, obtendo o aluno do 6º ao 9º ano o acesso à escola sem a garantia da aprendizagem dos conhecimentos sistematizados.

PALAVRAS-CHAVE. Inclusão. Ética. Aprendizagem.

ABSTRACT

The present article will promote a reflection about the Education of the rights of people with disabilities in the perspective of Inclusive Education. The exploratory study had the foundations of the qualitative research, aiming to know the reality of the process of school inclusion and the acquisition of the learning of special education students. Four teachers working in the final years of elementary school at a public school, located in the city of Natal / RN, participated in the interview. The choice for this audience was motivated by the observations presented by students supervised in the course of graduation in Pedagogy. Discussing rights entitle us to reflect on the ethical dimension, to meet the educational demand of the person with disabilities. The ethics that throughout the evolution of the human civilization is sought to understand it and to exert it in the society. For this question we base ourselves on the classical philosophers, recognizing the legacy and the importance for the current context. With regard to Special Education from an inclusive perspective, we make a course in public policies, understanding that their achievements are essential to establish the right to quality education, in respect relationships based on investments in the student's ability to learn Special Education . The results on this point of the discussion are still worrying, since the "material" conditions are still far from the prerogatives of law, obtaining the student from the 6th to the 9th year the access to the school without the guarantee of the learning of systematized knowledge.

KEYWORDS: Inclusion. Ethic. Learning

1 - INTRODUÇÃO

A Educação é um dos direitos humanos conquistados na Constituição Brasileira desde 1988. O registro de sua aprovação demonstra o quanto o passado distante, parece que ainda se faz presente, pois a necessidade de assegurar a Educação Básica de qualidade é uma realidade.

Nos últimos anos a corrida pelos desempenhos no IDEB tornou-se uma preocupação mediante os resultados obtidos em relação às metas esperadas; principalmente nas escolas públicas. Este poderia ser o campo da nossa discussão, uma vez que estamos propondo refletir sobre o direito a Educação, mas precisávamos delimitar nosso foco para uma parte dessa realidade em defesa da inclusão pelo ensino de qualidade.

Assim sendo, escolhemos nos aprofundar sobre o contexto do desempenho dos alunos com deficiência, especificamente no ensino fundamental nos anos finais (6º ao 9º anos), tendo como motivação a realidade apresentada pelos discentes que realizaram o estágio supervisionado obrigatório na esfera da gestão escolar. Para o estudo, de caráter exploratório, contamos com a contribuição de quatro docentes voluntários. Eles lecionam em escolas públicas em áreas distintas, abordando os conhecimentos no campo da Geografia, da Matemática, da Língua Portuguesa e de História. Também nos foi concedida as observações realizadas em campo pelos discentes estagiários.

Para fundamentar esta reflexão, utilizaremos os aportes teóricos de GLAT (2007); CARVALHO (2000); MANTOAN (2003) e DUTRA (2003) na direção da inclusão. No que se refere à metodologia da pesquisa, nos basearemos em LESSARD-HÉBERT (1990); RICHARDSON (1999); DEMO, 2000; MARTINS (2000); MINAYO (1993); MAY (1993) e LAVILLE; DIONNE (1999). E no trato a questão filosófica da ética, em PIRES (2005); Hermann (2001); VAZ (1988); CHAUÍ (2002); VÁZQUEZ (2002) e BORGES (2002).

2 - A EDUCAÇÃO DE DIREITO

O direito de acesso e permanência na educação escolar tem um longo percurso histórico de lutas sociais. Mesmo assim, a sua discussão é sempre atual e aparentemente remetem ao desconhecimento dos documentos oficiais, a saber:

- Constituição Federal Brasileira (1988)
- Declaração de Salamanca (1994);
- Lei de diretrizes e bases da educação nacional 9.394/1996.
- É fato que as políticas públicas têm assegurado o acesso à escola com o objetivo de combater o preconceito, a discriminação e permitir adoção de medidas que contribuam para a participação de todos na sociedade. Sobre esse aspecto, temos que:

> [...] possibilidades educacionais de atuar frente às dificuldades de aprendizagem dos alunos. Pressupõem que se realize a adaptação do currículo regular, quando necessário, para torná-lo apropriado às peculiaridades dos alunos com necessidades especiais. Não um novo currículo, mas um currículo dinâmi-

> co, alterável, passível de ampliação, para que atenda realmente a todos os educandos. Nessas circunstâncias, as adaptações curriculares implicam a planificação pedagógica e as ações docentes fundamentadas em critérios que definem o que o aluno deve aprender; como e quando aprender; que formas de organização do ensino são mais eficientes para o processo de aprendizagem; como e quando avaliar o aluno (BRASIL, 2001, p.33).

As mudanças na forma de conceber a educação e a aprendizagem do aluno da educação especial têm possibilitado a ampliação de espaços, não apenas na convivência da escola, mas também nas relações de outros contextos sociais.

Segundo Lovatto (2006, p. 05)

> A importância de fazer do direito de todos à educação um movimento coletivo de mudança aponta para a adoção de políticas públicas inclusivas, para a transformação dos sistemas educacionais das práticas sociais, que envolvem as relações com as famílias e a comunidade. As políticas educacionais devem prever a eliminação das barreiras à educação dos alunos com deficiência, com síndromes, com altas habilidades/ superdotação prevendo o atendimento às necessidades educacionais especiais, promovendo a participação a partir de novas relações fundamentais para uma socialização humanizadora.

O efetivo de práticas educativas que permitem a derrubada de barreiras, tornando acessível o conhecimento, resulta de posturas éticas que envolvem as esferas administrativas e pedagógicas. Mantoan(2003) faz a seguinte observação:

> A inclusão é uma inovação que implica um esforço de modernização e de reestruturação das condições atuais da maioria de nossas escolas. [...] formar, aprimorar continuamente e valorizar o professor; para que tenham condições e estímulo para ensinar a turma sem exclusões e exceções (MANTOAN, 2003, p.57-60).

O aluno está matriculado não é indicativo de desenvolvimento e aprendizagem no contexto escolar, especialmente da educação especial, que por vezes os estigmas são bem presentes. As posturas discriminatórias são perceptíveis na forma como são deixados em sala de aula, sem um planejamento com adequações curriculares e pelo discurso sem nenhum crédito à capacidade de aprender, apenas de socializar na escola como afirma Lovatto(2006). Segundo esse autor:

> A educação inclusiva pressupõe novas relações pedagógicas centradas nos modos de aprender das diferentes crianças e jovens e de relações sociais que valorizam a diversidade em todas as atividades, espaços e formas de convivência e trabalho. Dessa forma, na efetivação do direito de todos à educação, o direito à igualdade e o direito à diferença são indissociáveis e os direitos

> específicos servem para eliminar as discriminações e garantir a plena inclusão social (Lovatto, 2006, p. 05).

Quando se trata de direitos de todos à Educação, destacamos para não se conter as ressalvas da discriminação o que Glat(2007) afirma.

> [...] não visando importar métodos e técnicas especializadas para a classe regular, mas sim, constituindo-se em um sistema de suporte permanente e efetivo à escola, para que esta possa promover, de fato, a aprendizagem dos alunos com deficiência ou outras características diferenciadas de desenvolvimento (GLAT, 2007, p. 17).

A esse respeito questionamos: acessibilidade atitudinal é um dos problemas para se assegurar um ensino de qualidade ou são as faltas de condições materiais que estão sendo o grande impedimento para os processos de inclusão na escola? Uma discussão que merece espaço, pois precisamos romper com os estigmas, concretizar o que já está posto nas políticas públicas e dar oportunidade de tornar todos os alunos cidadãos de fato e direito na sociedade.

3 - METODOLOGIA

O nosso estudo com o objetivo de conhecer a realidade do processo de inclusão escolar e a aquisição da aprendizagem dos alunos da educação especial subsidiou a decisão pela pesquisa qualitativa e exploratória. Acreditamos que através desta, podemos interpretar os significados mediante as evidências apresentadas nas interações observadas no contexto do campo investigado, buscando compreender o fenômeno do nosso objeto de estudo (LESSARD-HÉBERT, 1990).

A esse respeito, também destacamos Richardson et al. (1999, p.80) com a reflexão sobre as características da pesquisa qualitativa, atendendo as nossas expectativas. Para esseas autores:

> Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

A reflexão com seu caráter político encontra na pesquisa qualitativa o reconhecimento da complexidade do processo de inclusão dos alunos da educação especial. Observamos que a situação mais crítica sobre a inclusão se localiza a partir do 6º ano do ensino fundamental. A particularidade desta própria organização da estrutura escolar justifica a afirmativa, pois o aluno perde a vinculação com um professor polivalente, que

teve pelo menos uma formação inicial no curso de Pedagogia, abordando a educação especial. Como também, se observarmos os dados quantitativos que são apresentados no censo escolar, perceberemos a redução na conclusão do ensino médio, comparando com o ingresso do aluno no início da educação básica.

Na prática, o direito a aprendizagem depende de alguns fatores e atores, sendo o docente um dos sujeitos que pode contribuir para superação das barreiras existentes. Desta forma, contamos com quatro docentes da rede pública de ensino para se pensar a inclusão com alunos regularmente matriculados do 6º ao 9º anos da educação especial.

A defesa pela inclusão faz parte de uma militância de século com perdas e avanços políticos que melhor se investiga na perspectiva da compreensão quando a

> [...] pesquisa qualitativa quer fazer jus à complexidade da realidade [...]. Fenômenos há que primam pela qualidade no contexto social, como militância política, cidadania, felicidade, compromisso ético, e assim por diante, cuja captação exige mais que mensuração de dados (DEMO, 2000, p.152).

Nesta direção, também vimos adequado realizar um estudo exploratório, considerando os subsídios teóricos de pouca representatividade no trato dessa etapa de ensino em relação à inclusão. Deste modo, elencamos Martins (2000, p.30) apontando que a "pesquisa exploratória trata de uma abordagem adotada para buscar maiores informações sobre determinado assunto. Possui um planejamento flexível, e é indicada quando se tem pouco conhecimento do assunto".

Para o levantamento dos dados, utilizamos como instrumento a observação realizada pelos discentes em estágio e a entrevista semiestruturada com os docentes, considerando atender o objetivo da investigação. Esta modalidade de entrevista foi escolhida para facilitar a compreensão das respostas, pois nela podemos aprofundar e tirar dúvida que por ventura surjam no momento da aplicação. Nesta modalidade,

> [...] a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. (MINAYO, 1993, p.109-110).

Elaboramos questões norteadoras para a realização da entrevista, "permitindo ao entrevistador ter mais liberdade para investigar além das respostas" (MAY, 1993, p.03), mas sem fugir da perspectiva do objetivo. Na análise, cruzamos as informações da entrevista com as observações obtidas, buscando conhecer a realidade da acessibilidade ao conhecimento sistematizado no ambiente escolar pelos alunos da educação especial.

Na primeira questão, fizemos a caracterização dos sujeitos. Nas questões posteriores, tratamos sobre a educação especial, as dificuldades, as concepções e a acessibilidade. Os docentes que colaboraram foram escolhidos pela condição da "conveniência e voluntariado" (LAVILLE; DIONNE, 1999), considerando o espaço do estágio supervisionado obrigatório.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os quatro docentes entrevistados eram licenciados na sua área de atuação e três tinham especialização. Vimos que nenhum deles tiveram na sua formação inicial uma disciplina para discutir sobre a educação especial. E constatamos na observação, que eles não sabiam como fazer a adaptação curricular. No planejamento com a coordenação não identificamos em nenhum momento, no período de um mês, a estruturação de atividades pensadas para atender as especificidades de alunos com deficiência.

Nas salas de aulas do 6º ao 9º anos havia adolescentes e jovens da educação especial. No geral, tinha aluno com D. I - deficiência intelectual, TEA – Transtorno do espectro autista, síndrome de Down e D.V - baixa visão.

Os entrevistados colocaram a dificuldade em incluí-los nas atividades, pois alguns não tinham como acompanhar os conteúdos que eram mais complexos. E também alegavam não ter conhecimento para contribuir no processo de inclusão escolar. A justificativa para manter a situação estava vinculada a duas necessidades: cumprir o acesso do aluno a escola pela determinação da lei; e concretizar o programa do ano de escolaridade com a maioria dos alunos da sala. A postura resulta de cobranças reais do fazer pedagógico no contexto escolar, mas também sabemos que

> [...] ao lado de muitos educadores que se mostram receptivos e interessados na presença de alunos com deficiência em suas salas, há os que temem [...] os que temem afirmam sentir-se despreparados para lidar com dificuldades de aprendizagem, principalmente quando devidas a alguma deficiência (CARVALHO, 2000, p.28-29).

Assim sendo, o aluno com deficiência ficava em sala fazendo de conta que entendia e o professor que estava ensinando a ele. Alguns copiavam o que estava no quadro ou livro sem conhecer o conteúdo abordado. Outros saíam de sala por se sentirem ociosos e retornavam para sala quando eram pegos pelo pátio.

> Na prática da aula, a seleção dos conteúdos, a definição dos métodos, os modos de organização do espaço, do tempo e dos alunos, bem como a decisão sobre as formas de avaliação, são sempre em alguma medida, decisões ético-políticas, e não meramente técnicas (GÓMEZ, 2000, p.361).

Outro aspecto que nos chamou atenção na observação foi à inexistência do papel do coordenador pedagógico com questões e sugestões de atividades para os alunos da educação especial. O professor planejava praticamente com seus pares e quase sem compartilhar com o coordenador, estando este muito envolvido com problemas de indisciplina com os alunos. Na entrevista, um dos professores colocou que desejava fazer melhor, incluindo o aluno da educação especial, mas não se sentia apoiado pela coordenação. Vejamos com se posiciona o professor A:

> Eu sei que estou em divida com meu aluno que é autista e com o outro que tem deficiência "mental" (intelectual – correção nossa), porque não sei o que fazer com eles. Ninguém me orienta uma atividade ou mesmo como posso fazer para ajudar a entender um assunto. Olhe eu estou trabalhando potenciação eles não sabem somar direito. Alias, eu nem sei o que eles conseguem sozinhos, porque não tenho auxiliar em sala pra me ajudar a descobrir. E a coordenação não chega perto para ficar com a turma ou fazer uma atividade de sondagem com eles. Sabe como é... a gente tem um programa a cumprir, metas a alcançar, mas não é dada condições para incluir esses alunos. O aluno que tem baixa visão é só crescer o tamanho da letra; isto é fácil (profº A).

Perguntamos ao professor o motivo deles não terem um auxiliar de sala, uma vez que há lei que ampara esse direito. Ele, como os demais entrevistados, colocou que a secretaria de ensino não encaminha, apenas tem vindo para os casos com dependência física. Um dos entrevistados colocou que se fosse seu filho teria procurado seus direitos na promotoria da educação.

Na análise das respostas nas entrevistas, percebemos um incômodo com a realidade da exclusão da aprendizagem do aluno da educação especial do 6º ao 9º anos. Porém, ao mesmo tempo a necessidade de se proteger para evitar uma luta solitária na própria escola.

Nós perguntamos a quem cabe o papel ético na perspectiva da inclusão: ao professor, ao coordenador, aos pais ou a secretaria de ensino? O que estamos fazendo com um direito adquirido de acesso à escola, resultado de grandes lutas e de conquistas pela via das políticas públicas?

Com certeza todos os atores acima citados têm sua parte na responsabilidade da não acessibilidade ao conhecimento, mas, pelo visto, nenhum se reconhece implicado de forma ética com a questão da inclusão.

As contribuições dos estudos sobre os fundamentos éticos na Antiguidade nos permitem compreender o papel fundamental, já atribuído à Educação, como atividade social imprescindível para desenvolver as virtudes entre os homens. Conforme Hermann (2001, p.22):

> uma das mais altas expressões da Paidéia1 é a educação para a virtude [...] que, na tradição ocidental, tem início com o nascimento da ciência do ethos na Grécia, nos séculos V e VI a.C, [...] tematizada nos diálogos de Platão, no episódio vivido por Sócrates e os Sofistas.

Nesta perspectiva, analisamos a concepção sobre o significado da ética na inclusão. No foco da palavra, podemos afirmar que origem é grega e, culturalmente, foi ganhando sentido "na busca de uma compreensão racional dos princípios que orientam o

agir humano" (Hermann, 2001, p.15). Na Grécia antiga, havia duas grafias para registrar o termo ethos conhecido na atualidade como ética. Uma das metáforas utilizada na significação da palavra ethos é morada do homem, indicando que nela se inscreve a sua cultura através dos valores e costumes; como podemos conferir em Vaz (1988, p.12) ao definir que o "ethos é a casa do homem [...] o espaço do ethos, enquanto espaço humano, não é dado ao homem, mas por ele construído ou incessantemente reconstruído".

Destacamos Aristóteles como referência para o estudo da ética, mas recorreremos aos filósofos que influenciaram na sua tese. Ele explicou através da importância do homem alcançar a "felicidade" (eudaimonía)2 pela virtude. Em seus escritos, a ética se apresenta como eudemo que corresponde à finalidade para a vida do homem e a ética nicômaco que trata da busca das normas.

Inicialmente, as reflexões foram baseadas nas "questões socráticas que inauguram a ética ou filosofia moral, porque definem o campo nos quais valores e obrigações morais podem ser estabelecidos, ao encontrar seu ponto de partida: a consciência do agente moral" (CHAUÍ, 2002, p.340-341). Esta consciência, segundo Sócrates, se adquire no ato educativo, ou seja, no ensinamento das virtudes.

Para Platão as principais virtudes são: justiça, prudência ou sabedoria, fortaleza ou valor e temperança. A justiça é considerada a virtude geral que nos aproxima do sábio; a prudência é a virtude da alma racional que orienta o homem para os bens divinos; fortaleza é a virtude que subordina o prazer ao dever, visando que as atitudes mais nobres predominem; temperança é a virtude da serenidade. Assim sendo,

> Pela razão, como faculdade superior e característica do homem, [...] seu fim último é purificar ou libertar-se da matéria para contemplar o que realmente é, sobretudo a Ideia do Bem. Para alcançar esta purificação, é preciso praticar várias virtudes: da razão é a prudência; a da vontade ou ânimo a fortaleza; a do apetite é a temperança. [...] a harmonia entre as diversas partes constitui a quarta virtude, ou a justiça (VÁZQUEZ, 2002, p. 270).

Partindo desta tese, a questão de assegurar o direito à educação pode ser concebida no plano da justiça. Conforme Chauí (2002), na antiguidade Aristóteles foi quem mais avançou nos estudos sobre a ética, desenvolvendo a valorização da consciência moral sustentada pela razão, por isto destacamos a afirmativa em que:

> A importância dada por Aristóteles à vontade racional, à deliberação e à escolha o levou a considerar, entre todas as virtudes, uma delas como condição de todas as outras e presente em todas elas: a prudência ou sabedoria prática. O prudente é aquele que, em todas as situações, é capaz de julgar e avaliar qual a atitude e

4 O termo Paidéia adquire, ao longo da Antiguidade grega, um sentido de formação do homem grego para perfeição humana. Antes da filosofia, a Paidéia tinha um caráter ginástico-musical, ou seja, compreendia o preparo do corpo pela ginástica e o da mente pela poesia. Posteriormente, com o surgimento da filosofia, a Paidéia assume um sentido essencialmente educativo, quando os verdadeiros mestres da formação humana deixam de ser os poetas para serem os filósofos (HERMANN, 2001, p.21).

> qual a ação que melhor realizarão a finalidade ética, ou seja, [...] qual a mais adequada para que o agente seja virtuoso e realize o que é bom para si e para os outros (CHAUÍ, 2005, p.312).

Nesta reflexão, evidenciamos Aristóteles por defender que a aquisição da virtude se dá nas ações cotidianas, mas estas não são consideradas hábito e nem tão pouco uma habilidade inata, pois ele acreditava na importância da educação como formadora da virtude.

Outro destaque que merece uma discussão se encontra na corrente da deontologia através de Kant (BORGES et al., 2002). Os seus estudos sobre a ética foram de grande representatividade nos ideais iluministas desenvolvidos no Renascimento, uma vez que ele defendia, por exemplo, a fórmula da autonomia baseada nas concepções de liberdade e igualdade. Estas concepções estão presentes nos fundamentos desse movimento histórico.

As ideias de Kant se constituem pelas regras universais (Ética do dever) para atender a todos os seres humanos. Segundo Borges (2002), Kant, é o precursor da ética do dever,pois

> [...] pretende discriminar as regras do que é certo ou errado moralmente, utilizando uma noção chamada de "imperativo categórico", compreendendo que o seu valor moral encontra-se na possibilidade de ser aplicada como uma regra universal, ou seja, se puder ser observada e seguida por todos os seres humanos, sem contradição. (BORGES, 2002, p. 12).

O pensamento de Kant foi aplicado na construção do código de ética das profissões por possuir esse caráter universal, ou seja, comum a todos. A esse respeito, há algumas críticas, pois a "universalização [...] é insuficiente para combater o egoísmo racional na medida em que não esclarece qual contradição adviria de se querer a não-benevolência" (BORGES, 2002, p. 31). Porém, é preciso mencionar que a aplicação do caráter deontológico inibe que o profissional estabeleça suas condutas e valores voltando-se para o campo pessoal que, por vezes, pode beneficiar alguns ou ele mesmo, no momento em que procura atender particularmente aos seus interesses.

Nesta direção, retomamos nosso fio de reflexão sobre o descompromisso de todos os atores que devem promover a inclusão, entendendo a fala de um professor quando diz na entrevista que "uma andorinha só não faz verão. É preciso não deixar o professor solitário. A escola não é só feita de professores, mas a responsabilidade sempre recai só eles" (Profº B).

Certamente quando se discuti a ética na educação, não há separação de papéis, pois todos os envolvidos, direta e indiretamente no processo, possuem suas responsabilidades em prol da inclusão.

5 Eudaimonía: termo grego que significa felicidade e bem-estar.

5 - CONCLUSÃO

No estudo, constatamos que o direito da pessoa com deficiência ao acesso à escola, tem possibilitado apenas a matrícula, mas que a acessibilidade ao conhecimento perpassa a superação de posturas excludentes e das condições de operacionalização do trabalho limitadas; especialmente para os casos que requer um auxiliar de sala e a secretaria de Educação não envia.

A necessidade de um auxiliar não está para o atendimento específico ao aluno com necessidades especiais, mas para oportunizar o professor poder estar mais próximo desse aluno quando o auxiliar ficar na condução da turma. Esta estrutura operacional é bem mais observada da educação infantil até o 5º ano. Certamente, nesta etapa de ensino o direito a aprendizagem do aluno da educação especial se encontra mais próximo da realidade.

O fato de realizarmos um estudo exploratório não nos permitiu aprofundar sobre o motivo da ausência de uma auxiliar, mas podemos inferir que talvez a secretaria de educação não encaminhe por acreditar que um aluno do 6º ao 9º anos não tenha necessidades da dependência de um segundo adulto mediador em sala de aula. Caso isto se confirme, em estudo seguinte, teremos a percepção da falta de conhecimento daqueles que assumem uma gestão de secretária da educação.

O direito de aprendizagem transcende todo e qualquer tipo de limitação imposta pelas barreiras existentes. Lembramos que estabelecemos os direitos assim como as barreiras, logo, nos cabe a reflexão sobre o agir ético que se impõe como fator necessário ao agir social, ou seja, o agir ético está para o agir moral como o ar para vida. Configura-se então, a importância de assegurar a matrícula. É o primeiro passo da condição dos sujeitos, mas estando inserido na escola, o acesso ao conhecimento representa uma prática de respeito à individualidade, permitindo que o crescimento de todos (comunidade escolar) os envolvido seja contínuo e humanizante, como afirma Lovatto(2006) para quem,

> A educação especial assim contextualizada se constitui numa modalidade transversal que perpassa todos os níveis, etapas e modalidades de ensino, definida por uma proposta pedagógica que assegure recursos e serviços de atendimento educacional especializado organizados institucionalmente, para apoiar a educação nas classes comuns, de modo a garantir a escolarização e promover o desenvolvimento da potencialidade dos alunos com necessidades educacionais especiais – grifo nosso (Lovatto, 2006, p.09).

Este propósito é possível quando os profissionais da escola não se conformam com a realidade posta, mas se unem eticamente por uma causa. O incômodo com a situação não deve estar em um ou mais professores. A reflexão sobre o papel de cada um no processo não deve se justificar pelas faltas, mas pelas buscas de soluções coletivas, pois a postura

> [...] aponta as políticas de uma educação democrática, como preside às implicações e desdobramentos dessa educação na própria realidade do sistema de ensino, e nessas implicações e nesses desdobramentos, todo o educador se confrontará, inevitavelmente, com a questão ética frente à diversidade e às diferenças (PIRES, 2005, p.01).

Portanto, o agir ético na educação promove a abertura para se entender os direitos e superação das barreira, assegurando a condição de aprendizagem e desenvolvimento de todos os sujeitos, pois através da ética se constitui o modelo de sociedade que pretendemos construir.

REFERÊNCIAS

BLANCO, R. A atenção à diversidade na sala de aula e as adaptações do currículo. In: COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J.A. (org.). Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais. Porto Alegre: Artmed editora, 2004.

BRASIL, Ministério da Educação. Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Secretaria de Educação Especial. MEC/SEESP, 2001.

BORGES, Maria de Lourdes; DALL'AGNOL, Darlei; DUTRA, Delamar Volpato. Ética. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2002.

CARVALHO, Rosita E. Removendo barreiras para as aprendizagens: educação inclusiva. Porto Alegre: mediação, 2000.

CHAUÍ, Marilena. Convite à filosofia. São Paulo: Ática, 2005.

DEMO, Pedro. Metodologia do Conhecimento Científico. São Paulo: Atlas, 2000.

GÓES, M.C.R. de; LAPLANE, A.L.F. da. Políticas e práticas de educação inclusiva. Campinas/SP: Autores Associados, 2004.

GLAT, Rosana (Org.). Educação inclusiva: cultura e cotidiano escolar. Rio de janeiro: 7 letras, 2007.

HERMANN, Nadja. Pluralidade e ética em educaçã. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2001.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

LESSARD-HEBERT, Michelle et al. Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas. Lisboa: Piaget Editorial, 1990.

Lovatto, Ricardo Blattes (org.) Direito à educação : subsídios para a gestão dos sistemas educacionais : orientações gerais e marcos legais. Brasília : MEC, SEESP, 2006.

MANTOAN, Maria Teresa Egler. Inclusão Escolar: o que é? por quê? como fazer? São Paulo: Moderna, 2003.

MAY, Tim. Social Research. Issues, methods and process. Buckingham:Opem University Press, 1993. Texto traduzido por Adir Luiz Ferreira.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 18ª ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

PIRES, José. A questão ética frente às diferenças: uma perspectiva da pessoa como valor. Texto digitado. Natal, RN, 2005.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. Pesquisa Social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

VAZ, H. C. de L. Escritos de filosofia II: ética e cultura. São Paulo: Loyola,1988.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. Ética. 23. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CAPÍTULO 2

A EDUCAÇÃO: DIREITO HUMANO DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE.

EDUCATION: HUMAN RIGHTS PRIVATE PERSONS OF FREEDOM.

Hilderline Câmara de Oliveira[1]

1 Assistente Social, pós-doutora em Direitos Humanos, Cidadania e Política Públicas/UFPB, Doutora em Ciências Sociais/UFRN, Mestre em Serviço Social e Especialista em Antropologia Cultural/UFRN. E-mail: hilderlinec@hotmail.com. UNIFACEX.

RESUMO

Historicamente, a educação se constitui um dos direitos humanos de/para todos/as pessoas, que foi consagrado mundialmente mediante normativas jurídicas e declarações universais, e em relação ao direito à educação das pessoas privadas de liberdade, este também é ancorado nas legislações nacionais e internacionais da mesma forma, considerando que a educação é um direito universal e sem distinção de qualquer natureza. Este artigo é fruto da pesquisa realizada durante o pós-doutorado em Direitos humanos, Cidadania e Políticas Públicas na Universidade Federal da Paraíba, que teve como escopo analisar como a educação enquanto um direito humano das pessoas privadas de liberdade está sendo efetivada nas prisões do estado do Rio Grande do Norte/RN. A metodologia se deu por meio da pesquisa de cunho exploratório e descritivo, além da natureza bibliográfica, com base nas categorias de análise: educação, direito humano e prisão respaldada em autores e aparatos jurídicos, que deram sustentação ao estudo. Os resultados mostraram que o estado do RN não conseguiu até o presente momento executar a proposta do Plano Estadual de Educação na prisão que tem como meta promover e efetivar o direito à educação para as pessoas privadas de liberdade, que estão em cumprimento de pena. Por consequência, o estado apresenta um dos piores indicadores de cesso à educação como um dos direitos humanos da população carcerária.

PALAVRAS-CHAVE: Educação. Direito humano. Privação de liberdade.

ABSTRACT

Historically, education is one of the human rights of / for all people, which has been enshrined throughout the world through legal regulations and universal declarations, and in relation to the right to education of persons deprived of their liberty, it is also anchored in national legislation and international organizations in the same way, considering that education is a universal right and without distinction of any kind. This article is the result of the research carried out during the postdoctoral course on Human Rights, Citizenship and Public Policies at the Federal University of Paraíba, whose purpose was to analyze how education as a human right of persons deprived of liberty is being carried out in state prisons of Rio Grande do Norte / RN. The methodology was based on the exploratory and descriptive research, in addition to the bibliographic nature, based on the categories of analysis: education, human rights and prison supported by authors and legal apparatus, which gave support to the study. The results showed that the state of the newborn has not been able to execute the proposal of the state education plan in prison, which aims to promote and enforce the right to education for those deprived of their liberty who are serving their sentence. Consequently, the state presents one of the worst indicators of cessation of education as one of the human rights of the prison population.

KEYWORDS: Education. Human right. Deprivation of liberty.

1 - INTRODUÇÃO

O presente artigo científico é fruto da pesquisa realizada durante o pós-doutorado em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da Universidade Federal da Paraíba, no período de agosto de 2016 a junho de 20181, que teve como escopo geral analisar como a educação enquanto direito humano das pessoas privadas de liberdade está sendo efetivada nas prisões do Rio Grande do Norte, a partir da proposta do Plano Estadual de Educação nas prisões do Estado.

A priori, ressalto que esta área já faz parte de minha trajetória acadêmica e profissional, a começar pelos trabalhos acadêmicos na Graduação, Mestrado e no Doutorado, que foram, em sua maioria, dirigidos ao campo dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade. No Doutorado tive a oportunidade de realizar um intercâmbio internacional, em Portugal, no Centro de Estudos Sociais/Ces da Universidade de Coimbra, em 2009. Período em que conjuguei relações com outros pesquisadores. Somada a esses fatores, tenho uma produção acadêmica relativamente elevada, contando com publicações de livro, capítulos de livros e artigos em revistas nacionais e internacionais.

O direito à educação é para todas as pessoas, sendo consagrado como direito universal e norteado pelos princípios da igualdade de direitos. A Constituição Federal Brasileira de 1988 assegura no caput do Art. 205 que "A educação é um direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa" [...] (BRASIL, 2018, p. 68).

A partir desse princípio, a educação para a pessoa em privação de liberdade depende de outras leis que complementem os preceitos da Constituição Federal de 1988, como, por exemplo, a Lei de Execução Penal/LEP, que garante à população carcerária o direito à educação. Esta, no caput do seu artigo 17, define: "A assistência educacional compreenderá a instrução escolar e a formação profissional do preso e do internado". E acrescenta ainda, em seu artigo 20, que "As atividades educacionais podem ser objeto de convênio com entidades públicas ou particulares, que instalem escolas ou ofereçam cursos especializados" (BRASIL, 20182, p. 6).

Entende-se aqui que a educação é um dos direitos humanos para todos (as), pois desde a criação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), de 1948, os direitos humanos se tornaram parte integrante da legislação internacional, da qual o Brasil é signatário. Por isso, partimos do princípio de que é preciso pensar em um mundo no qual os direitos humanos possam ser exercidos por todas as pessoas em todos os espaços/ambientes. Ressalta-se ainda que a garantia do acesso ao direito também está prevista nas Regras de Bangkok e nas Regras de Mandela para o tratamento de presos/ONU.

Nesse prisma, encontram-se as pessoas em privação de liberdade, uma população que em sua maioria não tem a garantia de ter seus direitos efetivados na prática, pois já sabemos que, juridicamente, tais direitos já estão consagrados (faltando apenas se tor-

1 Sob a supervisão do professor Drº Timothy D. Ireland.

2 Disponível em https://www.jusbrasil.com.br/topicos/11701806/artigo-20-da-lei-n-7210-de-11-de-julho-de-1984. Acesso: jul de 2018.

narem realidade, no cotidiano das prisões do Brasil), e que, no cenário atual, representam um dos maiores problemas da Segurança Pública em todos os Estados do país.

Exemplo dessa realidade é o Estado do Rio Grande do Norte/SISPERN, que aparece constantemente em mídias (em nível de redes locais e internacionais), por conta de contínuas notícias sobre as inúmeras rebeliões e mortes dentro das prisões; rebeliões essas que são movidas pelo crime organizado, através das suas facções criminosas (Sindicato do Crime do RN (SDC) e o PPC), além da superlotação, das mortes de agentes penitenciários e do alto índice de fugas registradas no SISPERN. Esses fatos demonstram a falência do sistema penitenciário brasileiro e a extrema vulnerabilidade do aparelho estatal, como assevera Wacquant (2001, p. 11):

O sistema penitenciário brasileiro acumula um efeito das piores jaulas do Terceiro Mundo ... entupimento estarrecedor dos estabelecimentos, o que traduz por condições de vida e de higiene abomináveis, caracterizadas pela falta de espaço, ar, luz e alimentação ... negação de acesso a assistência jurídica e aos cuidados elementares de saúde ... violência pandêmica entre os detentos sob formas de maus-tratos, extorsões, estupros e assassinatos, em razão da superlotação superacentuada, da ausência de separação entre as diversas categorias de criminosos, da inatividade forçada ... e das carências da supervisão.

Esse cenário é evidenciado pelas informações que deixam o país com a terceira maior população carcerária do mundo, conforme dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) divulgados pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen), do Ministério da Justiça, os quais mostram que o total de pessoas encarceradas no país chegou a 726.712, em junho de 2016. Em dezembro de 2014, eram 622.202. Assim, houve um crescimento de mais de 104 mil pessoas. Desses dados, aproximadamente 40% são presos provisórios, ou seja, pessoas que ainda não foram condenadas ou julgadas!. As estimativas mostram ainda que mais da metade dessa população é formada por jovens de 18 a 29 anos e 64% são negros, além do que 89% da população carcerária está em unidades com déficit de vagas, o que evidencia a superlotação geral[3].

Conforme Foucault (1987, p. 95), "a prisão em seu todo é incompatível com cada técnica da pena-efeito, da pena-representação, da pena-função geral, da pena sinal e discurso. Ela é a escuridão, a violência e a suspeita". Dessa forma, questiona-se a efetividade do que prega a Anistia Internacional dos DH em que:

Os direitos humanos são as proteções e liberdades básicas que cabem a cada um e cada uma de nós. Fundamentam-se nos princípios de dignidade, de igualdade e de respeito mútuo – independentemente da idade, da nacionalidade, do gênero, da raça, das crenças e das orientações pessoais. Direitos humanos não são um "luxo" a serem garantidos somente quando as condições favorecem. (ANISTIA INTERNACIONAL, 2017, p. 4)[4]

A educação como direito humano nas prisões brasileiras se torna cada vez mais escassa e rema contra a maré da sua efetivação, em especial com relação às pessoas em privação de liberdade que vivem em unidades prisionais do país nitidamente precárias, em todos os sentidos, no que se refere aos recursos humanos, bem como professores para

3 Disponível em www.justica.gov.br/news/mj-divulgara...infopen.../relatorio-depen-versao-web.pdf. Acesso: fev. de 2018.

4 Disponível em escrevapordireitos.anistia.org.br/.../278-guia-educacao-em-direitos-humanos-clovis.pd. Acesso: fev. de 2018

assumir uma sala de aula nos espaços das prisões, onde, na maioria delas, não existem salas de aula (somente espaços improvisados), sem falar da questão da segurança dos docentes envolvidos no processo, bem como da luta para que a educação em/para os direitos humanos não se torne apenas motivo para remissão da pena e apenas em nível de escolarização, como nos alerta Ireland (2011, p. 20):

Ao se pensar o processo educativo no espaço da prisão, há de se ter clareza sobre os limites impostos pelo contexto singular, mas também não reduzir o processo educativo à escolarização. Como em qualquer processo educativo, há que se buscar entender os interesses de aprendizagem da população carcerária e quais os limites que a situação impõe sobre esse processo.

Corroborando, extrai-se do escólio de Maeyer (2011, p. 19): "a organização da educação na prisão reflete também as atitudes da opinião pública, nos países em que o orçamento para a escola regular não é suficiente, fica difícil explicar por que a educação na prisão precisa de dinheiro público". O autor acrescenta ainda que "A prisão é uma perda do direito de mobilidade, não dos direitos de dignidade, respeito e educação" (MAEYER, 2011, p.21).

A pesquisa é quem alimenta a atividade de ensino e atualiza frente à realidade do mundo, por isso ela deve estar vinculada ao pensamento e à ação. Para chegar a inferências, é preciso valer-se de rigor metodológico, por intermédio de técnicas e instrumentos de coleta de dados e de um método, um procedimento que orienta a pesquisa e auxilia o pesquisador a realizá-la com vistas ao êxito.

Assim, para Shaughnessy, Zechmeister e Zechmeister (2012, p. 44), "o método científico refere-se às maneiras como os cientistas fazem perguntas e à lógica e métodos usados para obter respostas [...]". Não obstante, ressalta-se que a somatória dos saberes resulta no conhecimento esperado. Assim, a pesquisa, quanto aos objetivos, é de caráter exploratória e descritiva; isso remete à uma relação direta entre elas e se complementam.

Por conseguinte, na concepção de Prodanov e Freitas (2013, p. 52/3), "a pesquisa exploratória tem um planejamento flexível, o que permite o estudo do tema sob diversos ângulos e aspectos. Já a pesquisa descritiva: quando o pesquisador apenas registra e descreve os fatos sem interferir nele". Quanto aos procedimentos, a pesquisa é de cunho bibliográfico, com respaldo teórico de autores que abordam sobre as categorias de análise: educação, direito humano e prisão, tais como Foucault, Maeyer, Ireland, Benevides, Muñoz, além dos aparatos normativos e as leis que garantem o direito à educação na prisão.

A estrutura do artigo está composta de forma a facilitar a leitura do leitor, fazendo com que haja uma compreensão sobre o tema proposto, apresentando a priori a contextualização do cenário da realidade das prisões do estado do Rio Grande do Norte. Em seguida, a educação enquanto direito humano das pessoas privadas de liberdade, a partir da realidade do referido estado, e, por fim, a exposição das considerações finais, as quais não pretendem esgotar a discussão sobre o tema, mas proporcionar novas reflexões e instigar novos estudos e pesquisas, que possam ampliar o debate da educação enquanto direito humano no espaço prisional.

2 - AS PRISÕES NO RIO GRANDE DO NORTE: CENÁRIO ATUAL

O sistema penitenciário do Rio Grande do Norte/SISPERN está sob a supervisão da Coordenadoria de Justiça da Secretaria de Interior, Justiça e Cidadania (SEJUC); tem como respaldo legal o Plano Diretor do Sistema Penitenciário do Estado do Rio Grande do Norte, a Lei Estadual n.º 7.131, de 13 de janeiro de 1998, que dispõe sobre o Estatuto Penitenciário do Estado, a Portaria n.º 64/1997, que aprova o Regulamento Disciplinar do Sistema Penitenciário do Estado, a Constituição Federal Brasileira de 1988, a Lei de Execução Penal/LEP e o Código Penal Brasileiro/CPB.

O SISPERN está composto por: Cadeias Públicas/CPs de Caraúbas, Mossoró, Natal, Nova Cruz; Complexos Penitenciários/CP Mário Negócio, João Chaves/Feminino e Masculino, Pau dos Ferros; Penitenciárias/PEs de Alcaçuz, Parnamirim, Rogério C. Madruga, Seridó; Unidade Psiquiátrica/UPCT da Zona Norte de Natal. A maior parte das unidades prisionais do Estado concentra-se na região metropolitana de Natal (Natal, Parnamirim, Nísia Floresta), e as demais unidades nas regiões interioranas do Estado, ressaltando-se a mais nova Cadeia Pública de Ceará-Mirim, com capacidade para 603 internos, dividida em três pavilhões, com 24 celas cada, além de áreas para ensino, saúde, visitas íntimas, tratamento de dependentes químicos e o setor adaptado para pessoas com deficiência física, algo novo nas unidades do estado, pois não existe nas demais prisões do estado. (SEJUC, 2018).[5]

Destaca-se que em 2017 a SEJUC, em virtude do processo de restruturação do sistema, começou a desativar os 20 Centros de Detenção Provisória do estado: Patu (fechado em janeiro de 2018) e, em 2017, os de Currais Novos, Centros de Detenção Provisória/CDP da zona sul, Ribeira, da zona norte de Natal, de Assú, Nova Parnamirim, Santa Cruz, de Macau,[6]. Os apenados desses CDPs desativados foram transferidos para outros, o que acabou aumentando o problema da superlotação. O fechamento desses centros de detenção provisória gerou críticas, como mostra a entrevista recente ao jornal local do estado. O Juiz Auxiliar da Corregedoria da Justiça do RN Drº Fabio Ataíde aduz:

Você retira o preso do local do cumprimento da pena e vai para um lugar mais distante, o que faz o acesso demorar mais. Muitas vezes o preso está a mais de 100km do local que ele foi processado e isso causa uma demora processual. A crítica não é só em relação à demora processual, mas quando você aglomera esses presos você cria 'bolsões' de grande concentração de detentos. Quando você aglomera detentos, você aumenta riscos de motim. Além de dificultar o processo, eu crio ambientes mais hostis. O ideal, segundo a maioria dos juízes pensam, é descentralizar para quebrar o poder das organizações criminosas. Isso não tem sido feito[7].

5 Disponível em: http://www.sejuc.rn.gov.br/. Acesso: ago. de 2018.

6 Disponível em: ttp://www.sejuc.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=89178&ACT=&PAGE=0&PARM=&LBL=SEJUC

7 Disponível em: http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/naomero-de-presos-provisa-rios-a-falso-diz-juiz-do--rn/405335. Entrevista do dia 18 de mar de 2018. Por Luiz H. Gomes.

Evidenciamos que o Rio Grande do Norte tem 8.535 pessoas em privação de liberdade, distribuídas entre os regimes provisório e aberto. Os dados mostram também o déficit de vagas em cada unidade de cumprimento de medida conforme os regimes, como prevê a legislação. É inegável a falta de preocupação com a população carcerária. Nas palavras de Ireland (2012, p. 28), "a preocupação central do presídio é com a segurança e a detenção das pessoas ali encarceradas – a segurança da sociedade e não necessariamente da pessoa presa". Entretanto, o Juiz Auxiliar da Corregedoria da Justiça do RN, Drº Fabio Ataíde, em entrevista recente, relata que o déficit de vagas no sistema é:

O RN tem um déficit de vagas de 100%. É dobrar a capacidade atual para atender adequadamente os que já estão presos. Enquanto o Supremo Tribunal Federal entende que o aceitável é 37,5% acima do limite. E dentro do aceitável nós estamos com vagas indevidas muito maior. Nós temos superlotação. Mas é importante destacar que nós não temos um encarceramento em massa, nós temos superlotação. É muito diferente[8].

Quando indagado sobre quanto é a população carcerária do RN, o juiz responde:

Pelos dados do Conselho Nacional de Justiça/CNJ, temos 3.845 presos em regime fechado, 2.903 presos provisórios, 1.099 em semiaberto e 910 abertos. Mas, se for bater esses dados com os do meu sistema (da Corregedoria), há uma discrepância enorme. De presos provisórios nós temos mais de 8 mil. Mais de 80% dos nossos presos são provisórios. Mas esses números estão equivocados, infelizmente[9].

Para Muñoz (2011, p. 67), "os sistemas penitenciários que sistematicamente não reconhecem nem entendem ou apoiam as necessidades concretas dessas pessoas as tornam ainda mais vulneráveis". Desde 2015, o sistema prisional do RN vem sendo alvo de muitas notícias e de constantes rebeliões com brigas das facções, sendo comum, as constantes fugas registradas nas prisões como mostram os dados a seguir:

Quadro I: número de fugas no SISPERN

Unidade prisional	Nº de foragidos e de fugas
Penitenciária Estadual de Alcaçuz, em Nísia Floresta	69 fugitivos em 11 fugas
Cadeia Pública de Natal	46 fugitivos em 1 fuga
Centro de Detenção Provisória da Ribeira, em Natal	29 fugitivos em 4 fugas
Penitenciária Agrícola Drº. Mário Negócio, em Mossoró	24 fugitivos em 6 fugas
Cadeia Pública de Caraúbas	12 fugitivos em 2 fugas
Complexo Penal Dr. João Chaves, em Natal	9 fugitivos em 1 fuga
Presídio Rogério Coutinho Madruga, em Nísia Floresta –Alcaçuz	7 fugitivos em 1 fuga
Cadeia Pública de Mossoró	6 fugitivos em 2 fugas
Centro de Detenção Provisória de Macau	4 fugitivos em 1 fuga
Centro de Detenção Provisória de Patu	4 fugitivos em 1 fuga
Centro de Detenção Provisória do Potengi, em Natal	3 fugitivos em 2 fuga
Centro de Detenção Provisória de Ceará-Mirim	2 fugitivos em 1 fuga
Centro de Detenção Provisória de Parnamirim	1 fugitivo em 1 fuga
Total	**Total: 216 fugitivos**

Fonte: https://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/noticia/apos-recontagem-sejuc-atualiza-para-89-numero-de-fugitivos-de-presidio-no-rn-e-divulga-nomes.ghtml

Cabe acrescentar que a capital Potiguar ficou na 10ª colocação como cidade mais violenta do mundo, em um ranking elaborado pela Organização Não Governamental (ONG) mexicana "Conselho Cidadão", para Segurança Pública e Justiça Penal. A lista, que possui 50 cidades, consta 19 cidades brasileiras. Destas, Natal é a primeira, com 69,56 homicídios para cada grupo de 100 mil habitantes. Os dados são referentes a 2016.[10]

A realidade da Segurança Pública no país, de acordo com os dados da 10° edição do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, mostra que os gastos dessa política totalizaram R$ 76,2 bilhões em 2015, o que representa um aumento de 11,6% em relação ao ano de 2017. No entanto, esse valor ainda não é suficiente e o país carece de políticas que tragam resultados satisfatórios no combate à violência. Esse montante foi 24,6% maior do que os gastos do próprio governo federal com segurança pública, que foram de R$ 9 bilhões. Em 2014, o gasto da União foi de R$ 8,9 bilhões.

Dessa forma, são urgentes as mudanças na segurança pública do Estado, pois as penitenciárias locais se transformaram em verdadeiras usinas de revolta humana, sendo, portanto, indispensável a implantação de mecanismos que dificultem a prática criminosa, como bloqueador de celular, detector de metais e scanner para impedir que entrem instrumentos, armas ou drogas, o uso de tornozeleiras eletrônicas, dentre outras ações.

Os dados divulgados nas redes sociais mostram que, para o sistema penitenciário potiguar, desde março de 2015, após uma série de rebeliões em várias unidades prisionais, o governo decretou estado de calamidade pública e pediu ajuda à Força Nacional. Para a recuperação de 14 presídios, todos depredados durante os motins, foram gastos mais de R$ 7 milhões. No entanto, o sistema permanece em crise. Seis meses depois, o Decreto de calamidade foi prorrogado por mais 180 dias e a permanência da Força Nacional também renovada por duas vezes.

Este momento de crise penitenciária no Estado é notícia em diversos veículos no exterior do país, sendo lamentável a visibilidade do Estado do RN perante o público internacional, através de matérias amplamente divulgadas, como exemplo, a do Jornal Argentino "Clarín":

La rebelión se desató en la Penitenciaría Estadual de Alcaçuz, la mayor de Natal, capital del estado brasileño Río Grande del Norte. Tras 14 horas, las fuerzas de seguridad tomaron control del penal esta mañana. Según lo informado por las autoridades, citadas por la agencia DPA, todo comenzó cuando presos de un pabellón, todos miembros de una organización criminal, invadieron otra sección del presidio donde estaban integrantes de otra banda.[11]

O estado também é notícias nos principais jornais dos Estados Unidos, que divulgaram o caos da realidade do RN, no "The New York Times". O título dizia: "Número de mortos em rebelião de prisão sobe para 25; decapitações são vistas"[12].

8 Disponível em: http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/naomero-de-presos-provisa-rios-a-falso-diz-juiz-do--rn/405335. Entrevista do dia 18 de mar de 2018. Por Luiz H. Gomes.
9 Disponível em: http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/naomero-de-presos-provisa-rios-a-falso-diz-juiz-do--rn/405335. Entrevista do dia 18 de mar de 2018. Por Luiz H. Gomes.
10 Disponível em: http://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/noticia/natal-e-a-cidade-mais-violenta-do-brasil-diz--ranking-mundial.ghtml. Acesso: fev. de 2018
11 Disponível em: //www.clarin.com/mundo/muertos-motin-carcel-brasil_0_HJdarJtLe.html
12 Disponível em: https://www.nytimes.com/2017/01/15/world/americas/brazil-natal-prison-riots.html?_r=0

Enquanto que o "Washington Post" afirmou que a rebelião estava sob controle "após 10 serem mortos"[13].

A fragilidade do sistema prisional, percebida pela própria celeuma existente na estrutura da instituição, demonstra a acertada compreensão de Foucault (1975), quando assevera que as prisões são locais de detenção, encarceramento e segregação de pessoas.

Essa realidade não pode ser representada apenas pelos indicadores. Descrever a realidade é enfatizar que a gestão pública estadual do RN é ineficiente, e que os dados devem nos sensibilizar e nos motivar a fazer algo.

3 - O DIREITO HUMANO À EDUCAÇÃO DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

Considerando o contexto histórico, a educação é vista como uma categoria central na vida do ser humano, sendo determinante para a formação das sociedades, do local em que o homem constrói o seu ambiente e de si mesmo. Sendo assim, tem uma referência fundamental para o indivíduo, ao dar suporte tanto para a construção de sua identidade, quanto para sua forma de inserção no meio social.

A educação, em seu texto constitucional, reflete a perspectiva de educação ao longo da vida, logo, não é possível conceber o processo de (re)inserção de pessoas em situação de privação de liberdade dissociado de um processo educativo.

Na LEP, a assistência educacional está prevista no Art. 11. "A assistência será: I – material; II – à saúde; III – jurídica; IV – educacional; V – social; VI – religiosa". Além do aparato constitucional, a LEP já garante ao apenado o direito à educação – desde seu Art. 17 ao 20. Bem como a Lei Nº 13.163, de 9 de setembro de 2015, que modifica a Lei de Execução Penal/LEP.

Somando-se a essas legislações, o Plano Estadual de Educação na Prisão do RN/2015 traz em seu preâmbulo:

> Pensar numa política para a Educação de Jovens e Adultos em privação de liberdade, que cumpra todas essas funções e que lhes possibilite a inserção de forma efetiva na sociedade atual e conceba educação como direito de aprender e de ampliar conhecimentos ao longo da vida, constitui-se num desafio e requer um redimensionamento de proposições pedagógicas no sentido de prepará-los para participar, quando de sua reinserção, do processo social, político, econômico e cultural na atual conjuntura. (Grifos nossos) (PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO NA PRISÃO DO RN/2015, p. 5).

13 Disponível em: https://www.washingtonpost.com/world/the_americas/reports-fighting-in-brazil-prison-leaves at-least-10-dead/2017/01/14/fa07ff32-dabd-11e6-a0e6 d502d6751bc8_story.html?utm_term=.77d21a231ca9

Todos esses documentos formam o aparato jurídico e o reconhecimento da educação como direito da população carcerária. A razão da importância dada à educação no espaço prisional assenta na defesa do princípio de que as pessoas privadas de liberdade não perdem o direito constitucional de ter acesso ao ensino formal, tendo em vista que "os direitos universais são uma aspiração coletiva rumo a um ideal comum, de acordo com o qual a dignidade dos seres humanos é respeitada independentemente de outras diferenças e distinções e são oferecidas amplas oportunidades para seu total desenvolvimento". (REPENSAR A EDUCAÇÃO, UNESCO, 2016, p. 29).

Oportuno frisar que, com base nos direitos universais citados, a estrutura do ensino dentro das prisões deveria ser igual à das escolas públicas reconhecidas pelo Ministério da Educação, o que permitiria aos alunos continuarem os seus estudos após cumprimento da pena. Em síntese, uma educação ao longo da vida. Tendo em vista que "a educação ao longo da vida não é um ideal longínquo, mas uma realidade que tende, cada vez mais, a inscrever-se nos fatos, no seio de uma paisagem educativa complexa, marcada por um conjunto de alterações que a tornam cada vez mais necessária". [...]. (DELORS, et al, 2001, p. 104)

Nesse prisma, a educação já é reconhecida como direito humano. Nas palavras de Zenaide (2008, p.128), a autora assevera que "[...] educação em direitos humanos como parte do direito à educação, e ao mesmo tempo, um direito humano fundamental de toda pessoa em se informar, saber e conhecer seus direitos humanos e os modos de defendê-los e protegê-los'. Para tanto, a educação, seja no espaço prisional, seja fora dela, deve atender aos princípios de educação em/para os direitos humanos, pois, mesmo estando em situação de privação de liberdade, as pessoas têm direitos garantidos, um deles é o da educação, que deve ser pensada e efetivada com base nos aparatos jurídicos nacionais e internacionais dos quais o Brasil é signatário.

Ressalta-se que a educação na prisão, além de ser um direito, ainda assegura a remissão direito amparado pela Lei nº 12.433, de 2011[14], no caput do Art. 126:

> O condenado que cumpre a pena em regime fechado ou semiaberto poderá remir, por trabalho ou por estudo, parte do tempo de execução da pena. (Redação dada pela Lei nº 12.433, de 2011).
> § 1º A contagem de tempo referida no caput será feita à razão de: (Redação dada pela Lei nº 12.433, de 2011)
> I – 1 (um) dia de pena a cada 12 (doze) horas de frequência escolar – atividade de ensino fundamental, médio, inclusive profissionalizante, ou superior, ou ainda de requalificação profissional – divididas, no mínimo, em 3 (três) dias; (Incluído pela Lei nº 12.433, de 2011)
> II – 1 (um) dia de pena a cada 3 (três) dias de trabalho. (Incluído pela Lei nº 12.433, de 2011).

14 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12433.htm. Acesso: jul de 2018

No entanto, a realidade é contraditória aos parâmetros legais e normativos, pois a estrutura da educação na prisão, na maioria das prisões, consiste em espaços improvisados e inadequados para a atividade de ensino. O material de estudo, como caderno, lápis e livros não permanecem com o aluno na cela; o professor os entrega no início de cada aula e recolhe após o término. O material didático é distribuído pelo MEC e amontoados nos depósitos das prisões. Ademais, não existe biblioteca na maioria as unidades prisionais do RN e muito menos alguém que possa zelar pelos livros e fazer com que eles sejam usados corretamente pela população carcerária. Não existem laboratórios com acesso à internet, para aulas na modalidade Educação à Distância/EaD. Ou seja, não existe no RN nenhuma sala preparada para nenhuma modalidade de ensino na prisão.

No que concerne à biblioteca, ela não está apenas a serviço do livro: na prisão, há pouco espaço reservado para os encontros entre detentos, entre detentos com os formadores e entre detentos com seus familiares. Então, se quisermos promover a cidadania, é necessário multiplicar suas oportunidades de encontro e de intercâmbios. A biblioteca poderia, de forma profícua e vantajosa, substituir as salas para os contatos dos presos com seus filhos. (MAEYER, 2011).

Essa realidade vem de encontro ao que Farias (2014, p. 287) ratifica: "o direito à educação é elaborado pelo legislador constituinte e ordinário como um dos mais importantes direitos sociais, porque fundamenta a cidadania e a igualdade da pessoa humana [...]", ou seja, a legislação existe, sua efetividade é que na maioria das vezes é negligenciada, em especial nos espaços de privação de liberdade.

O Relatório do Infopen/2014 divulga, sobre o Estado do RN (considerando que o total da população nesse período era de 7.047), os dados a seguir:

Tabela 1: presos em atividade educacionais – SISPERN

Presos em atividade educacional	Valores
Presos em atividades educacionais	5%
Unidade com salas de aula	19%
Unidades sem sala de aula	81%
Unidades com biblioteca	13%
Unidades com sala de professores	3%
Capacidade de alunos nas salas de aula (por turno)	92
Número de pessoas presas nas unidades com sala de aula	2.485
Total da população carcerária do estado	**7.047**

Fonte: elaboração da autora com base nos dados do Infopen, 2014.

Aufere-se que apenas 5% da população estão envolvidas em atividades educacionais. Ademais, as unidades que têm sala de aula correspondem a 19%, o que representava 6 unidades no estado. No entanto, em virtude das rebeliões, essas salas foram todas destruídas. As aulas estão suspensas na maioria das unidades do RN desde março de 2015, em virtude da calamidade que assola as prisões do estado, e alguns casos estão sendo entregues às atividades aos apenados e depois os professores vão buscar as atividades para correção.

Cabe frisar que, com base nas legislações, a certificação desses alunos é emitida por uma escola da rede estadual ou municipal, à qual o estabelecimento está vinculado.

Como prevê o Plano Estadual de Educação nas Prisões/PEEP, a seguir:

Quadro II – Previsão de Certificação de Exames – 2016/2018

ANO	ENEM	ENCCEJA	EXAME DE EJA LOCAL	CRESCIMENTO %	Nº DE ESTABELECIMENTOS COM OFERTA
2016	24	0	40		3 – ENEM 1 – SUPLETIVO LOCAL
2017	77	82	120	ENEM – 100 ENCCEJA – 100 SUPLETIVO LOCAL – 200	8 – ENEM 8 – ENCEJA EXAME DE EJA - 8
2018	167	144	240	ENEM – 100 ENCCEJA – 100 EXAME DE EJA – 100	8 – ENEM 8 ENCEJA 8 – EXAME DE EJA

Fonte: PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO NA PRISÃO, 2015.

Observa-se que essa foi a meta de certificações para o SIPERN. No entanto, estamos em 2018 e não há relatórios que mostrem se essas ações foram efetivas. Sabemos ainda que, com o cenário de crise e as constates rebeliões, fugas e mortes no sistema, provavelmente essas certificações ficarão mesmo só na previsão. O mesmo Plano mostra ainda que as unidades a seguir não informaram tais perspectivas de tais exames, conforme dados a seguir:

Quadro III – exames de certificação

UNIDADE PENITENCIÁRIA	EXAME SUPLETIVO	ENCCEJA	ENEM
Penitenciária Estadual do Seridó	Não informado	Não informado	Não informado
Penitenciária Estadual de Parnamirim	Não informado	Não informado	Não informado
Penitenciária Federal em Mossoró	Não informado	Não informado	Não informado
Total			

Fonte: PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO NA PRISÃO, 2015.

Esses dados ratificam que o direito à educação nas prisões do RN está longe de ser efetivado pelo poder público, com a colaboração dos operadores do sistema prisional. Consoante a lição de Ireland (2011, p. 35): [...] "Educação em prisões, como direito, é inerentemente contraditório; por isso, permanece como desafio para as nossas sociedades".

O relatório do Infopen (2014, p.124/5) relata que o RN tinha 50 pessoas matriculadas em programa de remição pela leitura, questão que é garantida por lei. No entanto, é preciso uma reflexão para que esses programas não se tornem meras ações com o escopo apenas da remissão, mas que sirvam de aprendizagem.

Com base na minha experiência enquanto Assistente Social de algumas prisões

do estado, já ouvi muitos relatos de presos que começam a estudar só pensando na remissão da pena, sem ter cônscio de que a educação, ao longo da vida, vai além da remissão. Como apresentado no texto Educando para liberdade da Unesco (2006, p. 44):

> Esses presos desenvolvem estratégias de aprendizagem; eles buscam os meios para conseguir, a curto prazo, sobreviver na prisão e, a prazo médio, adotam atitudes que devem ser tomadas para que se consiga sair da prisão mais rapidamente. Aprendem uma série de coisas que lhes permitirão deixar mais rápido possível um local de que não gostam, um ambiente e colegas que tampouco suportam.

Por oportuno, para que essa remissão seja efetiva e que o preso possa receber o direito à remissão, o Plano Estadual de Educação na Prisão destaca que:

> As informações sobre a participação dos apenados em trabalho, atividades escolares, frequência e aproveitamento escolar, participação em atividades de leitura e outras, que possam conferir-lhes o direito à remissão conforme a legislação vigente deverá ser encaminhada mensalmente ao juiz da execução penal para efeitos de contagem de horas de estudo. Para este fim, será adotado um instrumento para o registro diário do tempo de início e término, empreendido na atividade, com assinatura do apenado e do professor, do Coordenador pedagógico ou outro profissional responsável pelo desenvolvimento da atividade. (PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO NA PRISÃO, 2015, p. 30).

Dentro dessa realidade, vista nas minhas práticas e pesquisas nas unidades do SISPERN, presenciei presos implorando para que o responsável pela atividade, como se pode verificar na citação, encaminhasse o registro ao juiz da execução penal daquela jurisprudência. Por consequência, a remissão muitas vezes não chega a existir, ou seja, torna-se direito. Essa realidade é reforçada pelas palavras de Muñoz (2011, p. 61):

> A educação está profundamente vinculada ao lugar e ao contexto em que se dá e deles não pode ser separada. Portanto, a função da educação nos locais de detenção deve ser examinada levando-se em consideração os objetivos mais amplos dos sistemas penitenciários, que são instituições inerentemente coercitivas, com uma série de objetivos complexos e opostos.

O Plano Estadual de Educação na Prisão do RN, de 2015, relata que a educação escolar ofertada à população carcerária do RN acontecia por ação do Governo Federal, por meio do Programa Novas Turmas de EJA – Resolução 48/2012, tendo professores contratados temporariamente, por seleção de currículo através de edital. Os alunos são matriculados numa escola da rede estadual, preferencialmente Centros de Educação de Jovens e Adultos, que denominamos Escolas Certificadoras, funcionando as salas de aula das unidades prisionais como anexo dessas escolas. Como mostra o referido Plano de 2015, o

quadro de ofertas de vagas de ensino foi de 378, com 24 salas de aula, três bibliotecas e duas salas adaptadas para o ensino à distância. (PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO NA PRISÃO DO RN/2015, p. 11).

Logo, na penitenciária de Caicó, esses 91 alunos que estão matriculados estão divididos em três turmas vinculadas à Escola Estadual Senador Guerra, sendo duas turmas do 3º período e uma do 2º, funcionando nos turnos da manhã, tarde e noite, com 5 professores envolvidos no processo. Isso é uma parceria com a rede estadual de ensino. No entanto, em virtude das rebeliões, as aulas foram suspensas e os alunos presos estão recebendo o material didático contendo uma lista de atividades para serem entregues ao respectivo professor.

Hoje, o cenário é outro, em virtude da crise no sistema, conforme dados cedidos pela agente/professora responsável pela escola na Penitenciária Estadual do Seridó/PES:

Quadro IV - alunos em sala de aula

Período	Série	Turmas	Quant. Alunos
4º anos iniciais	4º e 5º	1 feminino	16 alunas
2º anos iniciais	3º e 4º		20 alunos
Ensino médio	6º e 9º	1 turma feminino	18 alunos
Ensino médio	6º e 9º	1 turma masculino	20 alunos
Ens. Superior		Curso Recursos humanos e logística	2 alunos do regime fechado
Total			**76**

Fonte: PES (2018).

Sendo, portanto, beneficiários destes recursos apenados da região do Seridó e de outras unidades do RN. Essa Resolução 48/2012 está beneficiando 04 turmas só no Seridó. As aulas são ministradas por dois agentes penitenciários com formação na área pedagógica e mais dois professores da rede estadual de ensino.

Feitas essas considerações, até dezembro de 2017 não havia registros e ações realizadas na realidade das prisões do RN que comprovassem a execução do plano estadual de educação voltado para atender o direito à educação da população carcerária. No entanto, o investimento para que isso aconteça é ínfimo, com base no Plano Estadual de Educação na Prisão do RN. Seguem as ações previstas, no entanto, a prática não evidencia isso. Essas ações ainda não foram efetivadas e já estamos em 2018. Em complemento, Brandão (1981, p.7) argumenta que, "para saber, para fazer, para ser ou conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação.

No plano prático, o acesso da população carcerária à educação caminha a passos lentos, adicionado a isso as más condições de operacionalização. Essas dificuldades estão intrinsecamente ligadas ao próprio indivíduo, ao sistema educacional e à gestão da política pública, principalmente em âmbito estadual, pois não criam condições necessárias para viabilizar o que a lei determina. O que existem são espaços improvisados e inadequados para a atividade de ensino, na realidade do RN.

Entende-se que a educação em/para os direitos humanos no espaço prisional

deve ser efetivada considerando-se que a Educação em Direitos Humanos parte de três pontos centrais: primeiro, ela é uma educação de natureza permanente, continuada e global. Segundo, é uma educação necessariamente voltada para a mudança. E terceiro, é uma inculcação de valores, para atingir corações e mentes e não apenas instrução, meramente transmissora de conhecimentos. Tais pontos são premissas: a educação continuada, a educação para a mudança e a educação compreensiva, no sentido de ser compartilhada e de atingir tanto a razão quanto a emoção. Assim, a Educação em Direitos Humanos é essencialmente a formação de uma cultura de respeito à dignidade humana por intermédio da promoção e da vivência dos valores da liberdade, da justiça, da igualdade, da solidariedade, da cooperação, da tolerância e da paz. (BENEVIDES, 2010).

Evidencia-se que a responsabilidade do acesso à educação no espaço das prisões não é de apenas um órgão, mas sim de um conjunto de setores e de parcerias que o governo pode realizar com a sociedade civil, órgãos públicos e privados, como prevê o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), através da Resolução n.º 3/2009, no caput do artigo 4º: "A gestão da educação no contexto prisional deve permitir parcerias com outras áreas do governo, universidades e organizações da sociedade civil, com vistas à formulação, execução, monitoramento e avaliação de políticas públicas de estímulo à educação nas prisões".

A razão da importância dada à educação no espaço prisional assenta na defesa do princípio de que as pessoas privadas de liberdade não perdem o direito constitucional de ter acesso ao ensino formal. Tendo em vista que "os direitos universais são uma aspiração coletiva rumo a um ideal comum, de acordo com o qual a dignidade dos seres humanos é respeitada independentemente de outras diferenças e distinções e são oferecidas amplas oportunidades para seu total desenvolvimento". (REPENSAR A EDUCAÇÃO, UNESCO, 2016, p. 29).

Em suma, a ideia de que preso bom é preso morto remete o pensamento de exclusão absoluta das pessoas privadas de liberdade, negando-lhes toda e qualquer forma de dignidade, de acesso à educação enquanto direito humano, de mecanismos para o processo de reinserção de volta, após o cumprimento de sua pena, à sociedade e ao mercado de trabalho, como prevê a legislação.

4 - À GUISA DE CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que o estado do RN não está conseguindo atender às diretrizes definidas no Plano Estadual de Educação nas prisões, elaborado com escopo geral de promover e efetivar o direito à educação para as pessoas privadas de liberdade no estado. Em razão disso, o estado, em comparação a outros estados brasileiros, é o que menos atende a esse objetivo de acesso à educação nas prisões, além da falta de sistematização de dados sobre os indicadores educacionais, de planejamento das ações, da capacitação dos docentes, na busca de efetivar a educação como direito humano para todos ao longo da vida, sem distinção de qualquer natureza, como prevê os preceitos legais.

Em virtude de vários acontecimentos vivenciados pelo sistema prisional do

Estado do RN, no período dos últimos dois anos, ou seja, desde a grande rebelião em Alcaçuz, em maio de 2015, em que todas as prisões e centros de detenção provisórias/ CDP, enfrentaram-se sérios problemas que tiveram repercussões aviltantes e muitas consequências não só para a população carcerária, mas para toda a sociedade Potiguar. Foram momentos preocupantes, com um gigantesco pavor nas ruas da cidade do Natal e em alguns municípios do RN. As constantes notícias de assaltos, queimas de ônibus e de bens públicos, mortes, assassinatos, roubos em todas as zonas da cidade, ações que atingiram diretamente a todos os moradores do estado.

Nessa esteira, o sistema prisional do RN não evolui, exceto na concepção de que a solução do sistema penitenciário está em se construir novos estabelecimentos prisionais, pois, no tocante a propostas, ações e alternativas de solução, estas continuam sendo paliativas e emergenciais, tendo em vista que, para amenizar questões de natureza conflituosa, como os exemplos já citados neste estudo, a solução tomada na maioria das vezes é a mudança de gestores das unidades e dos coordenadores das equipes dos agentes penitenciários, de Secretário de Justiça, reforço policial e/ou transferência de presos.

Em relação às limitações da pesquisa, na busca dos dados atuais do sistema educacional prisional, recorri a diversas fontes e aos setores responsáveis pela execução do Plano Estadual de Educação Nas Prisões. No entanto, cada setor não dispunha dos resultados e os sites do governo e da SEJUC não apresentam relatórios que evidenciem a efetivação dos direitos. Os dados disponíveis são dados atrasados de 2014, ou seja, anterior à elaboração do plano.

Percebi que, além da falta de execução das atividades educacionais, outra dificuldade é que a SEJUC não tem dados sistematizados sobre a educação nas prisões, ou seja, o Plano foi elaborado, mas não existe uma equipe responsável para implantar as ações previstas nele e muito menos de fiscalização delas. Ressalta-se que cada setor em que busquei informações sobre dados estatísticos da educação nas prisões alega não estar a pessoa responsável e encaminham para outro. Assim foi dito por várias vezes. Evidencia-se, dessa forma, a incúria, por parte do órgão responsável, e pelo fato de que a educação das pessoas privadas de liberdade não é prioridade e que o descaso não é percebido pela sociedade, a qual na conjuntura atual clama por segurança pública e, portanto, que os "bandidos sejam esquecidos" mesmo.

Dessa forma, cabe ao estado do RN efetivar o seu plano de educação nas prisões, pois a educação é um direito humano fundamental para o processo de reinserção da população carcerária de maneira geral, seja no desenvolvimento da educação formal, seja na capacitação profissional desse segmento social, para que assim essas pessoas possam voltar ao convívio socioeconômico e familiar com novas perspectivas. Portanto, o direito à educação neste estado não pode mais ser negado e negligenciado pela incúria do governo e pela ineficácia da política de segurança pública.

Para tanto, a Educação como um Direito Humano deve ser orientada para a mudança e para a construção cidadã, em respeito à dignidade e à diversidade humana, tendo como premissa os valores do estado democrático de direito, os princípios da liberdade, do acesso à justiça, da igualdade, da solidariedade, da tolerância e da paz mundial e, em especial, sem distinção de qualquer natureza, como prevê o direito brasileiro e internacional. Rumo a uma educação para o transcorrer da vida e para todos/as.

REFERÊNCIAS

ANISTIA INTERNACIONAL, Aprendendo Sobre Nossos Direitos Humanos. Plano de Atividade: encarcerados, 2017. Disponível em escrevapordireitos.anistia.org.br/.../278-guia-educacao-em-direitos-humanos-clovis.pd.

BRANDÃO. Carlos Rodrigues. O que é Educação. São Paulo: brasiliense, 2002.

BRASIL. Constituição da República Federativa do. Promulgada em 5 de outubro de 1988. – ed. 16, atual e ampl. –São Paulo: Saraiva, 2018. (Coleção Saraiva de Legislação).

BRASIL. Lei de Execução Penal (LEP). N.º 7210 de 11 de julho de 1984. Por Dulce Eugênio de Oliveira – São Paulo: Rideel (série compacta), 2018.

BRASIL. Código Penal/organização. Antônio Cláret Maciel dos Santos; Coordenadora Dulce Eugênia de Oliveira. 5 ed. São Paulo: Rideel, 2018.

BRASIL. Lei 12. 433 de 29 de junho de 2011. Altera a Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal), para dispor sobre a remição de parte do tempo de execução da pena por estudo ou por trabalho. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12433.htm

DELORS, J. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

BENEVIDES, Maria Victoria de Mesquita. Direitos políticos como direitos humanos. In: BRASIL. Presidência da República. Direitos Humanos: percepções da opinião pública: análises de pesquisa nacional. Gustavo Venturi (org.). Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010. p. 93-99.

DIAGNÓSTICO DOS HOMICÍDIOS NO BRASIL: subsídios para o Pacto Nacional pela Redução de Homicídios/ Cintia Liara Engel. [et al]. –Brasília: Ministério da justiça, secretaria Nacional de Segurança Pública, 2015.

Educação de adultos em retrospectiva: 60 anos de CONFINTEA/ Organizador IRELAND, Timothy D. e SPEZIA, Carlos H. Brasília: UNESCO, MEC, 2012.

EDUCANDO PARA LIBERDADE: trajetória, debates e proposições de um projeto para a educação nas prisões brasileiras. Brasília: UNESCO, Governo Japonês, Ministério da educação, Ministério da Justiça, 2006.

FARIAS, Maria Lígia Malta de. Escola e relação interpessoais: mediação de

conflitos e sujeitos de dignidade. In: educação em direitos humanos e educação para os direitos humanos. Elio C. Flores et al (org.). João Pessoa: editora da UFPB, 2014, p. 265-306.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Tradução Raquel Ramalhete. 26. ed. - Petrópolis: Vozes, 1987.

Governo realiza audiências para criação do Plano Estadual de Educação em Prisões sexta-feira, 31 de julho de 2015 - 12:16. Disponível em: http://paraiba.pb.gov.br/governo-realiza-audiencias-para-criacao-do-plano-estadual-de-educacao-em-prisoes/acesso em junho de 2016

IRELAND, Timothy D. Anotações sobre a educação em prisões: direito, contradições e desafios. In: Craidy, Carmen M. (org.). Educação em prisões: direito e desafio. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2010.

_____. Educação em prisões no Brasil: direito, contradições e desafios. Em aberto. Educação em Prisões, v. 24, n. 86, nov. Brasília; INEP/MEC, 2011, p.19-39.

LEVANTAMENTO NACIONAL DE INFORMAÇÕES PENITENCIÁRIAS INFOPEN - JUNHO DE 2014. Por Tatiana Whately de Moura; Natália Caruso Theodoro Ribeiro. - Departamento Penitenciário Brasileiro – DEPEN, Ministério da Justiça, 2014.

MAEYER, Marc de: Na prisão existe a perspectiva da educação ao longo da vida? In: Alfabetização e cidadania, nº. 19, p. 17-37, 2006.

MUÑOZ, O direito à educação das pessoas privadas de liberdade. In: Em aberto. Educação em Prisões, v. 24, n. 86, nov. Brasília; INEP/MEC, p. 57-74, 2011.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013

PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO NAS PRISÕES. GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria da Justiça e da Cidadania. Secretaria de Estado da Educação e da Cultura Natal, 2015.

SHAUGHNESSY, John J, ZECHMEISTER, Eugene B; ZECHMEISTER, Jeanne S. Metodologia de pesquisa em psicologia. 9. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

UNESCO. Educando para a liberdade: trajetória, debates e proposições de um projeto para a educação nas prisões brasileiras. Brasília: UNESCO, Governo Japonês, Ministério da Educação, Ministério da Justiça, 2006.

ZENAIDE, Maria Nazaré Tavares. Educação em e para os direitos humanos:

conquistas e direito. In. _____et al. Direitos humanos: capacitação de educadores. JP: Ed Universitária/UFPB, Vol. 2, p.135-139, 2008.

WACQUANT, L. As prisões da miséria. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Zahar,2001.

CAPÍTULO 3

A FITOTERAPIA COMO PRÁTICA COMPLEMENTAR À PRESCRIÇÃO DIETÉTICA: UM NOVO OLHAR PARA O PROFISSIONAL NUTRICIONISTA.

PHYTOTHERAPY AS ADDITIONAL PRACTICE TO PRESCRIPTION DIET: A NEW LOOK FOR PROFESSIONAL NUTRITIONIST.

Alany Cabral de Oliveira[1]
Letícia Gabriella Souza da Silva[2]
Daniele Bezerra dos Santos[3]

1 Nutricionista – formara pelo UNIFACEX – alanycabral@hotmail.com
2 Nutricionista – formada pelo UNIFACEX – leticiagabrielasouza@hotmail.com
3 Bióloga – Docente UNIFACEX – daniellebezerra@gmail.com

RESUMO

As plantas medicinais e os fitoterápicos são alternativas terapêuticas indicadas para o tratamento de diversas patologias, inclusive as que acometem o trato gastrointestinal. Dessa forma, pode ser um eficiente aliado na prática do profissional nutricionista, juntamente à sua prescrição dietética, buscando a recuperação da saúde de forma mais eficaz. O trabalho visou identificar na literatura científica e publicações oficiais, as indicações de fitoterápicos e plantas medicinais para o tratamento de doenças que acometem o trato gastrointestinal, buscando promover um novo olhar do Nutricionista quanto à fitoterapia em sua prática clínica terapêutica, tendo em vista a interface existente entre a ciência da nutrição e as práticas complementares como a fitoterapia. Trata-se de um estudo de natureza aplicada caracterizando uma revisão sistemática integrativa, realizando um levantamento bibliográfico fornecendo a integração entre a pesquisa clínica e a prática profissional. Após a análise de dados, apenas 08 estudos atenderam aos critérios de inclusão na pesquisa, obtendo dados de 17 espécies vegetais que serão detalhadas em quadros com as informações mais relevantes para o estudo. Conclui-se que a fitoterapia é uma prática utilizada, principalmente, para o tratamento de distúrbios do trato gastrointestinal, caracterizando-se como um meio de recuperação da saúde e sendo um eficiente aliado na prática do profissional nutricionista.

PALAVRAS-CHAVE: Fitoterapia. Plantas medicinais. Sistema digestório. Nutrição. Doenças gastrointestinais.

ABSTRACT

The medicinal plants and herbal therapeutic options are indicated for the treatment of various diseases, including those affecting the gastrointestinal tract. Thus, it can be an effective ally in the practice of professional nutritionist along to your diet prescription, seeking to recover health more effectively. The study aimed to identify the scientific literature and official publications, herbal indications the and medicinal plants for the treatment of diseases that affect the gastrointestinal tract, seeking to promote a new view of nutritionist as a herbal medicine in therapeutic clinical practice, considering the existing interface between the science of nutrition and complementary practices such as herbal medicine. It is an applied study characterizing a systematic integrative review, carrying out a bibliographical survey providing the integration between clinical research and professional practice. After data analysis, only 08 studies met the inclusion criteria in the research, obtaining data of 17 plant species that will be detailed in tables with the most relevant information for the study. It is concluded that phytotherapy is a practice used mainly for the treatment of disorders of the gastrointestinal tract, characterizing itself as a means of recovering health and being an efficient ally in the practice of the nutritionist professional.

KEYWORDS: Phytotherapy. Medicinal plants. Digestive system. Nutrition. Gastrointestinal diseases.

1 - INTRODUÇÃO

As principais doenças que conduzem a população a procurar os profissionais da área da saúde são os distúrbios que acometem o trato gastrointestinal. Essas doenças, muitas vezes, necessitam de uma intervenção complexa e exigem uma maior cooperação por parte do paciente, além de englobar fármacos de custo elevado para seu tratamento. Tais situações podem ser minimizadas com ofertas de medidas preventivas e/ou alternativas (SANTOS, 2007).

A utilização das plantas medicinais e da fitoterapia para curar e amenizar sintomas ocorre de maneira secular, sendo seus conhecimentos transmitidos de geração para geração. É considerada uma prática popular e universal, caracterizando-se pelas suas correlações biológicas, sociais, econômicas, culturais, e por ser de fácil acesso, principalmente pelas comunidades socialmente vulneráveis (AMORIM, 2009; PRADO et al 2010). Para tanto, é necessário o entendimento das definições sobre os conceitos envolvidos dentro da Fitoterapia, sendo eles: plantas medicinais, droga vegetal e fitoterápicos.

A planta medicinal é caracterizada por Veiga Jr. et al. (2005) como "todo e qualquer vegetal que possui substâncias que podem ser utilizadas com fins terapêuticos ou que sejam precursores de fármacos semissintéticos". Estudos complementares contribuíram com essa definição, atribuindo que, as plantas medicinais são espécies vegetais que contem substâncias ativas presentes em alguma parte da planta, sendo responsável por uma determinada ação terapêutica, utilizadas para a prevenção, cura, alívio ou na modificação de processos fisiológicos normais ou patológicos (MENGUE et al 2001; OMS, 2002; FRANÇA et al 2008).

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 10/2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o conceito de droga vegetal é abordado como plantas medicinais que contenham substâncias ativas encarregadas de desempenhar resultados curativos, após processos de coleta, estabilização e secagem, na sua forma íntegra, rasuradas, trituradas ou pulverizadas. Para sua venda ao consumidor final, não é necessária a prescrição médica ou nutricional.

Os fitoterápicos, por sua vez, são considerados por Campelo (1989) como todos os medicamentos extraídos exclusivamente a partir de matéria-prima vegetal e são caracterizados pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso por apresentar um ou diversos princípios ativos que lhe confere efetividade terapêutica. Kalluf (2008) em seu estudo complementou o conceito de fitoterápicos, abordando que estes são considerados medicamentos obtidos através de uma técnica, com formulação específica, empregando-se apenas a matéria prima de fonte vegetal, cujo efeito tenha sido comprovado cientificamente. De acordo com a ANVISA, através da RDC nº. 48/2004, não é considerado fitoterápico o medicamento que, em sua composição, englobe substâncias ativas isoladas ou de qualquer origem, nem sua associação com extratos vegetais.

Em 1975, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) já fazia menção à importância das plantas medicinais na medicina popular. O conselho denominou a medicina popular como toda e qualquer prática paralela à medicina oficial dominante. Desta forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a importância da fitoterapia sugerindo ser

uma alternativa viável e importante também às populações dos países em desenvolvimento devido ao seu custo diminuído (REZENDE, COCCO, 2002).

Atualmente no Brasil, o principal órgão encarregado pela regulamentação das plantas medicinais e dos fitoterápicos é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio de ações que garantam a segurança da saúde populacional. O registro de medicamentos fitoterápicos é regulamentado por meio da RDC de nº. 48/2004, que dispõe acerca das informações essenciais ao registro, como a identificação botânica da espécie, qualidade, comprovações da eficácia e segurança em relação às indicações terapêuticas (CARVALHO et al 2008).

Em razão das várias mudanças populacionais ocorridas no século XX e XXI, os hábitos de vida da população vêm sofrendo sérias modificações que têm influenciado, de forma direta ou indireta no padrão alimentar e no perfil epidemiológico. Dentre os achados, observou-se o aumento na incidência e prevalência de patologias que acometem o sistema digestório (ÁVILA et al 2010). Desta forma, terapias que apresentem eficiência e se enquadrem no perfil populacional são de elevada valia no setor da saúde. Neste sentido, o uso da fitoterapia como prática complementar ganha destaque como recurso terapêutico, tendo em vista seu uso difundido, sendo esta, em sua maioria, já utilizada pela indústria farmacêutica para a produção de medicamentos (SANTOS, 2007).

Com isso, a prática da fitoterapia e a prescrição de elementos oriundos de plantas medicinais foram incluídas no ano de 2006, na prática do profissional Nutricionista, atribuindo uma nova competência através do parecer de estratégicas complementares na pratica da nutrição. Em 2007, houve a regulamentação da resolução CFN n°. 402, que diz respeito à prescrição pelo profissional nutricionista de fitoterápicos, plantas in natura, frescas ou como drogas vegetais, nas suas distintas formas farmacológicas.

Sendo assim, o Conselho Federal de Nutricionista (CFN) regulamenta a RDC de n°. 525, de 19 de maio de 2013, abordando que à competência necessária para a prescrição de plantas medicinais e drogas vegetais podem ser prescritas por Nutricionistas sem especialização na área, enquanto a competência para a prescrição de fitoterápicos e de preparações magistrais é atribuída exclusivamente ao nutricionista que porte o título de especialista ou certificado de pós-graduação lato sensu na área. É importante citar, ainda, que o cumprimento da resolução somente foi exigido após três anos de vigência, contados a partir da data de sua publicação, ou seja, a partir de 19 de maio de 2016.

Diante dessa nova competência do Nutricionista, estudos que viabilizem compreender os mecanismos de atuação das plantas medicinais ou fitoterápicos, para prevenção ou tratamento de doenças que acometem o sistema digestório, são necessários para o entendimento e prescrição correta.

Neste cenário, o presente estudo tem como objetivo identificar na literatura científica e publicações oficiais, as indicações de fitoterápicos e plantas medicinais para o tratamento de doenças que acometem o trato gastrointestinal, buscando promover um novo olhar do Nutricionista quanto à fitoterapia em sua prática clínica.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DISTÚRBIOS DO TRATO GASTROINTESTINAL

O trato gastrointestinal (TGI) é um dos sistemas do organismo de fundamental importância, dividindo-se em superior e inferior. O TGI superior é composto por boca, faringe, esôfago e estômago, já o inferior compreende o intestino delgado, intestino grosso, reto e ânus. Ambos desempenham funções vitais, uma vez que são responsáveis pela ingestão, digestão dos alimentos, absorção de nutrientes, água e eletrólitos, além de produzir algumas enzimas e formar o bolo fecal. Sua funcionalidade está diretamente ligada às propriedades da musculatura lisa do intestino, ao sistema nervoso central (SNC), mediadores químicos e hormônios. (SANTOS, 2007; ALMEIDA et al 2008).

Compreende-se por distúrbios do TGI qualquer alteração que leve a disfunção ou desregulação desse sistema, seja advindo de fatores ambientais, genéticos ou fisiológicos (SANTOS et al 2011).

2.2 A FITOTERAPIA NA PRÁTICA NUTRICIONAL

Os primeiros debates acerca das práticas integrativas da Nutrição iniciaram-se no ano de 2002 com a elaboração do parecer sobre terapias como: Acupuntura, medicina tradicional chinesa, fitoterapia, oligoterapia, iridologia, florais e homeopatia (NAVOLAR et al 2012). No ano de 2005, elaborou-se uma minuta abordando a importância da prescrição de fitoterápicos pelo profissional de Nutrição, deliberada em 2006 para consulta pública e aprovada na 186° Reunião Plenária Ordinária do CFN em 2007 (PRADO et al 2010).

De acordo com o Conselho Federal de Nutricionistas (2007), devem ser levadas em consideração as características que as plantas medicinais apresentam e seus modos diferentes de preparo, merecendo destaque as formas que podem ser prescritas pelos nutricionistas, como a infusão, a decocção, a tintura, a alcoolatura e o extrato.

Ainda segundo PRADO et al. (2010), a prescrição de fitoterápicos por esse profissional abrange plantas in natura frescas, ou como droga vegetal (planta seca, inteira ou rasurada) de forma suplementar de uso oral, como infusão, decocção, tintura, alcoolatura e extrato. Salienta-se que a recomendação para o uso desses fitomedicamentos deve ser baseada no conhecimento quanto origem, e quando industrializado, deve ser adequado à legislação da ANVISA.

A fitoterapia tem grande interface com a Nutrição, considerando que as plantas medicinais possuem finalidades terapêuticas, bioativas e em alguns casos funções nutricionais evidenciadas cientificamente (CFN, 2007). A interação dietética com os fitoterápicos é capaz de modificar a expressão genética, estimular o desenvolvimento físico e mental, aumentar o bem-estar, aumentar a resistência frente a patologias, melhorar a digestibilidade, além de estimular processos metabólicos e serem ótimas fontes de nutrientes essenciais (PRADO et al 2010).

Atualmente, tem se observado que a prática difundida da fitoterapia vem ganhando espaço, tanto no Sistema único de Saúde (SUS) quanto na prática do nutricionista. A utilização dessa prática no setor da saúde pode trazer inúmeras contribuições, seja ela a valorização da cultura popular, fácil acesso e aplicação, além de ser um fator gerador

de renda (NAVOLAR et al 2012). Entretanto, o uso de plantas medicinais e fitoterápicas devem se dar de forma segura e eficaz, de acordo com a ética, e associadas ao campo de conhecimento (CFN, 2007; PRADO et al 2010).

3 - METODOLOGIA

O estudo classifica-se como uma pesquisa de natureza aplicada caracterizando uma revisão bibliográfica do tipo Integrativa. Como afirma Souza et al 2010, a revisão integrativa apresenta a integração entre a pesquisa científica e a prática clínica profissional, objetivando a aplicabilidade dos resultados no intuito de fornecer assistência à saúde. As etapas iniciam-se pela formulação de uma pergunta científica, seguida de uma busca de estudos e seleção dos que mais colaboram em informações, análise do material, discussão e conclusão dos dados.

Foi realizada uma busca em bancos de dados computadorizados a fim de identificar e selecionar trabalhos científicos e publicações oficiais que se correlacionasse com a pesquisa. O material foi selecionado em bases de dados como Scielo, PubMed e nos documentos oficiais disponibilizados no Portal da ANVISA, através dos seguintes descritores: fitoterapia, plantas medicinais, sistema digestório, nutrição, doenças gástricas e doenças intestinais; nos idiomas português, espanhol e inglês. Vale salientar que essa busca e a análise dos dados obtidos ocorreram no período de janeiro a maio de 2016.

Os critérios para inclusão na pesquisa foram os seguintes: estudos que remetessem ao tema, com prioridade os dos últimos 10 anos, e que trouxessem a certificação de algum fitoterápico ou planta medicinal no tratamento de patologias do trato gastrointestinal.

De início foi realizada uma busca em banco de dados, extraindo os estudos que atendessem os critérios para inclusão na pesquisa, seguido da seleção dos estudos de melhor colaboração de informações. Posteriormente, o material selecionado foi organizado em quadros para uma melhor visualização e, das espécies encontradas nos estudos, verificou-se a existência de registro na legislação da ANVISA.

Os dados científicos expostos nos quadros contém a explanação com o nome científico da planta, o nome popular, as indicações científicas, registro na ANVISA, parte da planta utilizada, forma de uso e as referências bibliográficas.

4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No período de análise de dados, constatou-se que apenas 08 trabalhos atenderam aos critérios de inclusão para a pesquisa. As espécies vegetais encontradas, cujas indicações são para tratamento de doenças que acometem o trato gastrointestinal, são apresentadas no Quadro 1 abaixo, especificando seu nome popular, científico, indicação para uso certificado pela literatura, presença de registro na ANVISA, parte da planta utilizada, forma de uso e as respectivas referências.

Durante a realização deste trabalho, 17 espécies vegetais foram as principais e mais citadas para tratamento dos problemas que acometem o trato gastrointestinal, tais como: Aroeira (Schinus terebinthifolius Raddi), Eucalipto (Eucalyptus sp.), Espinheira-Santa (Maytenus ilicifolia), Sene (Senna alexandrina Mill), Hortelã-pimenta (Mentha piperita L.), Boldo (Peumus boldus Molina), Erva-doce (Pimpinella anisum L.), Marcela (Achyrocline satureioides), Camomila (Matricaria chamomilla L.), Erva-cidreira (Lippia alba), Alecrim (Lamiaceae rosmarinus Officinalis L.), Romã (Punicaceae punica Granatun), Arruda (Rutaceae ruta Graveolens L.), Carqueja (Asteraceae bacharis Trimera), Corama (Bryophyllum pinnatum), Folha de laranjeira (Citrus sinesis L.) e Cáscara Sagrada (Rhamnus purshiana DC.).

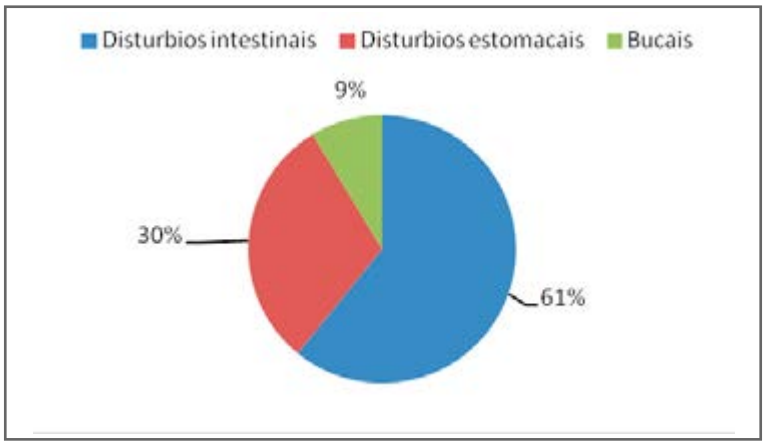
QUADRO 1. Indicações científicas do uso de fitoterápicos e plantas medicinais no tratamento de distúrbios do trato gastrointestinal, presença de registro na ANVISA, parte da planta utilizada e forma de uso.

Nome popular	Nome científico	Indicações científicas	Registrado na ANVISA	Parte da Planta Utilizada	Forma de Uso	Referências
Aroeira, aroreira-brava, aroeira-branca.	Schinus terebinthifolius Raddi	Eficaz no tratamento da gastrite, azia e na erradicação do H. Pylori.	NÃO	Cascas	Chá e banhos	BARBOSA et al 2010; FENNER, et al 2006.
Eucalipto	Eucalyptus	Potencialmente eficiente no tratamento de diarreias.	SIM	Folhas	Chá	REZENDE, COCCO. 2002; ALVES et al 2015.
Espinheira-Santa	Maytenus ilicifolia	Tratamento de úlceras gástricas.	SIM	Folhas	Chá	CARVALHO et al 2008.
Sene	Senna alexandrina Mill.	Efeito laxativo, com ações positivas no tratamento da constipação.	SIM	Folhas e Frutos	Chá	CARVALHO et al 2008.
Hortelã-pimenta	Mentha piperita L.	Eficaz no tratamento de cólicas intestinais, auxilia na má digestão e tem ação antiflatulenta.	SIM	Folhas	Suco ou Chá	COLET et al, 2015.
Boldo	Peumus boldus Molina	Eficaz no tratamento sintomático de distúrbios gastrointestinais espásticos, dor de estômago e má digestão.	SIM	Folhas	Chá	ALVES et al 2015.
Erva-doce	Pimpinella anisum L.	Eficaz no tratamento da indigestão e azia, além de auxiliar na expulsão de gases intestinais.	SIM	Frutos	Chá	COLET et al, 2015.; ALVES el atl., 2015.

Marcela, Macela.	Achyrocline Satureioides	Eficaz no tratamento da má digestão (Antidispepsia), além de tratar os sintomas da síndrome do intestino irritável (Antiespasmódica). Ação antisséptica.	NÃO	Folhas e Ramos Seco	Chá	COLET et al, 2015.
Camomila	Matricaria Chamomilla L.	Ação antiespasmódica, eficiente no tratamento de afecções da cavidade oral, eficaz no tratamento da diarreia e perturbações estomacais.	SIM	Capítulos Florais	Chá	COLET et al, 2015..; ALVES et al 2015.
Erva-cidreira, Cidreira.	Lippia Alba	Ação antiespasmódica e antidispéptica.	SIM	Folhas	Chá	COLET et al, 2015.; ALVES et al, 2015.
Alecrim	Lamiaceae Rosmarinus Officinalis L.	Eficaz no tratamento contra parasitas intestinais.	NÃO	Folhas	Chá	BOSCOLO, SENNA-VALLE, 2008.
Romã	Punicaceae Punica Granatun	Eficaz no tratamento contra parasitas intestinais, ação antifúngica e antiviral.	NÃO	Fruto	Sucos e Chá	BOSCOLO, SENNA-VALLE, 2008.
Arruda	Rutaceae Ruta Graveolens L.	Eficaz no tratamento contra parasitas intestinais.	NÃO	Folhas e Flores	Chá e uso interno	BOSCOLO, SENNA-VALLE, 2008.
Carqueja	Asteraceae Bacharis Trimera	Eficaz no tratamento da obstipação (laxante), além de possuir ação anti-helmíntica.	NÃO	Hastes	Chá ou em temperos	BOSCOLO, SENNA-VALLE, 2008.
Corama	Bryophyllum pinnatum	Refrescante intestinal, eficaz no tratamento de Úlceras e gastrite.	NÃO	Folhas	Suco	ALVES et al 2015.
Folha de Laranjeira	Citrus sinensis (L.)	Indicada para problemas digestivos.	NÃO	Folhas	Chá	REZENDE; COCCO. 2002; BADKE, 2011.
Cáscara Sagrada	Rhamnus purshiana DC.	Eficaz na Constipação Ocasional.	NÃO	Folha	Chá	CARVALHO et al, 2008.

De acordo com o levantamento, observou-se a maior prevalência na literatura de indicações para distúrbios intestinais, seguido de estomacais e bucais, considerando que a maioria dos estudos selecionados trazia mais de uma indicação terapêutica, ver (Figura 1).

Figura 1: Frequência de indicações da literatura sobre o uso de plantas medicinais ou fitoterápicos para distúrbios no trato gastrointestinal.

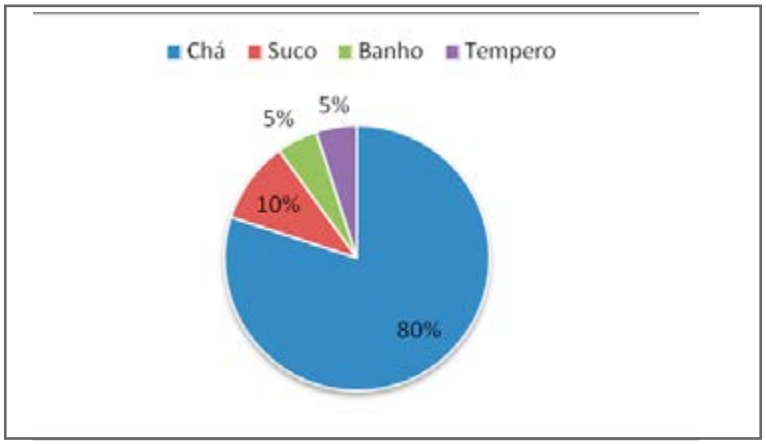


Os dados expõem a vasta indicação da fitoterapia e plantas medicinais no tratamento de doenças, bem como sua funcionalidade e eficácia comprovada pela literatura científica. No que se tange ao trato gastrointestinal, foi possível observar nas indicações listadas, a correlação existente entre o uso dessas plantas medicinais na medicina complementar e o tratamento de patologias, comprovando sua efetividade.

No entanto, das espécies vegetais citadas, apenas 8 apresentam registro na ANVISA, com ações terapêuticas semelhantes as indicações citadas pela literatura científica, exceto o Eucalipto (Eucalyptus), que, segundo Rezende e Cocco (2002); Alves et al. (2015) é eficaz no tratamento de diarreia, enquanto o registro presente na Resolução nº 89, de 16 de março de 2004 da ANVISA, apontam suas ações terapêuticas como expectorante, antisséptico e antibacteriano das vias aéreas superiores. Dentre os fitoterápicos que foram citados na mesma Resolução, destacou-se a Polígala (Polygala Senega), planta não encontrada em trabalhos científicos, porém, com propriedade terapêutica registrada para o tratamento da faringite, uma inflamação da região faríngea.

Em todos os registros das indicações da literatura científica e documentos oficiais foram observados que os modos de uso das plantas medicinais mais frequentes e disseminados são sobre a forma de chás, considerando que a maioria das espécies podem apresentar mais de uma forma de uso, ver (Figura 2).

Figura 2: Frequência das formas de uso das plantas medicinais.



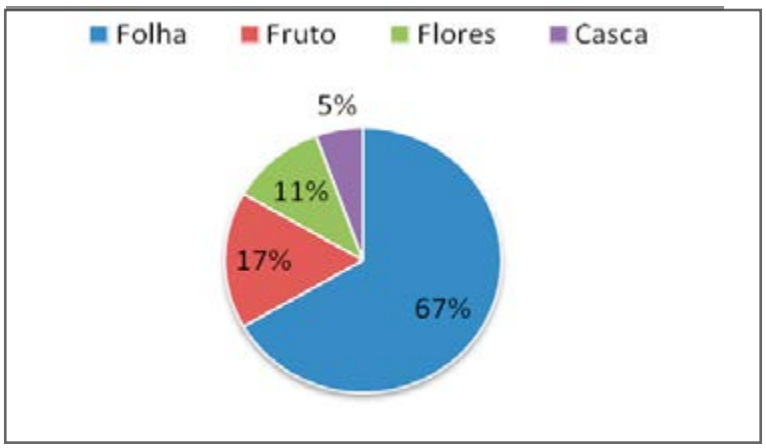
Kalluf (2008) em seu estudo relatou que o chá pode ser considerado uma rica fonte de flavonoides e pode ser utilizado procurando-se obter benefícios das propriedades, desde que se conheça a quantidade e a maneira de utilizá-la, já que cada planta tem uma maneira correta de utilização.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2005) caracterizou o chá como "o produto constituído de uma ou mais partes de espécie(s) vegetal (is) inteira(s), fragmentada(s) ou moída(s), com ou sem fermentação, tostada(s) ou não", considerando que, de maneira geral, todos os órgãos das plantas podem servir como ingredientes para chás, sempre distinguindo as plantas meramente aromáticas, das medicinais e de ambas.

Várias são as forma de uso das plantas medicinais e dos fitoterápicos, nestas estão inclusos os chás, lambedores, extratos, garrafadas, xaropes, dentre outras. Além da RDC N°89 explicitar a espécie vegetal e sua indicação terapêutica, expõe também a parte que deve ser usada, a forma de uso e a posologia, informações de grande valia para uma administração segura do fitomedicamento (ANVISA, 2004).

Em relação às partes das plantas que são utilizadas, pode-se observar que uma mesma espécie pode ter mais de um componente utilizado, ver (Figura 3).

Figura 3: Frequência das partes das plantas utilizadas.



Dentre as plantas medicinais e fitoterápicos selecionados, pôde-se identificar plantas de fácil acesso e de baixo custo, podendo ser cultivadas em residências. Porém vale salientar que mesmo com propriedades terapêuticas comprovadas, o uso necessita de uma atenção e de uma prescrição adequada, tendo em vista os riscos envolvidos.

O uso de fitoterápicos e das plantas medicinais como terapia nutricional complementar pode ser uma grande aliada na prática profissional do nutricionista, tendo em vista as comprovações científicas da eficácia de inúmeras espécies vegetais sobre o sistema digestório, salientando-se a necessidade, no caso dos fitoterápicos, da especialização ou pós-graduação na área. Em relação à prescrição dietética, para se elaborar uma conduta nutricional, deve-se avaliar minunciosamente o paciente/cliente a fim de se obter um diagnóstico fidedigno, este incluindo as características físicas, clínicas, bioquímicas, dietéticas, antropométricas e de hábitos de vida, além da consideração do contexto social, econômico, cultural e religioso do indivíduo (RESOLUÇÃO CFN N° 304/2003).

A fitoterapia, como prática complementar, permite ao nutricionista aliar a pres-

crição dietética com fitoterápicos e plantas medicinais desde que haja embasamento científico para tal (CFN nº 525/2013). Como exemplo, as prescrições dietéticas que busquem regular o trânsito intestinal e tratar a obstipação, que além de incluir alimentos que promovam a adequada digestão, absorção de nutrientes e formação do bolo fecal, podem-se usar como auxiliares os fitoterápicos com efeitos positivos no tratamento da constipação intestinal e indigestão, como o Sene (Senna Alexandrina Mill), Carqueja (Asteraceae Bacharis trimera), Hortelã pimenta (Mentha Piperita L.) e Cáscara sagrada (Rhamnus Purshiana DC). Buscando aliar a alimentação e as terapias complementares como estratégia de tratamento, o nutricionista pode explorar a interface da nutrição com demais formas de promoção e recuperação da saúde de indivíduos e coletividades.

No entanto, mesmo com certificação terapêutica comprovada, o uso da fitoterapia deve se dar de forma cautelosa e por meio de uma adequada prescrição, uma vez que o uso excessivo ou inadequado pode vir a acarretar danos à saúde (PEREIRA, 2012). Um estudo realizado por Veiga-Júnior, Pinto (2005) abordou alguns casos de toxicidade de plantas medicinais que representam um risco em potencial para a população que faz o uso indiscriminado. Dentre as plantas abordadas no estudo, verificou-se cinco espécies vegetais elencadas na presente pesquisa com efeitos tóxicos. A Aroeira (Schinus terebinthifolius Raddi), Eucalipto (Eucalyptus) e Arruda (Rutaceae Ruta Graveolens L) estão relacionados com dermatites de contato, o Boldo (Peumus boldus Molina) com irritação renal e o Sene (Senna alexandrina Mill.) com desconforto abdominal, perda de eletrólitos e água. Desta forma, são de grande valia a adequada prescrição e consciente uso das plantas medicinais.

Ainda segundo Júnior, Pinto (2005) é responsabilidade dos pesquisadores e da mídia, seja científica ou não, de tornarem públicos os riscos a que estão expostos os consumidores que se automedicam com fitoterápicos e plantas medicinais, sem o conhecimento necessário para a sua utilização. Com isso, nota-se a real importância de um profissional na prescrição destes fitomedicamentos, incluindo-se o nutricionista, profissional habilitado para esta prática.

5 - CONCLUSÃO

Tendo como referência as informações obtidas na pesquisa, verificou-se que a fitoterapia é uma prática utilizada, principalmente, para o tratamento de distúrbios do trato gastrointestinal, caracterizando-se como um meio de recuperação da saúde e sendo um eficiente aliado na prática do profissional nutricionista. No tange ao trato gastrointestinal, as plantas medicinais e fitoterápicas, em sua maioria, são indicados pela literatura para tratamento de distúrbios intestinais, utilizando as folhas e em forma de chás. Além disso, notou-se que mesmo com comprovações científicas, ainda são muitas as espécies sem registro na ANVISA, expondo a necessidade de mais estudos para a regulamentação destas.

Porém, é de grande relevância destacar o fato de que o uso indiscriminado e a automedicação sem orientação profissional pode acarretar danos à saúde. Assim, espera-se que o guia prático seja um instrumento que auxilie o nutricionista e sirva de suporte quanto à prescrição da fitoterapia.

Diante da importância de se conhecer os efeitos das plantas medicinais e dos fitoterápicos e sua comprovação terapêutica, é de grande valia o desenvolvimento de mais estudos que visem obter informações fidedignas sobre a fitoterapia.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Luciana Barros et al. Disbiose intestinal. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, 2009.

ALVES, Jayra Juliana Paiva et al. Conhecimento popular sobre plantas medicinais e o cuidado da saúde primária: um estudo de caso da comunidade rural de mendes, são josé de mipibu/rn. **Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**. v. 13, n. 1, 2015.

AMORIM, Laura Lucia Da Silva. Saúde e meio ambiente - a politica nacional de praticas integrativas e complementares no sistema único de saúde – atitude e ampliação do acesso: uma questão de direito. **Dissertação (Mestrado)** – Curso de Direito, Universidade de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, 2009.

ÁVILA, Alline Cristina Silva de; PEREIRA, Paôla de Paula; CORNEAU, Jussara Aparecida. Prevalência de distúrbios gastrointestinais e hábito alimentar de adolescentes. **Revista Digital de Nutrição,** Ipatinga, v. 4, n. 6, p.604-623, jul. 2010.

BARATA, Lauro ES. Empirismo e ciência: fonte de novos fitomedicamentos. **Ciência e Cultura**, v. 57, n. 4, p. 4-5, 2005.

BARBOSA, SEVERINO et al. Comparação da eficácia da aroeira oral (Schinusterebinthifoliusraddi) com omeprazol em pacientes com gastrite e sintomas dispépticos: estudo randomizado e duplo-cego. **GED gastroenterol. endosc. dig**, v. 29, n. 4, p. 118-125, 2010.

BRASIL, 2004. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n˚48 de 16 de marco de 2004. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. **Diário Oficial**, Brasília, 18 de maio.

BRASIL, Resolução n. 277, de 22 de setembro de 2005. Dispõe sobre o regulamento técnico para café, cevada, chá, erva-mate e produtos solúveis. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 01 fev. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução. Determina a publicação da Lista de Registro Simplificado de Fitoterápicos. **Diário Oficial da União**. Resolução nº. 89, 16 de março de 2004. Disponível em: <http://www.nutricaoemfoco.com.br/NetManager/documentos/resolucaore_no_89,_de_16_de_marco_de_2004.pdf>. Acesso em: 15 de fev 2016.

BOSCOLO, Odara Horta; SENNA-VALLE, L. Plantas de uso medicinal em Quissamã, Rio de Janeiro, Brasil. **IHERINGIA**, Sér. Bot., Porto Alegre, v. 63, n. 2, p. 263-277, 2008.

CARVALHO, Ana CB et al. Situação do registro de medicamentos fitoterápicos no Brasil. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 18, n. 2, p. 314-319, 2008.

COLET, Christiane de Fátima et al. Uso de plantas medicinais por usuários do serviço público de saúde do município de Ijuí/RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 36, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Regulamenta a prescrição fitoterápica pelo nutricionista de plantas in natura frescas, ou como droga vegetal nas suas diferentes formas farmacêuticas, e dá outras providências. Resolução n. 402 de 30 de julho de 2007. Lex: **Conselho Federal de Nutricionistas**. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2007/res402.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Determina a **Prática da fitoterapia pelo Nutricionista**. Resolução N° 525/2013. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/legislacao/resolucoes/583.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Determina a **Prescrição dietética na área de nutrição clínica**. Resolução N° 304/2003. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2000_2004/res304.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **RESOLUÇÃO CFN Nº 402**. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2007/res402.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2016.

FENNER, Raquel et al. Plantas utilizadas na medicina popular brasileira com potencial atividade antifúngica. **Braz J PharmSci**, v. 42, p. 369-394, 2006.

FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier de et al. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 61, n. 2, p. 201-208, 2008.

JUNIOR, Valdir F. Veiga; PINTO, Angelo C.; MACIEL, Maria Aparecida M. Plantas medicinais: cura segura. **Química nova**, v. 28, n. 3, p. 519-528, 2005.

KALLUF, L.J.H. Fitoterapia funcional: dos princípios ativos à prescrição de fitoterápicos. 1.ed. São Paulo: **VP Editora**, 2008. 304p.

MENGUE, S. S.; MENTZ, L. A.; SCHENKEL, E. P. O uso de plantas medicinais na gravidez. **Revista brasileira de Farmacognosia**. v.11, n.1, p.21-35. 2001.

NAVOLAR, Thaisa Santos; TESSER, Charles Dalcanale; AZEVEDO, Elaine de. Contribuições para a construção da Nutrição Complementar Integrada.**Interface**, 2012.

OMS/Organización Mundial de laSalud. Pautas generales para las metodologias de investigación de la medicina tradicional. **Ginebra**, 2002. Disponível em: < http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4930s/s4930s.pdf>. Acesso em: 15 fev 2016.

PRADO, Caroline Nunes et al. O uso de fitoterápicos no tratamento da obesidade. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 4, n. 19, 2012.

PEREIRA, Joyce Nezi. Análise dos materiais publicitários sobre plantas medicinais direcionados aos consultórios de nutrição da região central de um município do sul catarinense. 26 f. **TCC (Graduação)** - Curso de Farmácia, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2012.

REZENDE Helena Aparecida de; COCCO, Maria Inês Monteiro. A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. **Revista Escola de Enfermagem** USP, v. 36, n. 3, p. 282-8, 2002.

SANTOS, Ana Cristina dos. **Mecanismos de ação envolvidos nos efeitos da bardana (arctiumlappa l.) sobre o trato gastrointestinal**.104 f. **Dissertação (Mestrado)** - Curso de Farmácia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein; 8(1 Pt 1):102-6, 2010.

CAPÍTULO 4

PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A NECESSIDADE DE UMA POSTURA DE ACOLHIMENTO IMPLICADA NO CUIDADO.

HEALTH PROFESSIONALS AND THE NEED FOR A HOSPITAL POSITION INVOLVED IN THE CARE.

Alisson de Oliveira Santos[1]
Ana Andréa Barbosa Maux[2]

1 Psicólogo, professor do Instituto de Ensino e Cultura - IEC; alisson.de.oliveira@hotmail.com
2 Psicóloga, Vinculada a 2ª Vara da Infância e da Juventude da Comarca de Natal/RN, professora do UNIFACEX Natal/RN, Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte; anamaux@tjrn.jus.br

RESUMO

Este capítulo trata de um ensaio teórico e apresenta as reflexões dos autores sobre a experiência dos profissionais de saúde no que diz respeito a relação que eles estabelecem com as pessoas que utilizam os serviços de saúde. A proposta dos autores, a partir da experiência de estágio acadêmico em uma instituição hospitalar, é convidar o leitor a refletir sobre um olhar alternativo, baseada em uma proposta de aproximação da característica ontológica de ser-com que é própria do ser humano e, a partir dela, pensar na construção de uma postura acolhimento que ultrapassa o tecnicismo presente nas relações contemporâneas. Apresentando uma proposta de pensar o acolhimento de modo a reaproximar os profissionais deste elemento que é constituinte de sua expressão de ser humano, sendo esta uma alternativa que passa a ser distanciada pelo ritmo empregado pelo sociedade atual, enfocada no desempenho de modos de atuação que visam a celeridade e o alcance em prazo curto de objetivos quantitativos. Desacelerar para que seja propício o desenvolvimento de acolhimento em postura implicada em cuidado é fundamental, no momento histórico atual. Assim, produzir material sobreo assunto tendo em vista a escassez de literatura referente aos ao mesmo, visando abrir o campo de discussão sobre esta necessidade em alta na sociedade contemporaneidade.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço de Atenção Domiciliar. Escuta Clínica. Psicologia fenomenológico-existencial

ABSTRACT

This chapter deals with a theoretical essay and presents the authors' reflections on the experience of health professionals with regard to the relationship they establish with people who use health services. The authors' proposal, based on the experience of an academic internship at a hospital, is to invite the reader to reflect on an alternative view, based on a proposal to approximate the ontological characteristic of being-with which is proper to the human being, and from it, to think of the construction of a welcoming attitude that goes beyond the technicality present in contemporary relations. Presenting a proposal to think about the reception in order to re-approximate the professionals of this element that is constituent of its expression of being human being, this being an alternative that happens to be distanced by the rhythm employed by the current society, focused on the performance of modes of action that aim speed and timely achievement of quantitative objectives. To slow down so that the development of a foster care foster care is fundamental, at the current historical moment. Thus, to produce material on the subject in view of the scarcity of literature related to the same, aiming to open the field of discussion about this high need in contemporary society.

KEYWORD: Home Care Service. Listening Clinic. Phenomenological-existential psychology

1 - INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde são marcados por uma preocupação singular em ofertar ações que consigam abarcar as necessidades da população que utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS) de modo rápido, prático e estratégico. Características do contexto atual brasileiro no que diz respeito à precarização do serviço público têm levado cada vez mais os profissionais de tais serviços assistenciais a uma rotina marcada pela busca por exercer um serviço de qualidade com as precárias condições de trabalho que estão sendo proporcionadas. Somado a isso, observamos o tecnicismo como característica marcante da contemporaneidade, o que se traduz numa postura marcadamente técnica, voltada para o instrumental. Estabelece-se, então, um distanciamento da particularidade subjetiva entre os envolvidos no processo de atendimento prestado, ou seja, um distanciamento entre profissionais de saúde e as pessoas que utilizam os serviços.

O modo de se aproximar, de acolher e dar atenção à subjetividade de cada pessoa responde pelo nome de acolhimento. Esta proximidade, segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA, 2018) parte de um movimento de recolher, dar acolhida, receber com agrado, refugiar-se. A partir desta perspectiva, partindo das afetações de um dos autores deste ensaio, que estagiou em uma unidade hospitalar, busca-se a apresentar um olhar alternativo, propondo que a proximidade e a produção de acolhimento podem acontecer. Para tal, lança-se mão do referencial teórico Fenomenológico-Existencial como uma costura para se pensar sobre esta relação a partir dos profissionais de saúde.

Sobre esta temática, a produção acadêmica aparece timidamente. Trabalhos que tragam luz sobre o fenômeno da oferta de serviços saúde, no tocante ao acolhimento por parte de profissionais ainda se mostram insipientes, como podemos observar no trabalho de Correa Barbosa (2013) que aponta esta dificuldade em acessar produções relacionadas a esta temática. Este fato reforça a relevância deste ensaio para a comunidade científica, tanto como fomento dos estudos desta temática, com buscando, a partir das reflexões aqui apresentadas, incentivo para que mais autores possam, a partir das suas experiências como profissionais de saúde, partilhar suas vivências, inquietações e aprendizados.

2 - POSTURA TÉCNICA E ATENDIMENTO IMPESSOAL

A sociedade contemporânea imprime um ritmo ultra-acelerado, com valorização da técnica e dos instrumentos que a favoreçam. Desta forma, estabelece uma tessitura compreensiva que é internalizada de maneira muito intensa, que coloca o ser humano com senhor e empregado de si mesmo. Este cenário coloca em evidência uma nova necessidade de configuração presente na sociedade contemporânea, que é o desempenho. A busca por desempenho estabelece um novo patamar para o homem da contemporaneidade: não basta produzir, há de ser o melhor no que está sendo feito. Um alto desempenho é solicitado, interna e externamente (HAN, 2017).

Marcada pelo distanciamento afetivo, a oferta de serviços em saúde registra, na

relação entre os profissionais e a população atendida, uma lacuna que atua – em direção contrária – da promoção de saúde. Estabelece os profissionais de saúde como observador dos processos saúde-doença; reforçando-o como produtor de protocolos de atendimento (MERHY, 2004).

O trabalho executado pelos profissionais de saúde visa - ou deveria visar - a promoção e proteção do bem-estar das pessoas que utilizam os serviços, mas, acaba por ser marcado pelo distanciamento da realidade prática de construção da melhora na saúde. Não é somente a execução do protocolo de atendimento ou a realização de um comportamento específico que vise sanar a dor de um paciente, por exemplo, que produzirá a melhoria na saúde das pessoas que diariamente usam os serviços de saúde. O aspecto psicológico do paciente, muitas vezes negligenciado, é de fundamental relevância para que se lhe promova a saúde. Para tanto, a relação que se estabelece entre o responsável pelo atendimento e aquele que recebe a assistência carece de cuidado e atenção.

Esta ponte relacional que se (re)constrói a cada novo atendimento dentro da estrutura de serviço de saúde, atualmente se apresenta de modo tecnicista pré-determinado, com base em um modelo de atendimento que visa a cura da doenças esquecendo-se da pessoa doente (MERHY, 2004). Deste modo específico e programado, a execução dos atos de promoção de cuidado dentro dos serviços de saúde reduz-se a meros protocolos exequíveis que são realizados de modo despreocupado e aleatório pelos profissionais, de maneira que a qualidade destes serviços é precária. No que ser refere a esta baixa qualidade na oferta dos serviços em saúde, um dos pontos principais a ser pensado está nas condições de trabalho nas quais o trabalhador da saúde é submetido: “desvalorização, precarização e baixo investimento em educação permanente, um modelo de gestão centralizado e vertical que impossibilita os trabalhadores de se apropriar de seu próprio processo de trabalho” (CORREA BARBOSA, 2013, p. 03), impactando fortemente na promoção de acolhimento dentro das ofertas de serviço em saúde.

As pessoas que buscam o serviço de saúde levam consigo muito mais do que apenas uma problemática a ser resolvida em sua esfera de saúde física, mas solicita também uma abertura para que seja acolhida como pessoa completa. Atualmente, o aspecto subjetivo que é presente nas demandas de saúde (esta última como unicamente biológica) não consegue proporcionar um espaço de acolhida, pela falta de consideração de sua importância, favorecendo que o acolhimento não aconteça dentro da oferta de serviços de saúde.

A mobilização para construção e produção do acolhimento perpassa por uma provocação que convida o profissional em saúde a também exercitar seu cuidado. Como a aproximação da possibilidade de ofertá-lo, que antes não se apresentava, desencadeia o descolamento do processo de impessoalidade, jogando profissional e o usuário do serviço em um campo de contato que favorece o aproximar da relação, de maneira a desenvolver o cuidado antepositivo. Cuidado antepositivo tratado aqui, assim com cunhou Heidegger (1889-1976), com uma postura de empoderamento de sua existência. Trata-se de assumir o compromisso por si mesmo, compreendendo a assumindo as rédeas de sua existência, de suas escolhas e decisões, como implicação dentro do processo de oferta de serviço em saúde.

Há de se considerar que uma nova forma de fazer dos profissionais de saúde é

demandada a construir-se. Para tal reformulação desta nova forma de cuidado, que contemple o acolhimento como um modo de agir, que recolha a pessoa atendida para uma estrutura dentro da relação com o profissional, será uma nova forma a permitir que os serviços ofertados tenham como base a humanização desses procedimentos, levando em consideração que o usuário deva ser visto em uma abordagem integral e humana (CORREA BARBOSA, 2013).

Deste modo, há um grande interesse para que o profissional rompa "com a lógica presente na assistência, marcada pela prática de atender apenas a queixas, passando a traçar possibilidades de efetivo encontro entre trabalhador-usuário e trabalhador-trabalhador [...]" (CORREA BARBOSA, 2013, p. 03). Encontro que acaba sendo obstruído, também, pelo caráter formativo do profissional, que é bombardeado pelo preparo técnico, desguarnecido do envolvimento e acolhimento do sofrimento presente nas demandas das pessoas que buscam os dispositivos de saúde. Repara-se que a ideia de humanização até se faz presente durante a formação dos profissionais, mas fica restrita a ideias teóricas. O que se percebe na realidade dos profissionais é a prevalência da técnica em detrimento da humanização prática (CORREA BARBOSA, 2013).

O cuidado que se deseja atingir com as ações e/ou ofertas de serviços em saúde é produto final de comportamentos concretos produzidos por pessoas. O cuidado não é autossuficiente para gerar-se. Faz-se necessário ao profissional que promova as ações suficientes para o estabelecimento de um campo propício para o cuidado, que comece a ser selecionado como possibilidade de atuação pelos que buscam as ofertas de serviços em saúde. A forma como se lida com o elemento "técnica" e modo de usar tal elemento configura o formato de interação entre os profissionais de saúde e a comunidade. Neste quesito, o modelo médico tradicional é fortemente presente como delimitador nos modelos de oferta em saúde, que prioriza a resolutividade do aspecto biológico fragmentando o homem em partes a serem curadas, desconsiderando a sua subjetividade (MERHY, 2004, p. 01). Toda esta valorização do aspecto técnico e resolutivo advindo da medicina tradicional facilita que haja nos serviços de atenção à saúde uma maneira devida de estar com este que é ator fundamental na produção de cuidado: a pessoa atendida.

Quando pensamos em uma reflexão sobre a relação que se estabelece entre profissionais de saúde e pessoas atendidas, um aspecto inicial a ser pensado é a nomenclatura utilizada para se referir aquele a quem se dedica cuidado. À primeira vista, tal questão pode parecer desimportante, mas é algo basilar para pensar a postura de proximidade ou indiferença no trato com outrem. Quando os serviços passaram a valorizar que as pessoas sejam chamadas pelos seus nomes ao invés de serem reconhecidas pela doença ou pelo número do leito já exemplifica a relevância desse ponto. Concordando com a afirmativa de Santos e Maux (2017), quanto à necessidade de ponderar sobre o nome genérico dado aquele a quem se oferta o serviço. Até o momento este artigo utilizou os termos usuário e paciente, mas estes não condizem com a forma de se pensar a que este ensaio se propõe.

Santos e Maux (2017) refletem que os termos presentes na atualidade como nomenclatura de trato que colocam as pessoas como usuário, paciente e/ou cliente não conseguem dar conta de toda a configuração que se estabelece na ampla expressão subjetiva da pessoa. Isso acaba por reduzir a capacidade de expressão singular presente naquele que busca atendimento de saúde. Nesta perspectiva, os autores propõem uma nova reflexão

sobre os termos utilizados, considerando que a pessoa que chega para o atendimento,

> não é paciente, posto que isso implicaria carecer da atenção de um terapeuta que dispõe de métodos e procedimentos para a cura. Também não é cliente porque não possui uma essência em busca de autorrealização. Tampouco é usuário, pois o encontro não é assistência técnica para resolução de problemas. Propomos o termo vivente. Vivente de sua existência, que deseja partilhar e desvelar-se ao encontro. Estar disponível implica em acolher esta partilha e ser a clareira necessária para que o vivente se reconheça como tal (SANTOS e MAUX, 2017, p. 139).

Pensar desta forma rompe com o distanciamento presente nas ofertas de saúde. Merhy (2004), ao falar sobre esta característica do serviço de saúde, considera-o como o cerne da questão. Evidencia uma protocolização das formas de atendimento que produzem um formato alheio de contato e que, por sua vez, afasta os autores que compõe a cena cotidiana de procedimentos de cuidado em saúde. Ao passo que os profissionais se instalam nesse lugar de reproduzir protocolos de atendimento em sua oferta de serviços, o primeiro a sentir, de modo desagradável esta forma de fazer, é o vivente que utiliza do serviço. Passa, então, a vivenciar um atendimento que se caracteriza por uma frieza ou indiferença que podem ampliar seu estado de sofrimento, fazendo com que ele se sinta dentro dessa relação profissional-vivente "inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados" (MERHY, 2004, p. 03).

O ritmo acelerado por produção e por desempenho, aponta Han (2017), acaba por estabelecer um parâmetro que estabelece que o tempo dedicado a tudo precisa ser o menor possível para que se possa realizar o maior número de atividades que se pode alcançar. Passa-se a considerar um tempo pré-estabelecido a ser dedicado a cada pessoa atendida. Novamente, tal postura não se mostra preocupada em assistir aquele que se encontra carecendo de cuidados. Ao mesmo tempo em que servem para apontar as estatísticas, estas se resumem a quantidade, esquecendo a qualidade do serviço prestado.

A técnica que é presente no ambiente de trabalho muitas vezes faz com que os profissionais usem termos genéricos para se referir aos viventes numa tentativa de afastamento e coisificação em relação aquele, mas também na busca por otimizar o tempo de serviço prestado, pensando que, assim, estará propiciando celeridade ao processo de atendimento. O que acaba por acontecer é que aquele vivente que é atendido acaba por ser objetificado e não considerado como uma pessoa, apenas como parte do procedimento e a ser executado.

Este movimento resulta como produção final de um intenso investimento em tecnologias-duras em saúde, que atuam sobre os processos de saúde-doença a partir de intervenientes tecnológicos concretos, ou seja, equipamentos específicos, atendimentos especializados; favorecendo que não sejam investidas ações no desenvolvimento de tecnologias leves e leves-duras. Sobre estas, Merhy (2004) mostra que elas atuam nas estruturas e formas de pensar sobre os fazeres dentro da atenção em saúde, de modo que podem ser organizados, sistematizados e normalizados, permitindo uma reprodução por terceiros.

O mesmo autor destaca, especificamente, uma definição para tecnologia leve,

que nos permite iniciar a reflexão da costura que aproximará os profissionais de saúde do acolhimento. Ele apresenta-a como,

> Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas "pessoas", que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 2004, p. 03).

3 - REPENSANDO A PRÁTICA DE ACOLHIMENTO

Partindo do investimento em tecnologias leves, começamos a traçar o percurso que aproxima os profissionais da saúde com o acolhimento dentro de sua atuação nos dispositivos de saúde. Uma das tentativas de operacionalizar esta aproximação começa a ser concretizada a partir da política de humanização do SUS, que traz em suas bases e diretrizes orientações que fazem um caminho de retorno ao vivente presente em cada queixa apresentada, como modo de aproximar os valores humanos nos serviços em saúde. A valorização do vivente e suas características intelectuais, produções de conhecimento junto ao coletivo que é inserido, é uma das bases que valorizadas na política de humanização, e que faz aproximar o profissional à população (BRASIL, 2004).

A preocupação em estabelecer e desenvolver uma política que resgate a humanidade dos trabalhadores da saúde destaca o momento em que se encontra a sociedade em hipervalorizar as técnicas e a tecnicidade das relações. A sociedade atual é marcada por um traço muito bem imprimido de produtividade e positividade, de modo que produzir é o seu maior objetivo, sem que necessariamente haja uma qualidade no que é feito. Estar sempre produzindo é o importante (HAN, 2017). Tem-se, então, uma sociedade de desempenho.

Conforme o desempenho é colocado em seu ápice extremo, tudo passa a ser pensado para ontem. O tempo, portanto, passa a ser inimigo do desempenho. Perder tempo é algo inaceitável. Esta compreensão que se instala com uma névoa sobre a sociedade é internalizada pelas pessoas de modo a ser reproduzido e espalhado nos mais diversos campos de expressão humana, principalmente no campo da saúde. Os profissionais que trabalham neste setor são tomados por essa atmosfera de desempenho e produtividade que o caráter de acolhimento transparece como perda de tempo. Isso porque o acolhimento ao outro requer um desacelerar. A postura de acolhimento convida e solicita uma abertura existencial que rompe com o ritmo acelerado do momento atual.

Dutra (2004) reflete que o momento contemporâneo solicita uma nova forma de se atuar em psicologia clínica. Considerando essa nova configuração, podemos ampliar para a prática dentro dos serviços em saúde. Este fazer clínico visa uma ampliação do

campo que abarca mais que apenas o recorte do momento do atendimento e/ou execução de procedimento, mas sim uma ampla acolhida dos elementos humanos que compõem a pessoa que se apresenta ao atendimento como uma trilha.

Pensamos essa trilha como um caminho que é construído com o processo de caminhada constante daqueles que transitam por aquele lugar, sem que lhes tenha sido imposto um caminho previamente traçado e no qual ele é obrigado a caminhar. Mas um caminho se abre artesanalmente entre o local de partida e o local de chegada, fruto dos passos daqueles que por ali circulam e visa menor distância entre o ir e o chegar. Tem, por fim, o objetivo de aproximar e favorecer que o acolhimento seja estabelecido.

A partir dessa aproximação, que favorece o acolhimento, com uma análise crítica sobre as formas de executar o cuidado em saúde, poder-se-á alcançar uma postura de acolhimento às demandas subjetivas, em conformidade com a sua realidade. Esta postura é uma habilidade fundamental dentro do processo de formação profissional e ultrapassa o mero conhecimento de técnicas. A desconstrução do saber fazer clássico ganha destaque como possibilidade de distanciamento de uma forma de interação estática e enfocada no protocolo de atendimento, esquecendo-se da pessoa. É necessário se aproximar de uma execução de ações em saúde que podem ser replicadas em diversos campos de atuação, que valorizem a dinâmica das relações e possibilitem o envolvimento inter-relacional.

O desenvolvimento da relação proximal é uma das expressões que converge para o atendimento acolhedor. O fazer do profissional de saúde deve ser embasado nas diretrizes que orientam o serviço em uma nova direção humanizada. Que prioriza a reaproximação entre os pares, considerando suas contribuições aos serviços e distanciando do modelo tradicional médico (BRASIL, 2004). Esta postura poderá ocasionar impactos positivos nas ofertas de serviços de saúde, tendo em vista a preocupação em uma constante modelação do fazer. Desenvolver um novo padrão em que o interesse estará em possibilitar e ofertar serviço integral e próximo da realidade, respondendo pelo nome de acolhimento.

Reestabelecer esta práxis dos profissionais de saúde de modo a aproximá-los de uma lida mais cuidadosa e acolhedora toca em uma seara que convoca a aquisição de uma nova habilidade dentro das relações entre os profissionais e as pessoas atendidas. Faz-se necessário o estabelecimento de disponibilidade, para além de estar acessível para atender. Requer uma postura de atuação que produza um aparato de disposição que nada mais é do que uma forma de estar com o outro antes mesmo de sua presença física, considerando as faces presentes dentro do processo de interação. A forma como os profissionais interagem com as etapas para a oferta de serviço já expressa a formação deste.

Reconstruir este modo de realizar a oferta dos serviços em saúde tem como base o um novo entendimento do que é o momento de encontro com o vivente em sua busca por atendimento. É considerar, antes mesmo do encontro, a presença do outro. O profissional precisa estar aberto e disponível, como ambiente a ser ocupado, para poder conectar-se com o que vem ao seu encontro. Este modo de fazer - que propõe reconstruir - valoriza toda a composição pessoal do profissional em seus mais diversos níveis, como elemento primordial para que o encontro seja favorecido.

É considerar sua quantidade de sono no dia anterior, suas inquietações, preocupações e projeções presentes na relação com o outro. Estar atendo a tais elementos aproxima o profissional de si mesmo e, por consequência, desencadeará uma elevação na

proximidade entre os pares presentes nessa relação que acontece dentro da oferta de serviços de saúde. Assim, o profissional de saúde se reaproxima daquilo que é mais próprio do ser humano, que é sua característica de ser-com.

O acolhimento será ofertado, apenas e se a possibilidade de oferta for ocasionada pelo encontro entre as pessoas. Não é tratado aqui encontro como a localização espacial no mesmo lugar entre duas pessoas, mas sim, como afirmam Lessa e Sá (2012), no modo relacional. O encontro se dá na relação, partindo de uma via de mão dupla de afetações, que instala a aproximação e faz haver um encontro total entre duas pessoas, ocasionado o estabelecimento de sentidos e significados. A proposta é reaproximar o ser humano, principalmente os profissionais de saúde, desta composição de ser-com-o-outro que permite que haja a redescoberta deste elemento perdido diante de tanto distanciamento.

Nesta proposta de aproximação genuína entre as duas partes que compõe a relação tem como construto principal para esta formulação a preocupação a respeito da possibilidade de proporcionar acolhimento que, neste ato, será o cuidado propriamente dito. A existência não é uma coisa que ocupe, mas sim um componente que permitirá em dupla exposição tornar-se cada vez mais apropriado de seu cuidado.

Esta é a base para que a costura entre profissionais da saúde e o acolhimento possa acontecer. Todo o engendramento que é evidenciado aqui é motor para novas formas de se pensar a oferta de serviços em saúde, compreendendo que é uma postura conclamada pela temporalidade atual. Realizar essa oferta de serviço de saúde pode ser pensada como uma clareira que consiga dar conta de toda a expressividade dos viventes e, consequentemente, favorecendo o desenvolvimento de acolhimento em maior propriedade (SANTOS e MAUX, 2018)

Esta forma de lidar com a realidade é presente como resultado da equação que produz uma forma de pensar que é produzida no seio da sociedade moderna, na qual se valoriza a elevação da técnica como via fixa de produção de modos de atenção em saúde, como um instrumento que leva um objetivo final, que precisa ser acessado; assim, limitando e fechando-se em uma única forma de acessar as possibilidades de ofertar ações de saúde (FEIJOO, 2004).

Ao analisarmos esta forma de pensamento como predominante na atualidade das ofertas dos serviços de saúde, em especial as práticas dos profissionais com ênfase na saúde pública, percebemos o distanciamento da possibilidade de gerar acolhimento aos atendidos, o favorecimento em facilitar que é o deixar acontecer, que aqui enfatizamos a relação como um ponto importante para o desdobramento do ato de acolher (FEIJOO, 2004).

Estes autores tecem uma reflexão que ultrapassa o caráter técnico, pois, quando atuando com base nas disponibilidades em estar com outro, as intervenções buscarão não se limitar na modalidade clássica tradicional de atendimento em saúde, em suas normas ou padrões processuais, mas, poder pensar de forma diferente, com base numa postura antinatural. Assim, como coloca Feijoo (2011), a postura antinatural significa aquela que vai de encontro ao que está posto e determinado previamente, realizando constantemente o movimento de refazer.

Proporcionar a reaproximação entre profissionais de saúde e o acolhimento pode ser pensado a partir da consideração de que o acolhimento acontece a partir da relação,

que não necessariamente precisa de um padrão ou velocidade de acontecimentos. Permitir a reaproximação do que é mais próprio do homem - a relação com outros - é ampliar a possibilidade aparecimento de terreno fértil para o germinar do cuidado nas ofertas de serviço em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CORREA BARBOSA, G. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 66, n. 1, 2013.

DICIONÁRIO DO AURÉLIO, Disponível em < https://dicionariodoaurelio.com/acolher >, acessado em 04 de ago. de 2018.

DUTRA, E. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 381-387, 2004.

FEIJOO, A. M. L. C. A psicologia clínica: técnica e téchne. **Psicologia em estudo**, Maringá: v. 9, n. 1, p. 87-93, 2004.

FEIJOO, A. M. L. C. A existência para além do sujeito: a crise da subjetividade moderna e suas repercussões para a possibilidade de uma clínica psicológica com fundamentos fenomenológico-existenciais. In:_____. **Da consciência intencional de Hurrsserl à desconstrução da subjetividade moderna de Heidegger**. Edições IFEN, 2011.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço.** Tradução de Enio Paulo Giachini. 2ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2017.

LESSA, J. M.; DE SÁ, R. N. A relação psicoterapêutica na abordagem fenomenológico-existencial. **Análise Psicológica**, v. 24, n. 3, p. 393-397, 2012.

MERHY, E. E. et al. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. **BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. VER–SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 108-137, 2004.

SANTOS, A. O.; MAUX, A. A. B. Relato de Experiência: A vivência do encontro terapêutico em um serviço escola de psicologia. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA & FENOMENOLOGIA, 3; ENCONTRO NACIONAL DO GT DE PSICOLOGIA & FENOMENOLOGIA - ANPEPP, 2; E CONGRESSO INTERNACIONAL DE FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL, 1. O DESASSOSSEGO HUMANO NA CONTEMPORANEIDADE. 2017. Natal. **Anais eletrônicos**. Natal: UFRN/CCHLA. 2017. P. 139. Disponível em: < www.gesdhufrn.com.br> Acesso em: 10 de jul. de 2018.

SANTOS, A. O; MAUX, A. A. B. A reconstrução da práxis do psicólogo em um serviço de atenção domiciliar. In: ENCONTRO CIENTÍFICO E CULTURAL DO UNIFACEX – ENEX, 14, 2018, Natal. **Anais eletrônicos**. Natal: UNIFACEX, 2018. Disponível em: <http://unifacex.com.br/institucional/iniciacao-cientifica/anais-de-eventos/>. Acesso em: 15 de jul. de 2018.

CAPÍTULO 5

ANÁLISE DOS RISCOS DAS DIETAS DA MODA: UMA PESQUISA EXPLORATÓRIA DOCUMENTAL EM REVISTAS NÃO CIENTIFICAS NA ÁREA DA NUTRIÇÃO.

ANALYSIS OF THE RISKS OF FASHION DIETS: AN EXPLORATORY DOCUMENTARY RESEARCH IN NON-SCIENTIFIC MAGAZINES IN THE NUTRITION AREA.

Ana Elizabeth Alves da Silva[1]
Karen Gabriela Macêdo Correia Lima[2]
Raquel Gomes Dias[3]

1 Docente efetivo do UNIFACEX. Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutora em Nutrição pela Universidade de Santiago de Compostela (USC). <e-mail: anaeas@gmail.com>
2 Graduada em Nutrição pela Faculdade de Ciências, Cultura e Extensão do Rio Grande do Norte (UNIFACEX). <e-mail: karenlima1936@gmail.com>
3 Graduada em Nutrição pela Faculdade de Ciências, Cultura e Extensão do Rio Grande do Norte (UNIFACEX). <e-mail: raquelgomesdias@hotmail.com>

RESUMO

A busca pelo corpo perfeito tem aumentado a procura pela perda de peso de forma rápida. As chamadas “dietas da moda” prometem perda de peso em pouco tempo e envolvem marketing e vendas de produtos. Muitas são agressões ao organismo, sendo pobres em nutrientes e baixíssimas em calorias. Assim, o objetivo deste trabalho é realizar a análise qualitativa, das dietas publicadas em revistas brasileiras não científicas dirigidas ao público feminino, observando os riscos associados à sua utilização e danos causados. Esta pesquisa exploratória documental analisou qualitativamente as dietas de 06 revistas pertencentes a quatro editoras e publicadas nos últimos cinco anos, adquiridas em bancas e supermercados. Todas as dietas analisadas enunciaram a obtenção de perda de peso em pouco tempo. Quanto ao valor energético, as dietas A, D, E e F, encontram-se com média calórica inferior a 1.200 kcal/dia. Observou-se também a falta de harmonia nas refeições das dietas A, B e F. Relativamente à distribuição das refeições, as dietas C, D e E fracionam-se em 06 refeições/dia; A e F em 05 refeições/dia; e B em 04 refeições/dia. Sobre o prazo de utilização das dietas, somente B, C e D informaram o período de consumo, enquanto que A, E e F não informaram sobre a sua continuidade. Os resultados apresentados demonstram a necessidade da reeducação alimentar na prevenção dos riscos e reparação dos danos motivados pelo uso de tais dietas. Conclui-se que as dietas analisadas são inadequadas, sendo fundamental a orientação por um profissional nutricionista para auxiliar nos cuidados com a alimentação.

PALAVRAS-CHAVE: Dietas da Moda. Emagrecimento. Reeducação Alimentar.

ABSTRACT

The search for the perfect body has increased the demand for weight loss quickly. The so called “fad diets” promise low time weight loss and are related to marketing and product sells. There are many aggressions to organism, being poor in nutrients and low levels of calories. Thus, this research goal is to perform a qualitative analyze of diets published in Brazilian non-cientific magazines aiming feminine public, observing their use associated risks and provoked damages. This exploratory documentary research qualitatively analyzed six diets from magazines from four publishers and published in the past five years, acquired in newsstands and supermarkets. All analyzed diets promised a low time weight loss. About the energy value, diets A, D, E and F, show a caloric mean less then 1.200 kcal/day. A lack of harmony in daily meals of diets A, B and F, was also noted. Relatively to meals distribution, diets C, D and E have six meals/day each; A and F have five each; and B have four meals/day. About diets duration only B, C and D informed consumption time, while A, E and F didn’t informed their consumption time. Results obtained shows a need for food reeducation in order to prevent risks and heal damages provoked for these diets use. Concluding that the analyzed diets are inadequate, being fundamental a guidance led by a nutritionist professional to support alimentation care.

KEYWORDS: Fad Diets. Weight Loss. Food Reeducation.

1 - INTRODUÇÃO

No cenário da alimentação, a orientação nutricional é direcionada à conservação da saúde por intermédio da preservação de um funcionamento satisfatório do organismo e do respeito às regras alimentares que consideram o componente nutricional da dieta (MOTTA, 2010). É essencial que uma boa dieta forneça os nutrientes indispensáveis para o cuidado da saúde física e mental (FARIAS, FORTES, FAZZIO, 2014). Dessa forma, a alimentação é considerada um dos principais determinantes modificáveis, com fortes efeitos, positivos e negativos, sobre a saúde ao longo da vida (KRAEMER et al., 2014).

Na atualidade, a prevalência de sobrepeso e obesidade no Brasil é crescente. Entende-se por obesidade, o excesso de gordura corporal e sobrepeso, é definido como excesso de peso corporal. Uma pesquisa do Ministério da Saúde, Vigitel 2015, alerta que o excesso de peso já atinge 53,9% da população adulta do país. O estudo também revela que a obesidade cresceu, atingindo o percentual de 18,9% da população (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

Com o intuito de reduzir o peso e controlar a obesidade surge nos últimos anos, uma ampla oferta de dietas prometendo rápida perda de peso. A busca pelo corpo perfeito tem expandido a demanda dessas dietas milagrosas para o emagrecimento. Vale salientar que os meios de comunicação (revistas, mídia, internet, entre outros) favorecem para que noções sobre dietas alcancem as pessoas, muitas vezes sem nenhum fundamento científico (BETONI, ZANARDO, CENI, 2010).

As chamadas “dietas da moda” são aquelas que prometem perda de peso em pouco tempo, normalmente envolve propaganda de marketing e vendas de produtos. Muitas delas são agressões ao organismo, pois são pobres em nutrientes e baixíssimas em calorias (BETONI, ZANARDO, CENI, 2010), tornando-se falíveis, pois não consideram a rotina das pessoas e sequer seus hábitos alimentares (MAHAN, ESCOTT-STUMP, 2010).

Os meios de comunicação exercem forte influência no modo como os indivíduos percebem seu corpo, pois repetidamente exibem artifícios para a perda de peso mediante textos convincentes e modelos esqueléticos, motivando a insatisfação com o corpo e o comportamento alimentar restringido. Contudo, o “efeito sanfona” e a desnutrição são algumas das possíveis sequelas da troca de uma alimentação saudável pelo hábito alimentar privativo em curto período de tempo (ARAÚJO et al., 2013). Independentemente dos possíveis danos à saúde, muitas pessoas ainda buscam essas dietas por carência de informação ou por livre arbítrio, objetivando incluir-se na sociedade que realça um protótipo magro (CABRAL et al., 2010).

O interesse das mulheres em produtos e propagandas que associam o modelo do corpo ideal (corpo magro) à consideráveis fatores de caráter emocional como aceitação, sucesso, beleza, dentre outros, leva esse público a crer que possuir um corpo exageradamente magro irá garantir essas qualidades e solucionar todos os problemas. Quando ocorre o presumível insucesso, já que a imagem exigida não é apropriada para a maior parte das pessoas, provoca-se a vontade de serem magras de qualquer jeito. Assim, é possível que muitas pessoas, especialmente as mulheres, abram mão de incontáveis práticas inapropriadas para perder peso, como dietas restritivas, medicação, indução de vômitos,

ingestão de bebida alcoólica e o fumo (SOUTO, FERRO-BUCHER, 2006).

Nos dias atuais esse assunto ganha cada vez mais relevância em todo o mundo. O suporte que a indústria do lucro desempenha em relação à imagem corporal ideal, termina levando as mulheres a recaírem no engano das dietas da moda.

Dessa maneira, a melhor alternativa para perder peso sem retomá-lo e principalmente, de modo saudável e natural é através da reeducação alimentar. Hábitos alimentares saudáveis conquistados por meio da reeducação tem como base principal o equilíbrio nutricional, sem que existam deficiências alimentares ou qualquer sacrifício. Para tal, o indivíduo aprenderá a conter seus desejos e impulsos, se reeducando e aprendendo novamente, porém da maneira certa, emagrecendo e mantendo a forma com hábitos saudáveis, sem ocasionar nenhum prejuízo ao corpo (SANTOS, 2010).

Assim, o objetivo deste trabalho é realizar a análise qualitativa, das dietas publicadas em revistas brasileiras não científicas (impressas) dirigidas ao público feminino, observando os riscos associados à sua utilização e, possível solução para os danos causados.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A NUTRIÇÃO E A SAÚDE

A alimentação é uma necessidade humana indispensável, na qual a comida e o ato de se alimentar consistem em diferentes elementos com sentidos simbólicos. O fato de constituir uma necessidade básica e vital, não leva a esquecer da importância do meio, da sociedade e dos sistemas culturais, no ato alimentar (MARTINS, 2011). A ciência da nutrição salienta que todo ser humano deve ter uma alimentação saudável e balanceada em qualidade e quantidade. Hábitos alimentares indevidos, consumo energético elevado e falhas no metabolismo causam a obesidade e a deficiência de nutrientes, que acometem mais de dois bilhões de pessoas no mundo. Isto se dá, devido à comercialização gradativa de alimentos industrializados (LIBERATO, PINHEIRO-SANT'ANA, 2006).

Há anos, é investigada a associação da alimentação e da atividade física com a saúde, da qual os desfechos comprovam que a alimentação equilibrada e uma prática regular de atividade física operam profundamente na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e uma vida mais sadia, além de ajudar pessoas na busca dos seus propósitos, como por exemplo, o corpo perfeito (MARCONDELLI, COSTA, SCHMITZ, 2008).

Sabendo que o ato de comer é também uma condição de prazer, não devemos impedir as pessoas de comer aquilo que lhes agradam. Entendendo que a proibição não é a melhor alternativa, pois a pessoa se frustrará e, possivelmente abandonará a dieta, o melhor é eleger juntamente com o cliente os alimentos que mais lhe satisfazem e obter formas ou métodos de preparo que os deixem mais nutritivos e saborosos (MATURANA, 2010).

Uma alimentação de qualidade está relacionada à manutenção de uma harmonia na ingestão dos diferentes nutrientes, certificando o trabalho metabólico normal. O ato de alimentar-se bem nem sempre está relacionado à quantidade de alimentos ingeridos, cada indivíduo necessita de alimentos em qualidade e quantidade diferenciadas, de acordo com seu estado fisiológico. Essa constitui uma prática fundamental para a manutenção da saúde, de preferência quando aliada a uma prática esportiva, dispensando o uso de dietas

milagrosas, medicações ou de cirurgias plásticas para conseguir o padrão de beleza desejado (AZEREDO, 2013).

2.2 CULTO AO CORPO PERFEITO

Uma das grandes preocupações do público feminino está relacionada com a realização de dietas e consumo de produtos dietéticos, observando, com essas atitudes, a vontade de serem cada vez mais magras (SANTOS, MENEGUCI, MENDONÇA, 2008). A relevância dada à estética, beleza, corpo, aparência e imagem é notória na atualidade, quando o culto ao corpo e ao belo prevalece (BRAGA, MOLINA, CADE, 2007).

Vive-se, desde o final do século XX e o início do século XXI, um momento fortemente marcado pela veneração de um modelo de corpo e pela preocupação em se atingir tal modelo (ALMEIDA, 2009). O aumento da exigência por esse padrão de beleza é capaz de gerar no indivíduo uma correlação entre seu estado nutricional, com uma visão desajustada, e a compreensão da sua imagem corporal, com uma sensação de insatisfação (BRANCO, HILARIO, CINTRA, 2006). A concepção da magreza pode inspirar a conduta das pessoas para que realizem dietas que asseguram perda rápida de peso e sem dificuldade (WITT, SCHNEIDER, 2011).

Diversas pesquisas estão destacando proporções elevadas de comportamentos alimentares tidos como incomuns (BOSI et al., 2008) e de descontentamento com a imagem corporal em homens e mulheres, em distintas faixas etárias e classes sociais (GONÇALVES et al., 2008), o que faz ampliar expressivamente a busca por profissionais que possam contribuir na procura por um corpo ideal.

Para Kowalski e Ferreira (2007), o corpo ocidental está em absoluta mudança. Não se refere mais a aceitá-lo como é, e sim de corrigi-lo, transformá-lo e reconstituí-lo. Logo, na falta de se realizar em sua devida existência, o indivíduo contemporâneo procura realizar-se através do seu corpo, tentando mudar a sua relação com o mundo (PEREIRA, DOIMO, 2009).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, o Brasil passou a ser, logo após os EUA, o país com as mulheres que mais fazem plástica no mundo (GOLDENBERG, 2011).

Com o passar dos tempos, os paradigmas de beleza mudaram. Nos anos 80, houve um vasto crescimento do mercado relativo à manutenção do corpo. Nos dez últimos anos, ainda que tenha se determinado uma fascinação pela imagem que é alcançada pelo culto ao corpo, o mesmo passa a ter um lugar favorecido na publicidade (SOUTO, FERRO-BUCHER, 2006).

Compreende-se que uma exposição de somente 30 segundos à comerciais de alimentos pode influenciar a compra de um produto qualquer, o que indica que a função da televisão, na formação de hábitos alimentares, deve ser averiguada – assim como de outros meios de comunicação (internet, youtube, entre outros). Ao mesmo tempo em que a televisão pode propagar importantes mensagens acerca da promoção da saúde e prevenção de doenças, a exposição excessiva a ela aparenta ser um critério de aumento nos riscos à saúde. À vista disso, o profissional do ramo da saúde e nutrição não pode encontrar-se leigo ao que ocorre no mercado midiático (MATTOS et al., 2010).

A mídia representa parte significativa na formação e deformação de sistemas

alimentares e padrões de estética. Por isso, especulações sobre práticas alimentares para emagrecimento criam um padrão de corpo exemplar, que são disseminados representando o interesse de algum fragmento, como as propagandas e revistas que, indiretamente, estabelecem que a aparência física seja autora da felicidade e sucesso. Podemos dizer que são vendidos, incessantemente, produtos e serviços que cooperam tanto com a obesidade, bem como com um padrão estético impecável, constituindo uma contradição (BRAGA, MOLINA, CADE, 2007; WITT, SCHNEIDER, 2011).

2.3 RISCOS DE DIETAS DA MODA

Nos últimos anos, incontáveis dietas têm sido veiculadas nos meios de comunicação. A maioria, destinadas à perda rápida de peso, com a expectativa de controle da obesidade e manutenção do peso ideal. Alguns autores confirmam que as dietas da moda se denominam dessa maneira por ser um plano alimentar adotado temporariamente com a intenção de atingir objetivos rápidos e positivos, todavia, há a necessidade de comprovação científica de seus efeitos (MATIAS, 2014).

A demasiada demanda por dietas nos mais variados meios de comunicação acontece devido a grande ansiedade dos indivíduos em perder peso em curto prazo. Porém, o seguimento indiscriminado dessas dietas acarreta em imensuráveis malefícios ao indivíduo (BETONI, ZANARDO, CENI, 2010), pois seguir dietas rígidas, como algumas ricas em carboidratos ou em gorduras, deve ser desestimulado, uma vez que elas não são sustentáveis por muito tempo e resultam constantemente em desistência do tratamento, trazendo várias complicações desde fisiológicas como no âmbito do bem-estar mental (VIGGIANO, 2007; LIMA et al., 2010; MALACHIAS, 2010)

Reduzir de forma brusca o consumo de calorias pode gerar consequências como o agravamento de quadros de transtornos alimentares, tendo o sexo feminino como o mais vulnerável a estes problemas, pois normalmente é o mais suscetível à aceitação das pressões sociais, econômicas e culturais referentes aos padrões estéticos, representando 95% dos casos.

Os principais encontrados na literatura são a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) (KIRSTEN, FRATTON, PORTA, 2009), sendo a maior influência no surgimento destes a insatisfação com a imagem do corpo e o isolamento social. Conforme Jorge e Vitalle (2008), a origem desse tipo de transtorno é multifatorial, isto é, vários fatores associados interagem, como individuais, familiares, psicológicos, socioculturais e biológicos devendo-se perceber os riscos decorrentes da prática indiscriminada desse tipo de dieta que não contribui para as mudanças necessárias.

As alterações na dieta devem ocorrer de forma saudável e positiva através de reeducação alimentar com uma proposta nutricional adequada para que possa, dessa forma, apresentar verdadeiros resultados.

2.4 EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A educação ou aconselhamento nutricional é a metodologia pela qual os clientes são verdadeiramente auxiliados a omitir hábitos antigos e ajudados a planejar esperados comportamentos de estilo de vida e nutrição. Por conseguinte, o fruto desse processo

não é meramente o aperfeiçoamento do saber sobre nutrição, mas uma modificação de comportamento, que deve ser particular às necessidades e o contexto de cada indivíduo (WITT, SCHNEIDER, 2011).

O profissional nutricionista propicia apoio emocional, contribui com o estilo de vida e identificação de problemas nutricionais, propõe comportamentos a serem modificados e simplifica o controle e a compreensão do cliente. O nutricionista deve, primeiramente, saber ouvir e saber aceitar, estabelecendo um ambiente oportuno para a elaboração de estratégias que beneficiem o incremento de ações pelo cliente (OLIVEIRA, 2008).

É interessante atentar que o processo de aconselhamento não pretende impor ao cliente soluções para o problema, mas sim instituir uma relação de colaboração entre o cliente e o aconselhador, cumprida por via das etapas do aconselhamento (OMETTO, 2006).

3 - METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória documental com abordagem qualitativa e exploratória, pois não parte de uma hipótese estabelecida acerca da confiabilidade das dietas apresentadas nas revistas não científicas. Dessa forma, foram sistematizados os dados coletados, a fim de priorizar as informações buscadas, análise e interpretação destes para a apresentação dos resultados.

Foram avaliadas 6 revistas não científicas, pertencentes a quatro editoras diferentes, nos últimos 5 anos, entre os meses de fevereiro a maio de 2017, encontradas em pontos de venda como bancas de jornais e supermercados, utilizando como critério de inclusão as dietas que contemplaram a frequência da perda de peso, as características, o valor energético e a distribuição diária das refeições Além das características da dieta, foram levantados os alimentos mais comuns citados nas revistas e classificados através de uma tabela de registro. Baseado nesta tabela obteve-se a frequência dos principais alimentos sugeridos nos cardápios. Estes foram comparados com as orientações do Guia Alimentar para a População Brasileira de 2014. Como critério de exclusão as demais que não abordavam o tema proposto.

Feita a seleção e análise preliminar dos documentos, as informações coletadas foram organizadas e processadas com o apoio do software Excel e como cuidado ético, os nomes das revistas analisadas, bem como das editoras, não foram revelados nesta pesquisa.

4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo de caráter qualitativo analisou um total de 06 dietas de emagrecimento escolhidas nas revistas não científicas. Em cinco dietas foram avaliados três cardápios propostos em dias distintos e em uma dieta, dois cardápios (um proposto por 04 dias e o outro por 04 semanas).

As dietas escolhidas foram listadas no Quadro 1, conservando seu nome de publicação e adotando-se letras para identificá-las.

Quadro 1 – Dietas selecionadas para análise, publicadas em revistas brasileiras não científicas no período entre 2012 e 2017.

Nomenclatura alfabética	Nomenclatura publicada	Características da dieta	Média calórica
Dieta A	A sopa que seca 4 kg em 1 mês	De dia, cardápio leve. De noite, sopa de repolho! A sopa é consumida no jantar a fim de saciar a fome, combater o inchaço e acelerar a queima de gordura.	1.159 kcal
Dieta B	Barriga zero já: perca 4 kg e 14 cm de abdome em 4 dias	Programa alimentar desenvolvido em duas etapas. A primeira é um plano inicial de quatro dias para diminuir o inchaço. Depois, o esquema segue por mais quatro semanas com alimentos ricos em ácidos graxos monoinsaturados.	1.200 kcal (1ª etapa) e 1.600 kcal (2ª etapa)
Dieta C	Dieta da berinjela emagrece 2 kg a partir de hoje!	Plano alimentar com três sucos de berinjela que devem ser consumidos diariamente no lanche da manhã.	1.800 kcal
Dieta D	Dieta do chá de hibisco detona 1 kg por dia!	Chá de hibisco com canela no lanche da manhã para acelerar o metabolismo.	840 kcal
Dieta E	Dieta da pasta de banana verde: é fácil, barata e ajuda você a emagrecer 2 kg por semana!	Ingestão da polpa da banana verde p/ auxiliar na regulação do trânsito intestinal. Inclui a pasta de banana verde e o suco nutritivo de banana verde no café da manhã e ceia.	1.141 kcal
Dieta F	Perca 1 kg por semana: alimentos que limpam e desincham até o carnaval	Exclusão de alimentos que retém líquido e ingestão de alimentos alcalinos, antioxidantes, termogênicos, fibras e água.	990 kcal

Fonte: Adaptado de Matias (2014).

O Quadro 1 evidencia as nomenclaturas e o tempo de perda de peso, as características e a média do valor nutricional das dietas das revistas analisadas. Observou-se que as revistas traziam como "slogan" a obtenção de perda de peso em pouco tempo. Entretanto, nota-se que curtos períodos não são suficientes para uma perda de peso saudável, podendo acarretar riscos à saúde humana.

Araújo, Fortes e Fazzio (2013) e Klack e Carvalho (2008) executaram estudos que comprovaram a facilidade para perder peso com rapidez depois da realização de dietas pouco energéticas. Porém, a maioria dos indivíduos readquiriu o peso em prazos tão curtos como o utilizado para a perda. Isto ocorreu em razão das dietas radicais não suprirem todos os nutrientes necessários para o bom desempenho do organismo, produzindo alto estresse ao corpo por propiciarem mínima perda de tecido adiposo e máxima perda de água e eletrólitos, promovendo o ganho de peso ao retornar à dieta habitual. Em vista disso, a intervenção que supõe perda de peso em curto período de tempo é julgada imprópria e escassa, pois pode não alcançar o êxito na manutenção do peso.

Nas pesquisas feitas por Betoni, Zanardo e Ceni (2010) e Cabral et al. (2010), a respeito do seguimento de dietas por pacientes atendidos num consultório de nutrição, os resultados revelaram que em relação à eficácia desses planos dietéticos, mais de 40% consideraram os resultados ruim ou muito ruim. Os sintomas mais frequentes apresentados pelos pacientes que aderiram a alguma dieta foram: queda de cabelo, cefaleia, vertigens, mudanças de humor, fraqueza, além de unhas enfraquecidas, anemia e em eventuais casos, desmaio.

As dietas A, D, E e F aqui analisadas encontram-se com média calórica abaixo de 1.200 kcal/dia. Reforçando os resultados encontrados, outros estudos feitos com a finalidade de examinar o conteúdo nutricional de dietas difundidas em sites e revistas também mencionaram a baixa oferta de calorias nos aludidos planos alimentares observados (MATIAS, DIAS, 2006; LIMA et al., 2010).

Um estudo que demonstrou resultados similares foi o de Perinazzo e Almeida (2010). Cerca de 97,7% dos 86 cardápios analisados contiveram deficiência no aporte calórico. Por outro lado, o estudo de Pacheco, Oliveira e Stracieri (2009) ao efetuar uma análise quantitativa de 30 dietas propagadas na internet, constataram que 46,70% das dietas possuíam valores calóricos inferiores a 1.200 kcal/dia e 53,30%, iguais ou superiores.

Lima, Rodrigues e Fisberg (2006) relatam que dietas restritivas com valor calórico menor que 1.200 kcal, não atendem à necessidade metabólica basal e não suprem as necessidades mínimas de micronutrientes. Além do mais, o seguimento de dietas com baixo aporte calórico pode originar o aumento de corpos cetônicos na urina e elevar as taxas de colesterol, tendo potencial para provocar cálculo biliar e doenças cardiovasculares em consequência da acentuada mobilização de gorduras. Outros sinais peculiares que atribuem às dietas hipocalóricas são a diminuição da pressão arterial sistêmica e de frequência e débito cardíaco (BETONI, ZANARDO, CENI, 2010).

Quadro 2 – Principais inconformidades presentes nos cardápios das dietas analisadas.

Nomenclatura alfabética	Principais inconformidades
Dieta A	Falta de harmonia nos cardápios do café da manhã e almoço; falta de feijão e arroz e outras leguminosas; opções de substituição não contêm alimentos do mesmo grupo alimentar; uso de caldo de galinha industrializado; não informou sobre o prazo de utilização da dieta.

Dieta B	Falta de harmonia; falta de feijão e arroz e outras leguminosas*
Dieta C	Não apresentou inconformidades relevantes**
Dieta D	Não apresentou inconformidades relevantes***
Dieta E	Não informou sobre o prazo de utilização da dieta.
Dieta F	Falta de harmonia especialmente nos cardápios do café da manhã; não informou sobre o prazo de utilização da dieta****

Fonte: Elaboração própria (2017).

Sobre o prazo de utilização das dietas:

* B – Pode ser adotada no dia a dia, mesmo depois da perda de peso desejada;

** C – Pode ser seguida por duas semanas e aconselha o reaproveitamento da berinjela do suco para outras preparações culinárias;

*** D – Pode ser seguida apenas uma vez ao mês;

****F – Ressalta a individualidade e a importância de consultar um profissional nutricionista, no entanto não divulga das informações de maneira correta, pois as letras são extremamente pequenas, dificultando a leitura de pessoas desatentas ou com problemas visuais.

No Quadro 2, foram encontrados alguns pontos com inconformidades em comum. Um deles foi a falta de harmonia nas refeições verificada nas dietas A, B e F. Outra característica é a falta de feijão e arroz e outras leguminosas nas dietas A e B.

De acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), a harmonia se refere à garantia em quantidade e qualidade dos alimentos consumidos para a conquista de uma nutrição adequada. Entre os muitos nutrientes, acontecem interações que podem ser benéficas ou prejudiciais ao estado nutricional, o que requer necessidade de harmonia e equilíbrio entre os alimentos consumidos. O Guia também afirma que a maioria da proteína da alimentação singular brasileira é originalmente oferecida pela combinação de feijão e arroz. As proteínas dos feijões conciliadas com as do arroz são uma plena fonte de proteínas para os seres humanos.

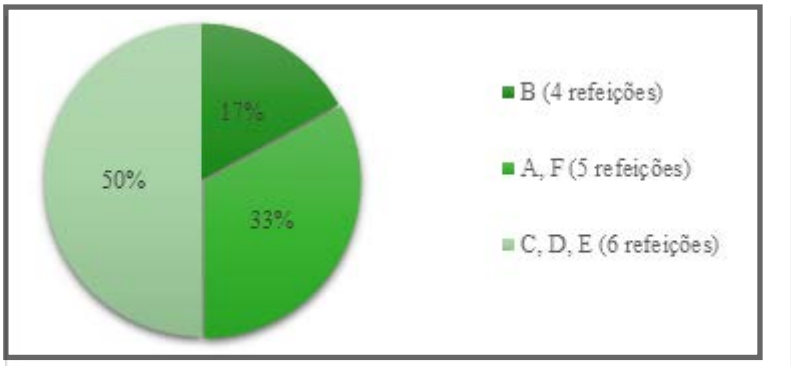
Pôde-se observar na dieta A, que os cardápios são bastante confusos, desfavorecendo a harmonia das refeições. Nas opções do café da manhã, há utilização de alimentos que não combinam entre si, prejudicando as características organolépticas da refeição. Como exemplo, têm-se a opção que consiste em 1 iogurte light, 1 xícara de café e 1 banana nanica. Assim como no almoço, encontra-se sugestão de 1 espeto misto, contendo linguiça, que é um alimento ultraprocessado. Esta dieta também não inclui alimentos do mesmo grupo alimentar em suas opções de substituição, propondo barra de cereais light como substituto às frutas. Além disso, utiliza nos ingredientes da sopa de repolho, caldo de galinha industrializado, levando ao aumento do aporte de sódio diário.

Na dieta F, observou-se que especialmente os desjejuns dos cardápios são desconexos e, assim como na dieta A, prejudicam o aspecto nutritivo e organoléptico das refeições. Um exemplo é a ingestão de 200 ml de suco de laranja-lima com cenoura e morango + 3 fatias de queijo branco grelhado + 100 ml de água com ½ limão espremido.

Narcizo (2010) relata que o porcionamento de alimentos com características nutricionais semelhantes é importante para a adequação, em termos de ingestão de nutrientes para o paciente. Teixeira et al. (2016) e Sarno et al. (2009) afirmam que a ingestão

de quantidades de sódio acima dos valores recomendados está diretamente relacionada ao aumento dos níveis pressóricos e a prevalência de patologias como o AVC (Acidente Vascular Cerebral) e doenças coronarianas, além do surgimento de câncer gástrico e osteoporose. Borjes, Cavalli e Proença (2010) reconhecem que o aspecto organoléptico das refeições consiste na união de características que são percebidas pelos cinco sentidos ao saborear um alimento, compreendendo: consistência, aroma, sabor, cor e aspecto. A percepção sensorial relaciona-se a fatores psicológicos e fisiológicos, resultando na avaliação do alimento.

Gráfico 1 – Distribuição diária das refeições nas dietas analisadas.



Fonte: Elaboração própria (2017).

De acordo com o Gráfico 1, verifica-se que no tocante ao percentual de distribuição das refeições das dietas analisadas, 50% (3 dietas) em um total de 06 planos alimentares, mostraram ser fracionadas por 06 refeições/dia, 33% (2 dietas) são fracionadas em 05 refeições/dia, e outros 17% (1 dieta) apresenta fracionamento de 04 refeições/dia.

Considerando todos os problemas motivados pelo uso de tais dietas, a possível solução para os danos causados está na reeducação alimentar, que avança para a educação permanente. A procura por orientação alimentar tem aumentado notadamente, já que é provado que uma boa alimentação pode prevenir várias doenças, além de trazer incontáveis melhorias a nossa saúde e uma excelente qualidade de vida. A educação nutricional fomenta o desenvolvimento da capacidade de entender práticas e comportamentos. Os conhecimentos ou as habilidades resultantes desse processo colaboram para a incorporação do indivíduo com o meio social (RODRIGUES, BOOG, 2006). Uma alimentação disciplinada com alimentos naturais, desfavorecidos em gorduras saturadas e açúcares brancos, contribui para que a maior parte das pessoas consegam perder peso com simplicidade e segurança, adquirindo padrões saudáveis de alimentação para toda a vida. Em determinados casos é crucial algum tempo para que a pessoa se adapte às modificações, todavia os efeitos em termos de saúde, o aumento do vigor e a perda de peso constituem um potente estímulo para insistir (SANTOS, 2010).

Sendo assim, a educação alimentar e nutricional é uma das melhores escolhas atuais para promover a saúde, que conduz a população a meditar acerca do seu comportamento alimentar a começar pela conscientização sobre a dimensão da alimentação para a saúde, viabilizando a transformação e a recuperação dos hábitos alimentares tradicionais (RODRIGUES, RONCADA, 2008), utilizando o Guia alimentar da população Brasileira

2014 que orienta a promoção dos bons hábitos alimentares, trazendo informações precisas de como preparar as refeições, e indicação de bases alimentares, incentivando a ingestão de alimentos frescos como frutas, carnes e legumes.

Realizar as dietas analisadas é inapropriado, pois não obedecem aos princípios do atendimento nutricional – que recomendam a individualidade na elaboração dos planos alimentares, em que as especificidades individuais da população, sobretudo hábitos culturais, condições socioeconômicas e necessidades nutricionais, precisam ser respeitadas, afim de que a prescrição dietética seja apropriada –, representando riscos que podem implicar no estado nutricional das pessoas que se dispõem a segui-las.

5 - CONCLUSÃO

As dietas da moda com o objetivo de perder peso pode proporcionar resultados a curto prazo, o que é apontado como vantagem pelas pessoas que decidem utilizá-las. O grande inconveniente é o efeito sanfona causado, dado que estas não são equilibradas nutricionalmente o que ocasiona uma ruptura no equilíbrio e harmonia que é primordial em um plano alimentar adequado, podendo, desse modo, prejudicar várias funções fisiológicas no organismo, além do bem-estar emocional do indivíduo. Dessa forma, o ideal buscar o profissional nutricionista, pois este está apto a elaborar um planejamento alimentar para suprir a necessidade de nutricionais de forma individualizada e segura através de ferramentas como a educação alimentar e nutricional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Talita Leão de. **Uma beleza que vem da tristeza de se saber mulher**: representações sociais do corpo feminino. 2009. 183 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2009. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/4697/1/2009_TalitaLeaodeAlmeida.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2017.

ARAÚJO, Larissa Medeiros Peixoto de; FORTES, Renata Costa; FAZZIO, Débora Mesquita Guimarães. Análise do uso de dietas da moda por indivíduos com excesso de peso. **J Health Sci Inst**, Brasília, v. 31, n. 4, p. 388-391, out/dez 2013. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/04_out-dez/V31_n4_2013_p388-391.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2016.

AZEREDO, Karine Barros de Andrade de. **Bulimia e Anorexia**: fundamentos bioquímicos e consequências no desenvolvimento de adolescentes. 2013. 74 f. Monografia (Especialização) - Curso de Ciências da Natureza Licenciatura em Biologia, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense, Campos dos Goytacazes, 2013. Disponível em: <http://bd.centro.iff.edu.br/bitstream/123456789/957/1/BULIMIA E ANOREXIA.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2017.

BETONI, Fernanda; ZANARDO, Vivian Polachini Skzypek; CENI, Giovana Cristina. Avaliação de utilização de dietas da moda por pacientes de um ambulatório de especialidades em nutrição e suas implicações no metabolismo. **Consciência e Saúde**, Erechim, RS, v. 9, n. 3, p. 430-440, 17 jun. 2010. Disponível em: <http://www.nutricaoemfoco.com.br/NetManager/documentos/2322-11954-1-pb.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2016.

BORGES, Nádia Juliana Beraldo Goulart et al. Transtornos Alimentares - quadro clínico. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-348, 30 set. 2006. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/389/390>. Acesso em: 13 abr. 2017.

BORJES, Lúcia Chaise; CAVALLI, Suzi Barletto; PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa. Proposta de classificação de vegetais considerando características nutricionais, sensoriais e de técnicas de preparação. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 4, p.645-654, ago. 2010. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732010000400014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n4/v23n4a14.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2017.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães et al. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 28-33, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100006>. Acesso em: 20 set. 2016.

BRAGA, Patrícia Déa; MOLINA, Maria del Carmen Bisi; CADE, Nágela Valadão. Expectativas de adolescentes em relação a mudanças do perfil nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1221-1228, out. 2007. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500019>. Acesso em: 19 set. 2016.

BRANCO, Lucia Maria; HILÁRIO, Maria Odete Esteves; CINTRA, Isa de Pádua. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Rev. Psiq. Clín**., São Paulo, v. 33, n. 6, p. 292-296, 2006. Trimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n6/01.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 158 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf >. Acesso em: 23 abr. 2017.

_____. Portal. **Obesidade atinge mais da metade da população brasileira**, aponta estudo. Brasília: [s.n.], 2013. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/08/obesidade-atinge-mais-da-metade-da-populacao-brasileira-aponta-estudo>. Acesso em: 22 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar**: vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 170 p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2017.

CABRAL, Anna Beatriz Guedes et al. **Dietas da Moda**: qual o mal que podem causar a saúde humana. 2010. 25 f. TCC (Graduação) – Curso de Nutrição, ICB – Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010. Disponível em: <www.ufjf.br/renato_nunes/files/2010/08/Dietas-da-Moda.doc>. Acesso em: 18 mar. 2016.

FARIAS, Samara Jasieli Salvino Silva; FORTES, Renata Costa; FAZZIO, Débora Mesquita Guimarães. Análise da composição nutricional de dietas da moda divulgadas por revistas não científicas. **Nutrire**, [s.l.], v. 39, n. 2, p. 196-202, ago. 2014. Springer Nature. http://dx.doi.org/10.4322/nutrire.2014.018. Disponível em: <http://sban.cloudpainel.com.br/files/revistas_publicacoes/424.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2017.

GOLDENBERG, Mirian. Gênero, "o Corpo" e "Imitação Prestigiosa" na Cultura Brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 543-553, 2011. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/sausoc/article/viewFile/29740/31618>. Acesso em: 09 abr. 2017.

GONÇALVES, Tatiane Dutra et al. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. **J Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 57, n. 3, p. 166-170, 2008. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/35563623/Comportamento-anorexico-e-percepcao-corporal-em-universitarios>. Acesso em: 20 set. 2016.

JORGE, Stella Ricci Ferreira; VITALLE, Maria Sylvia de Souza. Entendendo a anorexia nervosa: foco no cuidado à saúde do adolescente. **Arq Sanny Pesq Saúde**, [São Paulo], v. 1, n. 1, p. 57-71, 2008. Disponível em: <http://www.cepsanny.com.br/pdf/v1n1a8.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2017.

KIRSTEN, Vanessa Ramos; FRATTON, Fernanda; PORTA, Nádia Behr Dalla. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. **Rev. Nutr**., Campinas, v. 22, n. 2, p. 219-227, mar./abr., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v22n2/v22n2a04.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2017.

KLACK, Karin; CARVALHO, Jozélio Freire de. A importância da intervenção nutricional na redução do peso corpóreo em pacientes com síndrome do anticorpo anti-fosfolípide. R**evista Brasileira de Reumatologia,** São Paulo, v. 48, n. 3, p. 134-140, jun. 2008. Elsevier BV. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n3/a02v48n3.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2017.

KOWALSKI, Marizabel; FERREIRA, Maria Beatriz Rocha. Estética, Corpo e Cultura. **Revista Conexões**, Campinas, v.5, n.2, p. 90-113, 2007.

KRAEMER, Fabiana Bom et al. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1337-1360, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01337.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2017.

LIBERATO, Selma Coelho; PINHEIRO-SANT'ANA, Helena Maria. Fortificação de alimentos industrializados com vitaminas. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 215-231, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n2/a09v19n2>. Acesso em: 21 set. 2016.

LIMA, Adriana Martins de; RODRIGUES, Alexandra Magna; FISBERG, Mauro. Elaboração de Cardápios de Baixo Valor Calórico: Uma Abordagem Prática. **Revista Nutrição em Pauta**, São Paulo, n. 81, p. 45-49, nov./dez. 2006. Disponível em: <http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=540>. Acesso em: 23 abr. 2017.

LIMA, Karla Vanessa Gomes de et al.. Valor nutricional de dietas veiculadas em revistas não científicas. **RBPS**, Fortaleza, v. 23, n. 4, p. 349-357, out./dez. 2010. Disponível em:< http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/2037/2331>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MAHAN, Kathleen L.; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Krause**: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Health Sciences, 2010. 1358 p.

MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar. Medidas dietéticas: o que é efetivo?. **Rev. Bras. Hipertens**. Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 98-102, 2010. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-2/09-medidas.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2017.

MARCONDELLI, Priscilla; COSTA, Teresa Helena Macedo da; SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 1, p. 39-47, jan./fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n1/a05v21n1>. Acesso em: 22 set. 2016.

MARTINS, Maria do Céu Antunes. A alimentação humana e a Enfermagem: em busca de uma dietética compreensiva. **Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 3, n. 4, p. 143-149, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn4/serIIIn4a15.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2017.

MATIAS, D; DIAS, I. Popular Diets: Caracterização Nutricional. **Revista da SPCNA**, [s.l.], v. 12, n. 2, p. 58-68, 2006. Disponível em: <www.spcna.pt/download.php?path=pdfs&filename=SPCNA...RAH_2006...>. Acesso em: 23 abr. 2017.

MATIAS, Mayara Oliveira. **Dietas da moda**: Os riscos nutricionais que podem comprometer a homeostase. 2014. 96 f. TCC (Graduação) – Curso de Nutrição, Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2014. Disponível em: <http://www.ucv.edu.br/fotos/files/TCC_MAYARA_NUTRICAO.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2016.

MATTOS, Marilia Costa et al. Influência de propagandas de alimentos nas escolhas alimentares de crianças e adolescentes. **Psicologia**: Teoria e Prática, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 34-51, mar. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v12n3/v12n3a04.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2017.

MATURANA, Vivilaine. Reflexões acerca da relação entre a alimentação e o homem. **IGT**, [s.l.], v. 7, n. 12, p. 176-219, 2010. Disponível em: <https://www.igt.psc.br/ojs/include/getdoc.php?id=1573&article=292&mode;...>. Acesso em: 09 abr. 2017.

MOTTA, G. A história, a comida, a saúde. Uma ligação cada vez mais estreita entre alimentos e medicina. **Med. Segur. Trab.**, v. 56, n. 218, p. 93-99, mar. 2010.

NARCIZO, Lidiani Bartolomeu. **Avaliação da lista de substituição de alimentos utilizada por um Programa de Extensão em Nutrição Clínica de uma instituição de Santa Catarina**: estudo piloto. 2010. 101 f. TCC (Graduação) - Curso de Nutrição, Universidade do Extremo Sul Catarinense - Unesc, Criciúma, 2010. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/136/1/Lidiani Bartolomeu Narcizo.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2017.

OLIVEIRA, Tatiana Resende Prado Rangel de. **Abordagem da obesidade em adolescentes atendidos em serviço público de saúde**: conceitos, dificuldades e expectativas dos pacientes e seus familiares. 2008. 159 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências da Saúde, Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-7SAJTM/tatiana_resende_prado_rangel_de_oliveira.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 abr. 2017.

OMETTO, Simone. **A educação nutricional e sua prática em grupo**: um estudo de caso. 2006. 113 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciência, Ciência e Tecnologia de Alimentos, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2006. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/11/11141/tde-30082006.../SimoneOmetto.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

PACHECO, Cristina Queiroz; OLIVEIRA, Maria Aparecida Magalhães de; STRACIERI, Adriana Pereira Medina. Análise nutricional de dietas publicadas em revistas não científicas destinadas ao público feminino. **Nutrir Gerais: Revista Digital de Nutrição**, Ipatinga, v. 3, n. 4, p. 346-361, fev./jul. 2009. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/4_edicao/Artigo_ANALISE_NUTRICIONAL_DE_DIETAS.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2016.

ERINAZZO, Camile; ALMEIDA, Jussara Carnevale de. Composição Nutricional de dietas para emagrecimento divulgadas em revistas não científicas. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 233-240, 2010. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/15486/9827>. Acesso em: 23 abr. 2017.

RODRIGUES, Érika Marafon; BOOG, Maria Cristina Faber. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 923-931, maio 2006. FapUNIFESP (SciELO).. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500005>. Acesso em: 10 out. 2016.

RODRIGUES, Lívia Penna Firme; RONCADA, Maria José. Educação nutricional no Brasil: evolução e descrição de proposta metodológica para escolas. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 19, n. 4, p. 315-322, 2008. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19_4art04educacaonutricional.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2017.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. Da dieta à reeducação alimentar: algumas notas sobre o comer contemporâneo a partir dos programas de emagrecimento na Internet. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 459-474, 2010. FapUNIFESP (ScieLO). http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312010000200007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a07v20n2.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2016.

SANTOS, Marcelo dos; MENEGUCI, Loredane; MENDONÇA, Andreína Alzira Fontes de. Padrão Alimentar Anormal em Estudantes Universitárias das Áreas de Nutrição, Enfermagem e Ciências Biológicas. **Ciência Et Praxis**, [Minas Gerais], v. 1, n. 1, p. 20-23, 2008. Disponível em:<http://www.fespmg.edu.br/books/Revista-Ciencia-Et-Praxis/Volume-01-N-01-Janeiro-Dezembro-2008/files/assets/basic-html/page20.html>. Acesso em: 11 abr. 2017.

SARNO, Flávio et al. Consumo de sódio e síndrome metabólica: uma revisão sistemática. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 608-616, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n5/13.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2017.

SOUTO, Silvana; FERRO-BUCHER, Júlia Sursis Nobre. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 6, p. 693-704, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n6/05.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2016.

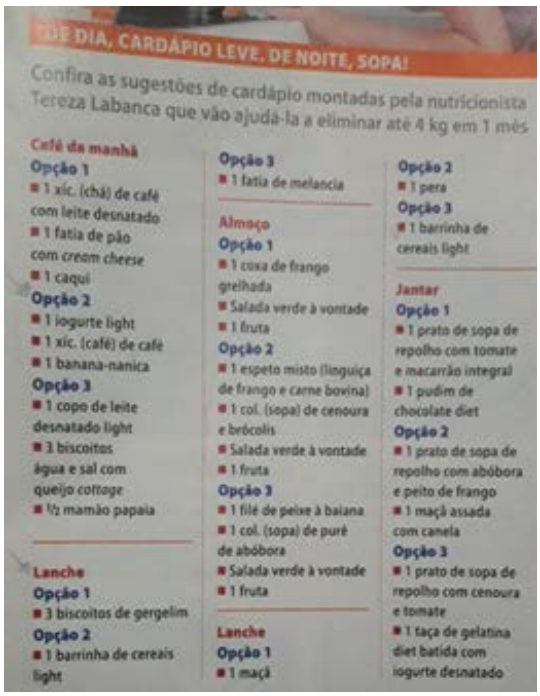
TEIXEIRA, Juliana de Fátima et al. Conhecimento e Atitudes sobre Alimentos Ricos em Sódio por Pacientes Hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Porto Alegre, p. 1-7, 2016. GN1 Genesis Network. http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160049. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt_0066-782X-abc-20160049.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2017.

VIGGIANO, Celeste Elvira. Dietas da Moda. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 5, n. 12, p. 55-56, abr./jun. 2007. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/406/215>. Acesso em: 13 set. 2016.

WITT, Juliana da Silveira Gonçalves Zanin; SCHNEIDER, Aline Petter. Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3909-3916, set. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2016.

ANEXOS: DIETAS ANALIZADAS

Sopa seca 4kg em 1 mês (Dieta A)



Barriga Zero (Dieta B)

Dieta da berinjela (Dieta C)

Dieta do chá de hibisco (Dieta D)

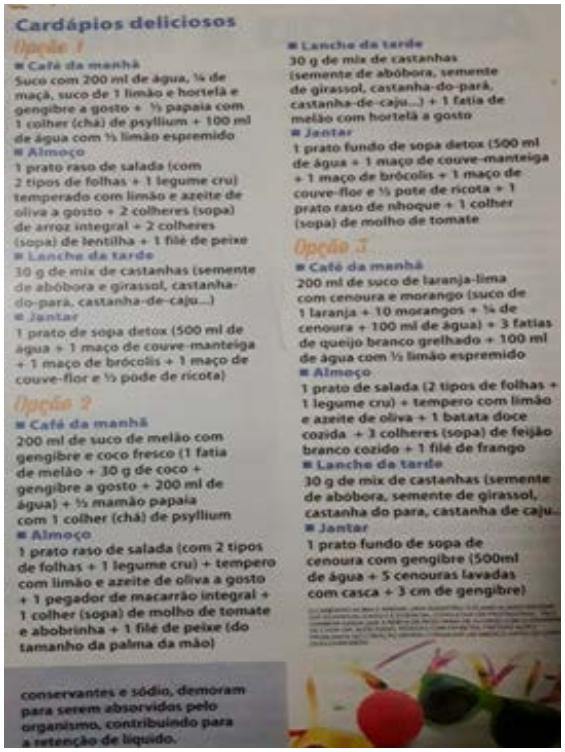
Dieta da Pasta de banana (Dieta D)

Como funciona?

CARDÁPIO PARA TRÊS DIAS

Receitas

Dieta desincha até o carnaval (Dieta E)



Cardápios deliciosos

CAPÍTULO 6

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DIANTE DE CRIANÇAS COM CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS.

NURSING ASSISTANCE FOR CHILDREN WITH CANCER IN PALLIATIVE CARE.

Luana RichellyVitaliano da Silva[1]
Rafaela Costa de Medeiros Moura[2]
Calebe de Medeiros Costa[3]
Thaynã Fonseca Pereira[4]

1 Acadêmica do Curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário FACEX – UNIFACEX - luanarichelly@yahoo.com.br
2 Enfermeira Mestre em Enfermagem – UFRN. Educadora de Semiologia e Semiotécnica I e II da Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Facex – UNIFACEX - rafaelamedeiros@facex.edu.br
3 Acadêmico do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Facex – UNIFACEX, integrante do grupo de pesquisa em enfermagem intitulado enfermagem nas ações promocionais à saúde: uma abordagem interdisciplinar. calebe_medeiros@hotmail.com
4 Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Facex – UNIFACEX, integrante do grupo de pesquisa em enfermagem intitulado enfermagem nas ações promocionais à saúde: uma abordagem interdisciplinar. thaynanfonsekp@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar a assistência de enfermagem diante de crianças com câncer em cuidados paliativos. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre os meses de agosto a outubro de 2017, nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). Como critérios de inclusão: artigos em português, gratuitos, e dos últimos seis anos (2012 a 2017), e como critérios de exclusão os artigos em inglês e espanhol e que não correspondessem à questão de pesquisa. **Análise e Discussão dos Resultados:** na assistência de enfermagem é importante que exista a comunicação como intercâmbio entre criança e enfermeiro, bem como a presença da família diante dos cuidados paliativos. O despreparo profissional ainda é evidenciado na prestação dos cuidados paliativos, tanto nos cursos de graduação como na prática assistencial. **Conclusão:** O enfermeiro é o profissional que estará atuando diretamente ao lado das crianças e seus familiares trazendo conforto e apoio no momento de finitude. Porém, é necessário a capacitação destes profissionais para assistir de maneira qualificada esses pacientes.

PALAVRA-CHAVE: Cuidados Paliativos. Enfermagem Oncológica.Criança

ABSTRACT

Objective: To identify nursing care for children with cancer in palliative care. **Methodology:** This is an integrative review of the literature, carried out in the Virtual Health Library (VHL), between August and October 2017, in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) databases. Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and International Literature in Health Sciences (MEDLINE). As criteria for inclusion: articles in Portuguese, free of charge, and of the last six years (2012 to 2017), and as exclusion criteria articles in English and Spanish that did not correspond to the research question. **Analysis and Discussion of Results:** in nursing care it is important that there is communication as an exchange between child and nurse, as well as the presence of the family in the face of palliative care. Professional unpreparedness is still evident in the provision of palliative care, both in undergraduate courses and in care practice. **Conclusion:** The nurse is the professional who will be acting directly alongside the children and their families bringing comfort and support in the moment of finitude. However, it is necessary to train these professionals to assist these patients in a qualified manner.

KEYWORDS: Palliative Care. Oncology Nursing. child

1 - INTRODUÇÃO

O câncer infantil é um conjunto de doenças que tem como semelhança a multiplicação desordenada de células que se apresentam anormais e que podem aparecer em qualquer parte do corpo. Um dos cânceres que mais ocorrem na fase da infância são as leucemias que afetam os glóbulos brancos, além dos que afetam o sistema nervoso central, bem como os linfomas, neuroblastomas, tumor de Wilms, retinoblastoma, tumor germinativo, osteossarcoma e sarcoma (INCA, 2016).

Com relação às estimativas desta doença em crianças, é esperado o surgimento de aproximadamente 12.600 casos novos de câncer no Brasil. No que diz respeito às regiões com maiores índices de casos novos, está o Sudeste com 6.050 casos e o Nordeste com 2.750. Em seguida, são destacadas as regiões Sul (1.320); Centro-Oeste (1.270) e Norte (1.210) (INCA, 2016).

Diante deste quadro, o câncer pediátrico é uma doença ainda classificada como rara e que, quando diagnosticada no início, apresenta chances de cura em até 70% dos casos. Porém, quando as opções disponíveis de tratamento como a cirurgia, radioterapia, quimioterapia e o transplante não surtem o efeito curativo esperado, são iniciados os cuidados paliativos pediátricos (GUIMARÃES et al., 2016).

Estes cuidados paliativos pediátricos são medidas de conforto que apresentam como objetivo proporcionar uma boa qualidade de vida à criança no momento de finitude, bem como o alívio da dor, uma vez que eles promovem o conforto da criança e da família, apoiando espiritualmente e suprindo as necessidades psicossociais no decorrer do processo do luto (GUIMARÃES et al., 2016).

Dentro desta perspectiva, o avançar do adoecer da criança é vivido fortemente pelos familiares que acompanham o processo da morte e vivenciam sentimentos de desesperança, medo, negatividade e não aceitação. Assim, os familiares enfrentam inúmeras mudanças ao descobrir o diagnóstico do câncer, passando por alterações físicas, psicológicas e financeiras. Além disso, desestabiliza o familiar no seu cotidiano social e familiar devido à interligação do cansaço do familiar cuidador (SANCHES; NASCIMENTO; LIMA, 2014).

Diante disso, o enfermeiro tem o papel de atuar desde o descobrimento da doença pela família e pela criança, levando em consideração a idade e a capacidade de entendimento da criança acerca do que foi dito no momento da notícia, até a hora de confortar a família no luto. Assim, o enfermeiro deve realizar um cuidado baseado nas particularidades da criança mesmo sabendo que apesar de fora de possibilidade de cura, é fundamental proporcionar cuidados paliativos à criança, por meio do cuidado durante a vivência do processo de morte que engloba desde aspectos emocionais, culturais e religiosos (GUIMARÃES et al., 2016; MONTEIRO et al., 2014).

A motivação para escolha desta temática surgiu a partir da pesquisa e leitura de artigos sobre a assistência de enfermagem a crianças com câncer em cuidados paliativos. Na pesquisa, foi possível perceber o despreparo, emocional e assistencial dos profissionais, enfermeiros, diante dos cuidados paliativos pediátricos.

Frente ao exposto, questiona-se: Como ocorre a assistência de enfermagem dian-

te de crianças com câncer em cuidados paliativos? Diante desta problemática, o objetivo deste estudo é identificar a assistência de enfermagem diante de crianças com câncer em cuidados paliativos.

2 - METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de construir e desenvolver uma análise de literatura sobre o objeto a assistência de enfermagem diante de crianças com câncer em cuidados paliativos, contribuindo para questionamentos a respeito dos métodos e dos resultados presentes nas pesquisas realizadas, além de despertar interesses em refletir sobre a construção de futuros estudos. O principal propósito deste tipo de método de pesquisa é almejar o aprofundamento de um fenômeno, baseado em estudos já realizados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A busca por artigos ocorreu entre os meses de agosto a outubro de 2017, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente nas bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE).

Foram utilizados como descritores: “Cuidados paliativos” AND “Enfermagem oncológica” AND “Criança”. Como critérios de inclusão, foram pesquisados artigos em português, gratuitos, na íntegra e dos últimos seis anos (2012 a 2017), e como critérios de exclusão os artigos em inglês e espanhol e que não correspondessem à questão de pesquisa. No total, foram detectados 79 artigos que, após os critérios de inclusão e exclusão, houve o refinamento e seleção de 12 artigos.

Para análise crítica dos artigos, realizou-se leitura completa com as respectivas sínteses. Os dados utilizados neste estudo, foram devidamente referenciados, respeitando e identificando seus autores e demais fontes de pesquisa, observando rigor ético quanto à propriedade intelectual dos textos científicos que foram pesquisados, no que diz respeito ao uso de conteúdo e de citação das partes das obras consultadas.

3 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após leitura dos artigos selecionados, foi elaborado o quadro abaixo, com informações quanto ao periódico, ano de publicação, título, tipo/abordagem do estudo e principais conclusões.

Quadro 1 – Síntese das principais informações dos artigos quanto ao periódico, ano de publicação, título, tipo/abordagem do estudo e principais conclusões. Natal, 2017.

Periódico	Ano de publicação	Título	Tipo/abordagem do estudo	Principais conclusões
Rev. Latino-Am. Enfermagem	2013	Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: enfoque na teoria humanística de enfermagem	Pesquisa de campo com abordagem qualitativa	A teoria humanística direciona os cuidados paliativos na pediatria oncológica
Rev. Enferm. UERJ	2014	A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos	Estudo qualitativo realizado através de entrevistas semiestruturadas	Os enfermeiros buscam cuidar das crianças em cuidados paliativos por meio de um olhar holístico e respeitando pacientes e familiares
Rev. Cuid.	2015	Representação social dos enfermeiros sobre cuidados paliativos	Estudo realizado por meio da coleta de dados por evocação livre	O grupo de enfermeiros participantes da pesquisa ainda possuem olhar de teor negativo com relação aos cuidados paliativos e sua representação social
Rev. Gaúcha Enferm.	2015	Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: Percepções, saberes e práticas na Perspectiva da equipe multiprofissional	Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva	A equipe de enfermagem sofre juntamente com os familiares e insere os mesmos no projeto terapêutico como protagonista do cuidado à criança em cuidados paliativos

Aquichán	2014	Relações estabelecidas pelos profissionais de enfermagem no cuidado às crianças com doença oncológica avançada	Estudo descritivo de abordagem qualitativa	Ao ser analisado o conteúdo das entrevistas, baseado nas relações com a criança, equipe e familiares, foi refletido as dificuldades do cuidar de crianças diante do câncer
Rev.Bras. Enferm.	2014	Crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos: experiência de familiares	Pesquisa descritiva e exploratória, com análise qualitativa dos dados	O estudo foi satisfatório com relação à assistência à criança e adolescente na finitude, pois a vivência dos familiares contribui no processo do cuidar
Rev. Enferm. UERJ	2013	Cuidados Paliativos à criança com câncer	Pesquisa de campo com abordagem qualitativa	Os cuidados paliativos auxiliam na comunicação entre ambos e no vínculo enfermeiro-criança
Esc Anna Nery	2012	O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual	Entrevista fenomenológica	Observou-se após a análise compreensiva das categorias conforto e minimização da dor, deve-se direcionar apoio aos familiares com olhar humanescente

Rev. Gaucha Enferm.	2017	Cuidado Paliativo na oncologia pediátrica na formação do enfermeiro	Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa	O despreparo dos acadêmicos de enfermagem durante a graduação com relação aos cuidados paliativos
Rev. Eletr. Enf.	2014	Indícios da integralidade do cuidado na prática da equipe de enfermagem na atenção paliativa oncológica	Estudo descritivo, qualitativo	A comunicação é tida como um meio para a formação da rede entre a equipe multidisciplinar visando para atender holisticamente paciente e familiares nas suas singularidades
Esc Anna Nery	2016	Cuidados Paliativos em Oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem	Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa	Os acadêmicos de enfermagem observam a necessidade de durante a graduação o tema cuidados paliativos ser mais abordado

FONTE: própria do pesquisador.

Por meio dos trabalhos pesquisados, foi possível perceber que o ano de 2014 foi o que mais apresentou publicações de artigos sobre a assistência de enfermagem a crianças com câncer em cuidados paliativos. Com relação ao periódico que mais publicou sobre a referida temática, destacaram-se a Revista de Enfermagem da UERJ e a Revista Gaúcha de Enfermagem.

Assim, após a leitura e análise dos artigos, foi possível inferir que os cuidados na finitude ultrapassam a forma de assistência tradicional, pois neste cuidar são utilizados métodos holísticos, multidisciplinares e, de preferência, sem a utilização de procedimentos técnicos e invasivos para adiantar ou cancelar a morte.

Assim, Britto et al. (2015) inferem que o significado de morte que ainda impera tanto no meio acadêmico como profissional tem relação de insucesso dos cuidados que foram ofertados ao paciente pela equipe de saúde pois, ainda persiste o paradigma de que se é aprendido nos espaços acadêmicos a prestar cuidados à vida e não na morte.

Durante o processo de aprendizagem na graduação, ainda são muito escassos os conhecimento e abordagens literárias sobre o processo de morte. Isso faz com que haja

um despreparo do profissional enfermeiro no cuidar de crianças com câncer na finitude da vida. Este assunto é, até, caracterizado como ausente durante o período da faculdade. Por isso, muitos profissionais queixam com relação a três pontos: Falta de informação, abordagem superficial e insegurança para realizar os procedimentos quando forem profissionais atuantes (GUIMARÂES et al., 2017).

Ainda com relação à vivência do processo de morte e, principalmente, sobre a comunicação do diagnóstico de câncer no fim da vida, infere-se que esta missão não é nada fácil, por isso, cabe ao enfermeiro saber como e a quem dar essas informações. Assim, Carmo e Oliveira (2015) inferem que a conversa informal e o olhar são de fundamental importância na comunicação com a criança em cuidados paliativos e seus familiares.

Além do despreparo em lidar com a morte, Reis et al., (2014) trazem em sua pesquisa que o profissional de enfermagem ainda apresenta dificuldade em lidar com a assistência oncológica infantil, principalmente por ser esta uma das doenças que mais ocasionam dor, impotência, receio, aflição e tensão, não somente no paciente como também na família e nos profissionais que têm contato com as crianças.

Estes profissionais, por ofertar uma assistência diária, acabam por meio da utilização de tecnologias leves, construindo um vínculo maior com a criança acometida pelo câncer, gerando também no profissional sentimento de pesar, dor, sofrimento e tormento. Além deste sofrimento profissional, os familiares da criança também sofrem com a doença, isto faz com que eles necessitem, também, de cuidados físicos, mentais e sociais por parte da enfermagem (REIS et al., 2014).

No que aborda em seu estudo, Carmo e Oliveira, (2015) expõem que estes profissionais de enfermagem além de promover o conforto à criança, devem ofertar elementos como: higienização corporal, lembrando-se de ter o cuidado de evitar o esforço físico e respiratório por parte do paciente, além de garantir que tenham o sono e repouso preservados.

Quando estes profissionais de saúde percebem que a criança já se encontra nos últimos dias de vida, eles percebem a necessidade de inserir a família junto à criança neste momento de finitude e oferecer-lhe apoio. (CARMO; OLIVEIRA, 2015).

Diante deste cenário do cuidar, a família se torna fundamental nessa inserção dos cuidados paliativos. Com isso, a equipe deve buscar e ofertar uma atenção holística, com o objetivo de melhora do bem-estar de vida do binômio crianças-familiares (MONTEIRO; RODRIGUES; PACHECO, 2012).

É necessário observar que, no cuidado paliativo, as formas de assistência e conforto para amenizar o padecer, em consequência da transição do câncer, devem ser prioridades almejando a qualidade de vida da criança. Vale salientar que a pessoa, acima de qualquer coisa, precisa em suas necessidades de atenção e uma boa comunicação através do diálogo para assim vivenciarem uma finitude digna, uma vida confortada até seus últimos momentos (MONTEIRO et al., 2014; SILVA et al., 2015).

Logo, além de assistência e conforto, é necessário que a enfermagem reavalie a necessidade do diálogo entre o enfermeiro e a criança com neoplasia sem possibilidade de cura. Assim, através da comunicação entre ambos, sentimentos como dor e angústia, ocasionando inquietudes e depressão, podem ser externalizados e assim compreendidos pela enfermagem para que então os cuidados paliativos sejam ofertados, considerando as

particularidades de cada paciente (FRANÇA et al., 2013a).

Destes sentimentos acima citados, o que mais é externalizados é a dor por ser um dos sintomas principais a estarem presentes no câncer avançado. Com isso, o controle desta dor deve ser de relevância fundamental para proporcionar o bem-estar da criança, pois o enfermeiro deve buscar minimizá-la o máximo possível diante do sofrimento nesta etapa do câncer. Porém, Monteiro et al., (2014) relatam que se torna mais difícil tratar a dor devido à faixa etária da criança e da não identificação pela mesma sobre as características de sua dor.

Além deste sintoma de dor, são citados por meio da literatura de Sanches, Nascimento, Lima (2014) a dispnéia, alteração neurológica e distúrbios gastrointestinais também caracterizados como importantes sintomas nesta fase dos cuidados paliativos.

Dentro desta perspectiva, e, ainda com relação à comunicação, França et al., (2013a) afirmam que o humor é um fundamental elemento no diálogo e na assistência a ser prestada, pois proporciona vínculos terapêuticos que diminuem a aflição relacionada a condições de fora de possibilidade de cura na criança, ofertando desta forma uma assistência digna sendo seus valores respeitados.

Além do humor, a utilização do brincar também é vista como uma ferramenta a ser inserida na comunicação entre enfermagem e criança, com o intuito de proporcionar o bem-estar. Com isso, os profissionais de enfermagem reafirmam o brincar como algo que tem seu valor no ato do cuidar, pois brincar proporciona o entreter e possibilita o refugiar desta situação delicada que está vivenciando (MONTEIRO et al.,2014; FRANÇA et al., 2013a).

Os enfermeiros ainda inferem que através da comunicação informal com a criança e do ato de brincar as estimula a sorrir. Diante disso, o profissional de enfermagem deve conduzir uma comunicação adequada, atentando para o fato de ser os últimos momentos de vida da criança (FRANÇA et al., 2013b).

Ainda com relação da utilização da ludicidade na assistência de enfermagem, Guimarães et al., (2017) expõem em sua pesquisa que, através do recurso do uso da terapia por meio do brinquedo terapêutico, o enfermeiro se reaproximará cada vez mais da criança, auxiliando para que ele compreenda a singularidade de cada paciente e assim possa traçar um plano de cuidados direcionado às necessidades de saúde de cada criança.

Com isso, é possível inferir que a brincadeira é um ponto positivo, pois torna a hospitalização, diante do olhar da criança, menos traumática, o que diminui assim os sentimentos como: irritabilidade, tensão e estresse de forma a auxiliar a criança na superação da distância de casa, ofertando distração, alegria e bem-estar para o paciente (MONTEIRO et al., 2014).

Diante da iminência do fim do ciclo da vida da criança, o enfermeiro se insere totalmente se tornando o alicerce da família diante do momento de morte que se aproxima. É necessário, nesta etapa, que o profissional de saúde analise a necessidade de realizar uma assistência humanizada, visando além da criança, os seus familiares e respeitando o momento de tristeza e a individualidade de cada um devido à aproximação da morte (BRITTO et al., 2015).

É nesta fase dos cuidados paliativos que o enfermeiro se torna, além de profissional, o amigo, aquele que vai apoiar, dar o conforto e o alicerce para a família neste momento doloroso do luto. Com vistas a aproximação dos últimos momentos de vida

do paciente, a família busca a religião como seu refúgio, auxiliando assim que os entes queridos sintam-se confortados tendo a espiritualidade como um bálsamo para superar o avançar da doença e reduzir os sentimentos de tristeza (SANCHES; NASCIMENTO; LIMA, 2014).

Segundo o que aborda em sua pesquisa, Britto et al., (2015), para o enfermeiro, realizar a despedida do familiar com o paciente, é considerado marcante na sua trajetória como profissional da saúde, pois irá realizar a aproximação do familiar para com a criança diante da separação eminente evidenciada pela aproximação da morte e do luto.

Porém, quando o enfermeiro não se encontra preparado para realizar os cuidados paliativos, ele acaba apresentando dificuldades tanto para assistenciar a criança como seus familiares e de lidar consigo mesmo, o que irá causar cansaço físico e mental. Com base nisso, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos propõe que seja implementado um programa de educação continuada, com o objetivo de dar a estes profissionais o apoio espiritual e psicoterápico. Assim, por meio deste apoio, é possível nortear o enfermeiro por meio da reflexão dos sentimentos externalizados e auxiliar na prestação de um cuidar qualificado (GUIMARÃES, et al., 2017).

Neste contexto, é imprescindível a integração da família na realização desses cuidados para com as crianças, pois ao estar o tempo todo ao lado delas, por muitas vezes, ocasiona até instabilidade familiar, e, devido estar proporcionando toda a atenção ao seu familiar, desperta um sentimento de perda por saber que a criança não tem mais possibilidade de cura (MONTEIRO et al., 2014).

4 - CONCLUSÃO

Diante da premissa dos cuidados paliativos em crianças com câncer, o profissional enfermeiro tem papel fundamental desde o momento da descoberta do câncer pela criança e seus familiares até os últimos instantes de vida da criança. Este profissional deve ser o alicerce tanto para o paciente como para seus familiares, proporcionando por meio da assistência de enfermagem o conforto, qualidade de vida e a garantia de uma morte digna ofertados nos seus últimos momentos de vida.

Assim, é possível, por meio de um olhar holístico, confortar a família para este momento difícil que irá vivenciar. Diante deste cenário, é primordial que o profissional tenha a sensibilidade do momento vivenciado pelo paciente e seus familiares, dando-os suporte sempre que for necessário, pois dentro da equipe multidisciplinar, são os enfermeiros que estarão, a todo momento, mais próximo e vivenciando junto da criança e seus familiares este momento de finitude.

Por isso, é necessário que tanto no período da formação acadêmica quanto no período de atuação profissional haja mais atenção com relação à capacitação dos enfermeiros quanto aos cuidados paliativos e na realização da educação continuada para que assim, seja possível preparar o enfermeiro emocionalmente e psicologicamente diante da vivência que irão ter juntamente com os familiares e as crianças e garantindo assim o preparo profissional.

REFERÊNCIAS

BRITTO, S. M. C. et al. Representação social dos enfermeiros sobre cuidados paliativos. **Revista Cuidarte**. v.6, n.2, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732015000200006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 31/08/2017.

CARMO,S.A.; OLIVEIRA, I. C. S.Criança com câncer em Processo de morrer e sua Família: Enfrentamento da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**.v.61, n.2, 2015. Disponível em:< http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v02/pdf/07-artigo-crianca-com-cancer-em-processo-de-morrer-e-sua-familia-enfrentamento-da-equipe-de-enfermagem.pdf> Acessado em: 31/08/2017.

FRANÇA, J. R. F. S. et al. Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: Enfoque na Teoria Humanística de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.21, n.3, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0780.pdf> Acessado em: 23/08/2017.

FRANÇA, J. R. F. S. et al. Cuidados paliativos à crianças com câncer. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**. v.21, n.2, 2013. Disponível em:< http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a14.pdf> Acessado em: 31/08/2017

MONTEIRO, A. C. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S. T. A. O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual. **Escola Anna Nery**. v.16, n.4, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400014> Acessado em:31/08/2017

GUIMARÃES, T. M. et al. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na formação do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.38, n.1, 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100408>
Acessado em: 23/10/2017

GUIMARÃES, T. M. et al.Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem. **Escola Anna Nery**. v.20, n.2, 2016. Disponível em:<http:// http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200261>. Acessado em: 08/04/2017

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2016. **Incidência de câncer no Brasil**. Disponível em:<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/por-tipos.asp>.Acessado em:24/05/2017

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto – enfermagem**. v.17, n.4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018> Acessado em:28/05/2017

MONTEIRO, A. C. M. et al. A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer:Cuidados paliativos. **Revista de enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.** v.22, n.6, 2014. Disponível em:< http://www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a09.pdf > Acessado em:08/04/2017

REIS, T. L. R. et al. Relações estabelecidas pelos profissionais de enfermagem no cuidado às crianças com doença oncológica avançada. **Aquichan**. v.14, n.4, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000400005> Acessado em:31/08/2017

SANCHES, M. V. P.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos: experiência de familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.67, n.1, 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000100028&script=sci_abstract&tlng=pt> Acessado em: 31/08/2017

SILVA, A. F. et al. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: Percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.36, n.2, 2015. Disponível em:< https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n4/pdf/v16n4a12.pdf> Acessado em: 31/08/2017

CAPÍTULO 7

DETERMINANTES DO DÉFICIT ESTATURAL EM CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO BOLSA FAMÍLIA NO BRASIL.

DETERMINANTS OF STATUTORY DEFICIT IN CHILDREN BENEFICIARIES FAMILY BAG IN BRAZIL.

Lígia Rejane Siqueira Garcia[1]
Marina Clarissa Barros de Melo Lima[2]
Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira[3]

1 Doutora em Saúde Coletiva, Professora da UNIFACEX, e-mail: ligiarejane@yahoo.com.br
2 Mestre em Saúde Coletiva, Professora da UNIFACEX, e-mail: marinaclarissa@hotmail.com
3 Pós-doutor em Saúde Coletiva, Professor da UFRN, e-mail: roncalli@terra.com.br

RESUMO

O estudo objetivou identificar os determinantes do déficit estatural em crianças beneficiárias do programa de transferência de renda brasileiro a partir da associação com variáveis em nível agregado relativas aos aspectos socioeconômicos, desigualdade social e oferta de serviços de atenção primária à saúde. Estudo ecológico, cujos níveis de análise são os 5570 municípios brasileiros, dos quais foram obtidos dados secundários dos sistemas de informação brasileiros referentes ao ano de 2010. Foram realizadas medidas de associação e regressão múltipla de Poisson entre a prevalência municipal de déficit estatural e variáveis relacionadas aos aspectos socioeconômicos, à desigualdade social e à oferta de serviços de atenção primária à saúde. As variáveis apresentaram associação positiva com a maior prevalência municipal do déficit estatural. A análise multivariada mostrou que a chance de maior prevalência de déficit estatural foi maior nos municípios que apresentaram indicador socioeconômico baixo (RP 1.43; 95% CI 1.25–1.64) e priorização da atenção primária alta (0.78; 0.70–0.87). Os resultados demonstram a influência dos baixos níveis socioeconômicos sobre a maior prevalência do déficit estatural. Destacam-se maiores investimentos dos serviços de saúde na atenção primária nos municípios mais afetados.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Criança. Epidemiologia Nutricional. Desnutrição.

ABSTRACT

Identifying the social determinants of stunting in children whose families are receiving benefits from Brazilian cash transfer program, through the association with variables related to socioeconomic status, income inequality and the provision of primary health care services. Ecological study, where levels of analysis were the 5570 Brazilian municipalities, in which secondary data of Brazilian information systems for the year 2010 were obtained. Measures of association and multiple Poisson regression were performed between the municipal prevalence of stunting and socioeconomic variables, income inequality and the provision of primary health care services. The variables showed a positive association with the prevalence of stunting. Multivariate analysis showed that the chance of a higher prevalence of stunted growth was higher in municipalities that had low socioeconomic indicator (PR 1.43; 95% CI 1.25-1.64) and prioritization of high primary care (PR 0.78; 95% CI 0.70-0.87). The results demonstrate the influence of low socioeconomic status on higher prevalence of stunted growth. This highlights the greater investment in health services in primary care in the most affected municipalities.

KEYWORDS: Child Health. Nutritional Epidemiology. Malnutrition.

1 - INTRODUÇÃO

O crescimento linear é um dos melhores indicadores de saúde da criança, além de refletir as condições de vida pregressa. Nas crianças menores de cinco anos, o déficit estatural está quase sempre associado a baixos níveis socioeconômicos e a deficiente assistência materno-infantil. Para atingir um crescimento adequado à criança requer uma ingestão apropriada de energia e nutrientes, ausência de doenças e cuidados adequados (FISBERG, MARCHIONI, CARDOSO, 2004; BLACK et al, 2008).

Em nível epidemiológico, o déficit estatural pode ser usado para retratar a qualidade de vida de um grupo populacional, permitindo o diagnóstico de possíveis desvios nutricionais e fatores associados (LEAL et al, 2012). Está relacionado à maior morbidade e mortalidade na infância, menor desempenho educacional, menor produtividade na idade adulta e transferência da pobreza para as próximas gerações (BLACK et al, 2013; BRASIL, 2014).

Nas últimas três décadas a desnutrição em crianças menores de cinco anos no Brasil vem sendo reduzida gradualmente. Em relação ao indicador déficit estatural em crianças menores de cinco anos, houve uma redução em mais do que a metade da prevalência inicial entre 1989 e 2006 (19,9% para 7,1%), mas, diferentemente do déficit de peso, o problema do déficit estatural ainda não deixou de representar um problema de saúde pública (MONTEIRO et al, 2010). A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher evidenciou a concentração do déficit estatural na infância nos estratos sociais menos favorecidos. Em relação à escolaridade materna, a diferença entre o estrato menos favorecido (0-3 anos de escolaridade) e o mais favorecido (12 ou mais anos) foi maior que oito vezes. No caso das classes extremas de poder aquisitivo, esta diferença foi de cerca de três vezes (BRASIL, 2009).

Na avaliação dos principais fatores associados à redução da desnutrição crônica no país, reforça-se a influência direta das políticas sociais sobre a saúde e nutrição das crianças. Entre 1996 e 2007, a redução do déficit estatural em crianças foi atribuída principalmente a quatro fatores: o aumento da escolaridade materna (25,7%), a melhoria do poder aquisitivo das famílias, que inclui o aumento do salário mínimo e a expansão dos programas de transferência de renda (21,7%), a melhoria da atenção à saúde (11,6%), principalmente para mulheres e crianças, coincidente com a grande expansão da Estratégia de Saúde da Família vigente na Atenção Primária em todo o país, e o aumento da cobertura de saneamento básico (4,3%), como acesso à água encanada e rede de esgotamento sanitário (MONTEIRO et al, 2009).

O Programa Bolsa Família, criado em 2004, é um programa de transferência de renda condicionada que visa reduzir a pobreza, as desigualdades e combater a fome. É destinado às famílias em situação de pobreza, com renda familiar mensal per capita de até U$ 57,25, e àquelas de extrema pobreza, com renda familiar mensal per capita de até U$ 28,62 (cambio em janeiro de 2015). Os programas de transferência de renda condicionada exigem contrapartidas dos beneficiários, que geralmente são compromissos assumidos pelas famílias na área da educação e saúde. Tais programas têm como finalidade promover o acesso das famílias aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional

da pobreza por meio das condicionalidades. As famílias beneficiárias com crianças menores de 7 (sete) anos de idade devem ser assistidas na Atenção Primária à Saúde por uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou por unidades básicas de saúde, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, da vacinação conforme o calendário de imunizações do Ministério da Saúde, bem como da Vigilância Alimentar e Nutricional (SOARES, SATIRO, 2009; BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

Diante dos esforços empreendidos no âmbito das políticas sociais para a eliminação da fome e, consequentemente, da desnutrição infantil, e por considerar que o déficit estatural é um indicador sensível das condições de vida de uma população, este estudo pretende identificar os determinantes do déficit estatural em crianças menores de cinco anos beneficiárias do programa de transferência de renda brasileiro a partir da associação com variáveis em nível agregado relativas aos aspectos socioeconômicos, desigualdade social e oferta de serviços de atenção primária à saúde.

2 - MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como um estudo quantitativo em um desenho ecológico. Foram analisados 5570 municípios brasileiros, dos quais foram obtidos dados secundários referentes ao ano de 2010. Por se tratar de dados agregados, sem identificação de sujeitos, disponíveis em banco de dados de acesso público, não foi necessário submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

A variável dependente deste estudo foi o déficit estatural, segundo o indicador altura/idade, em crianças menores de cinco anos beneficiárias do Programa Bolsa Família. Define-se como déficit estatural o valor de estatura abaixo de menos 2 desvios-padrão da mediana da estatura para a idade (abaixo de -2 escores-z de estatura para idade), comparado ao parâmetro de referência da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006). Foi assumido como déficit a soma do percentual de crianças com altura baixa e altura muito baixa para a idade, obtidos por meio dos relatórios do "Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família" (DATASUS/ Ministério da Saúde). A escolha da faixa etária foi determinada pela forte influência dos fatores ambientais sobre seu estado de saúde e nutrição.

Para o tratamento estatístico a variável déficit estatural foi dividida de acordo com a prevalência no município em 2 categorias: menor que 10% e maior ou igual a 10%. Conforme a Organização Mundial de Saúde é considerada baixa a prevalência de déficit estatural menor que 10% em crianças menores de cinco anos de idade em determinado espaço geográfico (WHO, 1995). Já as variáveis independentes inicialmente consideradas refletem as condições educacionais, socioeconômicas, sanitárias e dos serviços de saúde nos municípios brasileiros (Quadro 1). A variáveis relacionadas às condições educacionais, socioeconômicas e sanitárias foram obtidas no banco de dados do PNUD/IPEA/FJP (www.pnud.org.br), e as referentes aos serviços de saúde foram obtidas no Sistema de Orçamentos de Saúde Pública (SIOPS) e Ministério da saúde.

Quadro 1. Descrição das variáveis independentes

Dimensão	Variável	Descrição
Escolaridade	Expectativa de anos de estudo aos 18 anos de idade	Número médio de anos de estudo que uma geração de crianças que ingressa na escola deverá completar ao atingir 18 anos, se os padrões atuais se mantiverem ao longo de sua vida escolar.
	Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade	Razão entre a população de 15 anos ou mais de idade que não sabe ler nem escrever um bilhete simples e o total de pessoas nesta faixa etária multiplicado por 100.
	Taxa de analfabetismo da população de 25 anos ou mais de idade	Razão entre a população de 25 anos ou mais de idade que não sabe ler nem escrever um bilhete simples e o total de pessoas nesta faixa etária multiplicado por 100.
	Percentual de crianças de 4 a 5 anos que não frequenta a escola	Razão entre o número de crianças de 4 a 5 anos que não frequenta a escola e o total de crianças nesta faixa etária multiplicado por 100.
	Percentual de crianças de 6 a 14 anos que não frequenta a escola	Razão entre as crianças de 6 a 14 anos que não frequenta a escola e o total de crianças nesta faixa etária multiplicado por 100.
	Subíndice de escolaridade fundamental da população adulta - IDHM Educação	Subíndice selecionado para compor o IDHMEducação, representando a frequência de crianças e jovens à escola em séries adequadas à sua idade. É obtido através da média aritmética simples de 4 indicadores: % de crianças de 5 a 6 anos na escola, % de crianças de 11 a 13 anos no 2º ciclo do fundamental, % de jovens de 15 a 17 anos com o fundamental completo e % de jovens de 18 a 20 anos com o médio completo.
	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Dimensão Educação	Índice sintético da dimensão Educação que é um dos 3 componentes do IDHM. É obtido através da média geométrica do subíndice de frequência de crianças e jovens à escola, com peso de 2/3, e do subíndice de escolaridade da população adulta, com peso de 1/3.
Renda	Renda per capita média	Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.
	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Dimensão Renda	Índice da dimensão Renda que é um dos 3 componentes do IDHM. É obtido a partir do indicador Renda per capita, através da fórmula: [ln (valor observado do indicador) - ln (valor mínimo)] / [ln (valor máximo) - ln (valor mínimo)], onde os valores mínimo e máximo são R$ 8,00 e R$ 4.033,00 (a preços de agosto de 2010).
Desenvolvimento	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Média geométrica dos índices das dimensões Renda, Educação e Longevidade, com pesos iguais.

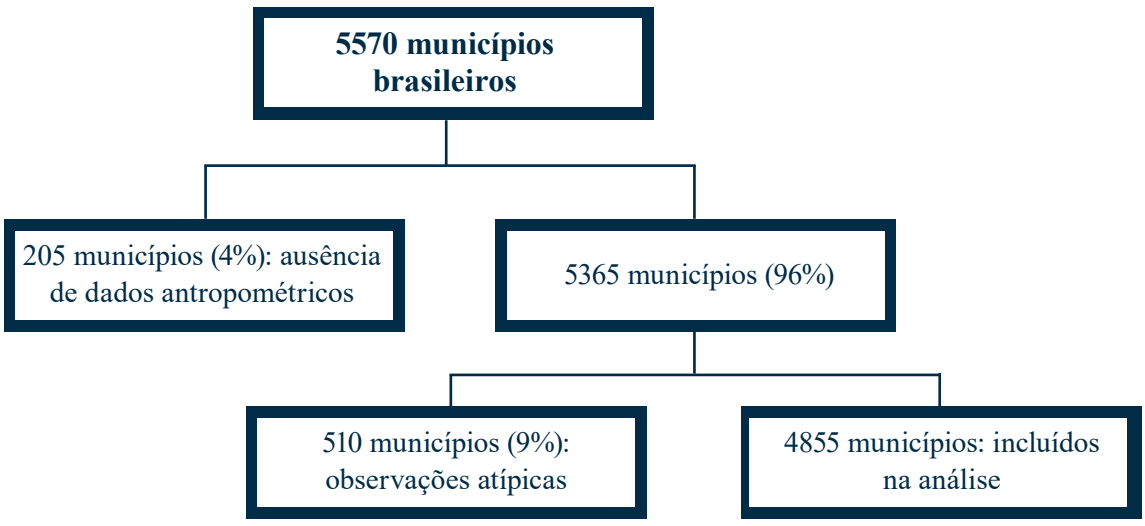
Dimensão	Variável	Descrição
Condições sanitárias	Percentual da população que vive em domicílios com água encanada	Razão entre a população que vive em domicílios particulares permanentes com água canalizada para um ou mais cômodos e a população total residente em domicílios particulares permanentes multiplicado por 100. A água pode ser proveniente de rede geral, de poço, de nascente ou de reservatório abastecido por água das chuvas ou carro-pipa.
	Percentual da população que vive em domicílios com banheiro e água encanada	Razão entre a população que vive em domicílios particulares permanentes com água encanada em pelo menos um de seus cômodos e com banheiro exclusivo e a população total residente em domicílios particulares permanentes multiplicado por 100. Banheiro exclusivo é definido como cômodo que dispõe de chuveiro ou banheira e aparelho sanitário.
	Percentual da população que vive em domicílios urbanos com serviço de coleta de lixo	Razão entre a população que vive em domicílios com coleta de lixo e a população total residente em domicílios particulares permanentes multiplicado por 100. Estão incluídas as situações em que a coleta de lixo realizada diretamente por empresa pública ou privada. São considerados apenas os domicílios particulares permanentes localizados em área urbana.
	Percentual de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados	Razão entre as pessoas que vivem em domicílios cujo abastecimento de água não provem de rede geral e cujo esgotamento sanitário não é realizado por rede coletora de esgoto ou fossa séptica e a população total residente em domicílios particulares permanentes multiplicado por 100.
	Percentual de pessoas em domicílios com paredes que não sejam de alvenaria ou madeira aparelhada	Razão entre as pessoas que vivem em domicílios cujas paredes não são de alvenaria nem de madeira aparelhada e a população total residente em domicílios particular e permanentes multiplicado por 100.
Desigualdade	Índice de Gini	Mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Seu valor varia de 0, quando não há desigualdade (a renda domiciliar per capita de todos os indivíduos tem o mesmo valor), a 1, quando a desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda). O universo de indivíduos é limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes.
	Razão 20% mais ricos / 40% mais pobres	Medida do grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Compara a renda per capita média dos indivíduos pertencentes ao quinto mais rico dessa distribuição com a renda per capita média dos indivíduos pertencentes aos dois quintos mais pobres. O universo de indivíduos é limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes.

Dimensão	Variável	Descrição
Serviços de saúde	Priorização da Atenção Primária	Valor investido em atenção primária, dividido por toda a população em 2010.
	Cobertura da Atenção Primária	Número de equipes de atenção primária (Programa Saúde da Família) multiplicado por 3450, dividido por toda a população.

Dentre a totalidade dos municípios brasileiros incluídos na pesquisa não foi possível incluir dados referentes à prevalência de déficit estatural em crianças beneficiárias do PBF de 205 (4%) municípios por ausência de informações. Também foram excluídos 510 municípios por apresentarem observações atípicas multivariadas relacionadas às variáveis utilizadas, detectados pela medida D^2 de Mahalanobis. Assim, as análises referem-se aos dados de 4855 municípios, correspondendo a 87% dos municípios brasileiros (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma amostral

Para restringir o número das variáveis independentes de modo a evitar instabilidades notadas em explorações preliminares, foi utilizada a análise fatorial exploratória, por se tratar de um conjunto de métodos estatísticos que permite explicar o comportamento de variáveis observadas em termos de um número pequeno de fatores. Inicialmente, foi realizada uma análise bivariada, e construída uma matriz com os coeficientes de Correlação de Pearson. Dessa forma, as variáveis independentes que apresentaram maior colinearidade foram selecionadas para o modelo: taxa de analfabetismo da população de 25 anos ou mais de idade, renda per capita média, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, percentual da população que vive em domicílios com banheiro e água encanada. As variáveis foram analisadas utilizando a Análise de Componente Principal, com rotação VARIMAX e normalização por Kaiser. Esse método de rotação ortogonal minimiza o número de variáveis em cada fator e confirma as correlações entre os componentes de cada fator. Os testes Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e Bartlett foram usados para determinar se a análise fatorial seria empregada. Foram consideradas para compor o fator as variáveis com carga fatorial maior que 0,50. Dessa forma os valores dos testes KMO (0,83) e de

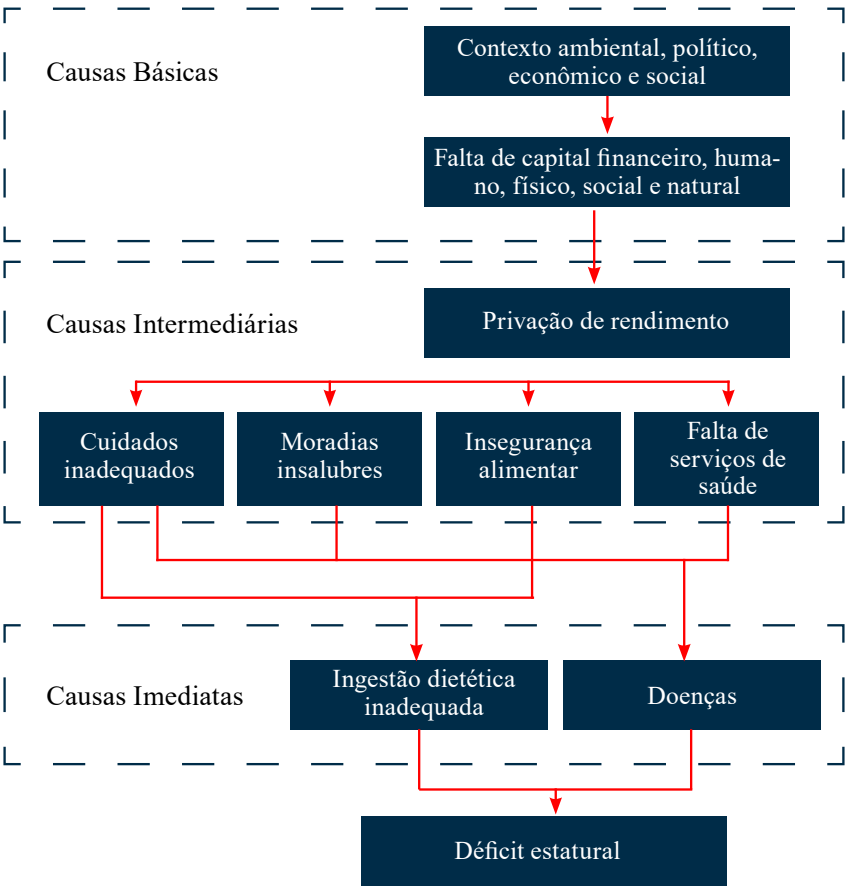


esfericidade de Bartlett (<0,001) demonstraram adequação dos dados para a extração dos fatores. As comunalidades obtidas variaram entre 0,768 a 0,941, e a rotação resultou em um componente, que respondeu por 86,8% da variância total.

Além do fator obtido, denominado de indicador socioeconômico, foram consideradas como variáveis independentes, indicadores como: razão 20% mais ricos / 40% mais pobres, cobertura da Estratégia Saúde da Família e recursos destinados à Atenção Básica, os quais estão relacionados às dimensões: desigualdade de renda, cobertura da atenção primária e priorização da atenção primária, respectivamente.

O modelo teórico adotado neste trabalho relaciona a pobreza e outras causas com o comprometimento do crescimento infantil (Figura 2), baseado em adaptação do quadro proposto por Black et al (2008). Estes autores afirmam que os determinantes do crescimento ideal consistem de fatores que operam em diferentes níveis de causalidade, que vão desde os determinantes socioeconômicos e políticos mais distais ao nível mais próximo, no qual o alimento, a doença e os cuidados têm um papel crucial. Os fatores contextuais ambientais, econômicos e políticos, em particular a pobreza, constituem as causas ou determinantes básicos do comprometimento nutricional infantil, com consequente reflexo no atraso do crescimento. No presente estudo, este nível dos determinantes do déficit estatural está representado pelo índice de desenvolvimento humano e desigualdade de renda. No nível intermediário do modelo teórico, foram contempladas variáveis relacionadas à privação de rendimento, como renda, analfabetismo, moradias insalubres e falta de serviços de saúde.

Figura 2. Modelo teórico da relação entre pobreza e outras causas do comprometimento do crescimento infantil. Fonte: Adaptado de Black et al (2008).



Todas as variáveis independentes foram categorizadas em alta, média e baixa, a partir da distribuição nacional expressa em tercis, exceto para a variável de cobertura da ESF que apresentou uma distribuição bastante assimétrica. Neste caso, optou-se por uma categorização arbitrária, baseada na melhor distribuição possível entre os municípios.

A partir da definição das variáveis foi realizada a análise descritiva e, posteriormente, foi feita a análise bivariada, utilizando-se o teste de independência (χ^2). A medida de associação foi estimada pela razão de prevalência não ajustada e ajustada, com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Um modelo de regressão múltipla de Poisson foi constituído, incluindo-se as variáveis que apareceram como estatisticamente significantes na análise univariada. Foi adotado nível de significância de $p < 0,05$.

3 - RESULTADOS

Dentre a totalidade dos municípios brasileiros incluídos na pesquisa, 41% apresentaram baixa prevalência de déficit estatural entre crianças em situação de pobreza e extrema pobreza beneficiárias do PBF. A Tabela 1 mostra uma maior frequência de municípios com baixa prevalência de déficit estatural com alto indicador socioeconômico, baixa desigualdade de renda, baixa cobertura e baixa priorização da atenção primária. As variáveis apresentaram associação positiva, exceto a variável cobertura da atenção primária.

Tabela 1. Distribuição dos municípios por prevalência de déficit estatural segundo variáveis socioeconômicas, política de saúde e desigualdade, Brasil, 2010.

	Déficit estatural < 10%		Déficit estatural > 10%		p (χ^2)
	N	%	n	%	
Indicador socioeconômico					
Alto (>0.64)	905	55,2	735	44,8	
Médio (-0.51-0.64)	777	47,2	869	52,8	<0,001
Baixo (<-0.51)	291	18,5	1278	81,5	<0,001
Desigualdade de Renda					
Baixa (<7.49)	892	54,5	746	45,5	
Média (7.49-10.1)	749	45,8	887	54,2	<0,001
Alta (>10.1)	332	21,0	1249	79,0	<0,001
Cobertura de Atenção Primária					
Alta (100%)	1000	38,4	1606	61,6	
Média (70-99%)	403	39,2	625	60,8	0,65
Baixa (0-69%)	570	46,7	651	53,3	<0,001

Priorização da Atenção Primária					
Alta (>R$803.225,00)	458	28,5	1148	71,5	
Média (R$337.859,00-R$803.225,00)	610	38,0	997	62,0	<0,001
Baixa (<R$ 337.859,00)	905	55,1	737	44,9	<0,001

As razões de prevalência mostram que a prevalência de déficit estatural foi maior nos municípios que apresentaram fator socioeconômico baixo (1,8 vezes) e desigualdade alta (1,7 vezes) tomando-se como referência o fator socioeconômico alto e desigualdade baixa, respectivamente.

A Tabela 2 detalha os resultados da análise multivariada. Verificou-se que o indicador socioeconômico permaneceu no modelo final, com pequenas reduções em relação aos valores das razões brutas. Também se mantiveram estatisticamente significantes as associações com a variável Priorização da Atenção Primária.

Tabela 2. Regressão de Poisson para distribuição dos municípios por prevalência de déficit estatural segundo variáveis socioeconômicas, política de saúde e desigualdade, Brasil, 2010.

Variáveis	*Déficit* estatural			
	Não ajustado		Ajustado	
	P	RP (IC95%)	P	RP (IC95%)
Indicador socioeconômico				
Alto (>0.63744)		1		1
Médio (-0.50644-0.63744)	<0,001	1,18 (1,10-1,26)	<0,001	1,22 (1,09-1,35)
Baixo (<-0.50644)	<0,001	1,81 (1,71-1,93)	<0,001	1,43 (1,25-1,64)
Desigualdade de Renda				
Baixa (<7.49)		1		1
Média (7.49-10.1)	<0,001	1,19 (1,11-1,28)	0,470	0,96 (0,86-1,07)
Alta (>10.1)	<0,001	1,74 (1,64-184)	0,008	1,21 (1,05-1,39)
Cobertura da Atenção Primária				
Alta (100%)		1		1
Média (70-99%)	0,65	0,99 (0,93-1,04)	-	-
Baixa (0-69%)	<0,001	0,87 (0,81-0,92)	0,004	0,87 (0,79-0,96)
Priorização da Atenção Primária				
Alta (>R$803.225,00)		1		1
Média (R$337.859,00-R$803.225,00)	<0,001	0,87 (0,83-0,91)	0,003	0,85 (0,77-0,95)
Baixa (< R$ 337.859,00)	<0,001	0,63 (0,59-0,67)	<0,001	0,78 (0,70-0,87)

4 - DISCUSSÃO

A partir dos resultados apresentados, evidencia-se que apesar dos esforços desempenhados no intuito de se acabar com a fome e a desnutrição no Brasil, ainda é evidente o comprometimento nutricional em crianças consideradas em situação de pobreza nos municípios brasileiros.

Há uma tendência de decréscimo na prevalência mundial de déficit estatural nas

últimas décadas, embora estimativas destaquem que em 2011, 165 milhões de crianças menores de cinco anos de idade apresentavam tal déficit. Regiões como o centro-sul da Ásia, além do leste e oeste da África destacam-se com prevalências consideradas muito altas (≥30%), enquanto na América Latina e Caribe as prevalências são consideradas médias, entre 10 a 19% (BLACK, 2013).

O déficit estatural é um bom indicador de influências ambientais negativas sobre a saúde da criança, sendo o indicador mais sensível de má nutrição dos países. É importante ressaltar que crianças com baixa estatura, correspondendo à fração normal de crianças geneticamente pequenas, são encontradas em populações bem nutridas, mas em proporção não superior a 2-3% (MONTEIRO, 2003). A Organização Mundial de Saúde considera como baixa a prevalência de déficit estatural menor que 10% (WHO, 1995).

No Brasil, análises desenvolvidas com base em quatro inquéritos populacionais realizados nas últimas décadas (1974-75, 1989, 1996, 2006-07) revelam que um declínio na prevalência do déficit estatural infantil foi particularmente mais acentuado no quintil de renda mais pobre. O período mais evidente de declínio foi entre 1996 a 2006-07, marcado por um momento de progresso econômico e o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a equidade, com implicações positivas nos indicadores de poder aquisitivo familiar, de escolaridade materna, do acesso aos cuidados de saúde e dos serviços de água e saneamento (MONTEIRO, 2010).

Especificamente no grupo de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, destaca-se que a baixa estatura e o excesso de peso configuram importantes problemas a serem enfrentados (BRASIL, 2013). Estudo aponta que os valores nesse grupo ainda superam os observados em crianças da mesma faixa etária em inquéritos nacionais. Dessa forma, fica clara a divergência neste indicador em crianças em situação de pobreza quando comparado às crianças brasileiras de modo geral. Ao considerar as divergências regionais entre os beneficiários, observa-se uma prevalência considerada média, de 19,2% e 12,6% nas regiões norte e nordeste do Brasil, respectivamente. Valores estes superiores aos encontrados em outras regiões do país (<10%), consideradas mais desenvolvidas (BRASIL, 2014).

A despeito dos grandes avanços no âmbito nacional, é essencial compreender que o problema não foi erradicado no país, como reforça o presente estudo, no qual se observa que 59% dos municípios analisados apresentam prevalência de déficit estatural maior que 10%, evidenciando que o público infantil beneficiário do PBF ainda apresenta importantes indicadores de vulnerabilidade social e insegurança alimentar e nutricional.

A chance de prevalência de déficit estatural maior nos municípios que apresentaram fator socioeconômico baixo reforça a influência dos determinantes, como escolaridade, renda, condições de moradia e desenvolvimento municipal sobre o estado nutricional e, consequentemente, no crescimento e desenvolvimento infantil.

Black et al (2008) demonstram que na maioria dos países, as crianças pobres têm aproximadamente duas vezes mais déficit estatural do que as crianças mais favorecidas economicamente. A partir de 2003, políticas públicas foram implantadas no Brasil para redução da pobreza, o que constituiu um importante aliado na redução da desigualdade de renda (NERI, 2007). A esse respeito, Martins et al (2013) complementam que três possíveis fatores explicariam tal fato: a reativação do crescimento econômico e da consequente

redução das taxas de desemprego; os aumentos anuais sistemáticos no salário mínimo oficial recebido pelos trabalhadores; e uma grande expansão dos programas de transferência de renda para famílias pobres. Esse contexto proporcionou um aumento na renda média, combinada com uma melhor distribuição de renda, que culminou em expressiva redução na proporção de pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza. Nesse mesmo período foi observado o maior declínio do déficit estatural em crianças em situação de pobreza no país.

No presente estudo, a respeito das condições de moradia incluída no indicador socioeconômico, foram considerados os domicílios com banheiro e água encanada. Neste sentido, Oliveira et al (2011) constataram que crianças que ingeriam água sem tratamento apresentaram três vezes mais chances de desenvolver baixa estatura, em relação àquelas que consumiam água tratada. Destaca-se que não apenas a morbidade e o comprometimento nutricional, como também a mortalidade por doenças infecciosas de veiculação hídrica, podem ser deflagradas pela carência de infraestrutura sanitária.

Sobre a priorização da atenção primária em saúde, uma possível explicação para os resultados encontrados é que maiores investimentos em recursos humanos e financeiros são destinados aos municípios de maior necessidade de atenção à saúde, ou seja, àqueles com os piores indicadores de saúde. Como o déficit estatural infantil está quase sempre associado aos baixos níveis socioeconômicos e a deficiente assistência materno-infantil, supõe-se que tais municípios são priorizados com uma maior cobertura e investimentos dos serviços de saúde.

Para melhorar a situação de saúde da população e reduzir a iniquidade, faz-se necessário abordar os determinantes sociais. Fatores ambientais, econômicos e políticos, em particular a pobreza, afetam o estado nutricional e, consequentemente, o crescimento e desenvolvimento infantil. Dessa forma, a manutenção de políticas econômicas e sociais que favoreçam o aumento do poder aquisitivo dos mais pobres e de investimentos públicos que permitam a universalidade de acesso da população brasileira aos serviços essenciais de educação e saúde é fundamental para garantir as condições favoráveis ao pleno desenvolvimento infantil.

O modelo de atenção primária brasileiro, baseado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem como propósito específico promover a equidade no acesso aos cuidados primários de saúde. É considerado a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde brasileiro. Neste sentido, as equipes da atenção primária, durante o acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF, têm a oportunidade de detectar e tratar precocemente os problemas de saúde identificados. Esse contato permanente com as famílias favorece o desenvolvendo de ações educativas visando à promoção da saúde e oportuniza o olhar para a integralidade do cuidado. Ressalta-se também a necessidade de maiores investimentos em saneamento ambiental e ações preventivas em educação sanitária visando minimizar os fatores de risco nutricional como diarreias e parasitoses, especialmente, para as famílias de baixa renda, como as beneficiárias do PBF.

Alguns estudos demonstram que os programas de transferência de renda podem contribuir para melhorar o déficit estatural e a saúde infantil, sobretudo se estiverem associados às ações intersetoriais de enfrentamento dos fatores determinantes abordados no

presente estudo (OLIVEIRA et al, 2011a; OLIVEIRA et al, 2011b; RASELLA et al, 2013; FERNALD, GERTLER, NEUFELD, 2008; ROBERTSON et al, 2013). Ressalta-se que as estratégias que promovem e protegem o crescimento saudável são susceptíveis de beneficiar também o desenvolvimento físico, mental e intelectual infantil, com possíveis repercussões positivas sobre a qualidade e perspectiva de vida futura (STEWART et al, 2013).

O presente estudo teve como base os dados extraídos dos Censos Demográficos e de bancos de dados nacionais, o que lhe confere a possibilidade de generalização dos resultados de abrangência nacional. Por se tratar de um desenho ecológico este estudo não teve como proposta investigar as causas imediatas do comprometimento do crescimento infantil (doenças e ingestão dietética inadequada), mas verificar a associação da magnitude do déficit estatural com as variáveis relacionadas aos aspectos socioeconômicos, à desigualdade social e à oferta de serviços de atenção primária à saúde, correspondendo aos níveis de causas intermediárias e básicas do modelo teórico adotado. Entre as limitações do estudo, é possível citar que não foram considerados fatores como cuidados inadequados e a insegurança alimentar, que constituem causas intermediárias do comprometimento do crescimento infantil, pois tais informações se encontram disponíveis nos bancos de dados nacionais para o ano de 2010. Por se tratar de dados secundários, ainda é plausível sugerir como limitação da pesquisa o viés de mensuração em decorrência da falta de padronização dos equipamentos utilizados e do processo de aferição da estatura pelos avaliadores nas unidades de saúde. Por fim, o desenho do estudo ecológico, por se caracterizar como agregado, observacional e transversal, apresenta limitações inerentes ao emprego desse tipo de delineamento para efetuar inferências causais. Desse modo, sugere-se uma investigação de tendência temporal com nível de agregação individual para elucidar as associações observadas no presente estudo.

5 - CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram maior risco de prevalência de déficit estatural acima de 10% em crianças beneficiárias de programa de transferência de renda nos municípios com alta desigualdade social e baixa condições socioeconômicas. Isso reforça a influência dos determinantes, como escolaridade, renda, condições de moradia e desenvolvimento municipal sobre o estado nutricional e, consequentemente, no crescimento e desenvolvimento infantil de um público em situação de pobreza nos municípios brasileiros.

REFERÊNCIAS

BLACK, R.E; ALLEN, L.H.; BHUTTA, Z.A.; CAULFIELD, L.E.; DE ONIS, M. et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet, v.371, p.243-260, 2008

BLACK, R.E.; VICTORA, C.G.; WALKER, S.P.; BHUTTAZA, C. P.; DE ONIS, M. et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet, v. 382, n. 9890, p.427-451, 201.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília: Ipea, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. Resultados, avanços e desafios das condicionalidades de saúde do bolsa família. Brasília: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 8.232, de 30 de abril de 2014. Altera o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta o Programa Bolsa Família, e o Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011, que institui o Plano Brasil Sem Miséria. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2014 mai. 5 [acesso em 2016 fev 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2016/2016/Decreto/D8232.htm

FERNALD, L.C.H; GERTLER, P. J.; NEUFELD, L.M. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. The Lancet, v. 371, n. 9615, p. 828-837, 2008.

FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; CARDOSO, M. R. A. Estado nutricional e fatores associados ao déficit de crescimento de crianças freqüentadoras de creches públicas do Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 812-817, 2004.

LEAL, V. S. et al. Fatores associados ao declínio do déficit estatural em crianças e adolescentes em Pernambuco. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.46, n.2, p.234-241, 2012.

MARTINS, A. P. B. et al. Transferência de renda no Brasil e desfechos nutricionais: revisão sistemática. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1159-1171, 2013.

MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. Estud. Av., São Paulo, v. 17, n. 48, p. 7-20, 2003.

MONTEIRO, C. A. et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.

MONTEIRO, C.A. et al. Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience, 1974-2007. Bull World Health Organ, Geneve, v. 88, n. 4, p. 305–311, 2010.

NERI, M.C. Miséria, Desigualdade e Estabilidade: O Segundo Real. Brasília: Parcerias Estratégicas 3. 2007.

OLIVEIRA, F. C. C. et al. Estado nutricional e fatores determinantes do déficit estatural em crianças cadastradas no Programa Bolsa Família. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 20, n. 1, p. 7-18, 2011a.

OLIVEIRA, F. C. C et al. Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 7, p. 3307-3316, 2011b.

RASELLA, D et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. The lancet, v. 382, n. 9886, p. 57-64, 2013.

ROBERTSON, L. et al. Effects of unconditional and conditional cash transfers on child health and development in Zimbabwe: a cluster-randomised trial. The Lancet, v. 381, n. 9874, p. 1283-1292, 2013.

SOARES, S; SÁTYRO, N. O Programa Bolsa Família: Desenho Institucional, Impactos e Possibilidades Futuras. Brasília: IPEA. 2009.

STEWART, C.P. et al. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. Maternal & child nutrition, v. 9, n. S2, p. 27-45, 2013.

WHO. Department of Nutrition for Health and Development. WHO Child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva: WHO, 2006.

WHO. Expert Committee on physical status: the use and interpretation of anthropometry. Technical Report Series 854. Geneva: WHO, 1995.

CAPÍTULO 8

CONTRACEPTIVOS HORMONAIS E SUA RELAÇÃO COM O CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO DA LITERATURA.

HORMONAL CONTRACEPTIVES AND THEIR RELATIONSHIP TO BREAST CANCER: A REVIEW OF THE LITERATURE

Francilene Lopes Ripardo[1]
Lenilton Silva da Silveira Júnior[2]

1.Farmacêutica graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.
E-mail: francileneripardo@yahoo.com.br
2.Farmacêutico, Professor do Centro Universitário Facex – UNIFACEX.
E-mail: leniltonjunior@gmail.com

RESUMO

Os contraceptivos hormonais são o método mais utilizado pela população feminina para planejamento familiar e consiste normalmente da associação entre estrogênio e progestogênio ou de um progestogênio isolado. O uso de contraceptivos hormonais é um fator de risco para o câncer de mama, embora a magnitude do risco ainda não esteja clara. O câncer de mama é o câncer mais comum, afetando mulheres em todo o mundo, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Deste modo o trabalho busca discutir através de uma revisão de literatura a relação existente entre o uso prolongado destes medicamentos e o surgimento do câncer de mama. Embora dados epidemiológicos, modelos animais e estudos in vitro tenham demonstrando que os hormônios reprodutivos desempenham um papel fundamental na etiologia do câncer de mama, outros estudos também demonstraram que o risco de câncer de mama em mulheres em idade fértil é muito baixo e as usuárias atuais de contraceptivos neste grupo tem apenas um aumento muito pequeno do risco relativo, dependendo de outras variáveis. Desta forma, ainda há controvérsias nos estudos e se faz preciso aprofundar a pesquisa no tema para tornar a questão mais esclarecedora e promover um uso racional e seguro desta classe terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Contraceptivos hormonais. Efeitos adversos. Câncer de mama.

ABSTRACT

Hormonal contraceptives are the most widely used method for the female population to family planning and is usually the association between estrogen and progestin or a progestin alone. The use of hormonal contraceptives is a risk factor for breast cancer, although the magnitude of the risk is unclear. Breast cancer is the most common cancer affecting women worldwide, both in developed and developing countries. Thus this paper discusses through a literature review the relationship between prolonged use of these drugs and the emergence of breast cancer. Although epidemiological data, animal models and in vitro studies have demonstrated that reproductive hormones play a key role in the etiology of breast cancer, several other studies also have addressed this issue have found that the risk of breast cancer in women of childbearing age is very low, and current users of contraceptives in this group has only a very small increase in relative risk, depending on other variables. Thus, there is still controversy in studies and do need further research on the subject to make the issue more enlightening and promote rational and safe use of this therapeutic class.

KEYWORDS: Hormonal contraceptives. Adverse effects. Breast cancer.

1 - INTRODUÇÃO

Os contraceptivos hormonais são o método reversível mais utilizado pela população feminina brasileira para planejamento familiar (Ministério da Saúde, 2008) e consiste da associação entre um estrogênio e um progestogênio; ou em apresentações de progestogênio isolado. Estão disponíveis em diversas formulações e vias de administração (oral, intramuscular, implantes subdérmicos e transdérmicos, vaginal e intrauterino). Agem com a finalidade de bloquear a ovulação, ao inibir a secreção dos hormônios folículo-estimulante (FSH) e luteinizante (LH); espessam o muco cervical dificultando a passagem dos espermatozoides; tornam o endométrio não receptivo à implantação e; alteram a secreção e peristalse das tubas uterinas (Brito; Nobre; Vieira, 2010).

Além de contracepção, 88% das usuárias de contraceptivos hormonais reportam tomá-los para fins não contraceptivos, como a regulação menstrual, dor menstrual e tratamento da acne (Jones, 2011). Portanto, não é incomum ver o uso de contraceptivos hormonais começando tão cedo, a partir dos 10 anos de idade e continuando até a idade adulta. É por este uso prolongado dos contraceptivos que a literatura discute a relação do uso frequente deles com algumas doenças, como o câncer de mama.

O câncer de mama é o câncer mais comum, afetando mulheres em todo o mundo, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. Mundialmente, cerca de 1,4 milhões de novos casos são diagnosticados a cada ano. Cerca de 6,6% de todos os casos de câncer de mama estão em mulheres com menos de 40 anos de idade, 2,4% com idade inferior a 35 anos, e 0,65% com menos de 30 anos de idade. O aumento da carga mundial de câncer de mama pode ser atribuível ao aumento da expectativa de vida e adoção generalizada do estilo de vida ocidentalizado, incluindo fatores de risco associados (Karim et al., 2015).

O uso de contraceptivos hormonais é um dos fatores de risco para o câncer de mama, embora a magnitude do risco não seja clara. Não está claro, ainda, se o risco para este tipo de câncer varia de acordo com a forma farmacêutica do contraceptivo hormonal utilizado (via oral, injetável ou transdérmica) (Poosari et al., 2014).

Alguns estudos sobre a associação entre o uso de contraceptivos hormonais e o risco para este tipo de câncer têm apontado resultados conflitantes (Hunter et al., 2010), embora se perceba cada vez mais evidências sobre a relação entre os hormônios sexuais femininos e o câncer de mama (Folkerd & Dowsett, 2013).

A relação entre os contraceptivos hormonais e o câncer da mama é de fundamental importância à saúde pública devido à alta prevalência de seu uso e as graves consequências deste tipo de doença (Marchbanks et al., 2012). Deste modo, este trabalho busca discutir a relação existente entre o uso prolongado destes medicamentos e o desenvolvimento do câncer de mama.

2 - METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido através de uma revisão narrativa, na qual as buscas foram realizadas em quatro bases de dados bibliográficas: Serviço de U.S. National Library of Medicine (PubMed), SCIENCEDIRECT, Google acadêmico e Scientific Electronic Library Online (Scielo). Os artigos científicos publicados cujo tema condizia com o proposto pelo estudo foram selecionados, sendo estes escritos em inglês, português e/ou espanhol.

A busca se deu por termos livres, sem o uso de vocabulário controlado (descritores). Foram selecionados artigos publicados nos últimos 15 anos. Ao finalizar as pesquisas em cada base, as referências duplicadas foram excluídas. Além de artigos científicos também foram utilizados livros didáticos como base para pesquisas.

3 - REVISÃO DA LITERATURA

3.1 - CONTRACEPTIVOS HORMONAIS

A primeira pílula hormonal foi aprovada pela Food and Drug Administration (FDA) em 1957 como tratamento de distúrbios menstruais. Porém, a sua capacidade para regular o nascimento só foi reconhecida alguns anos mais tarde e foi em 1959 que a empresa farmacêutica Searle junto com o FDA aprovou uma pílula que seria comercializada como um contraceptivo (Christin-Maitre, 2013).

Em 1982 no Reino Unido, a contracepção oral já estava desafiando a "popularidade" dos dois métodos masculinos (preservativos e coito interrompido). Esta transformação de métodos menos eficazes que requerem a participação ativa de homens a métodos mais eficazes controlados pelas mulheres foi mais lenta a chegar à Europa meridional e oriental (Cleland, 2009).

Entre as mulheres que estão casadas ou em união, a percentagem média global usando contracepção é de 62,7%, dividindo-se da seguinte forma: 56,1% utilizando métodos modernos e 6,6% utilizando quaisquer métodos tradicionais. Os métodos modernos são esterilização feminina (18,9%), contracepção masculina (2,4%), pílulas ou contraceptivos orais combinados (COC´s) (8,8%), injetáveis (3,5%), implantes (0,3%), DIU (14,3%), preservativos (7,6%) e os métodos de barreira vaginal (0,2%). Em 2009, COC's representaram apenas 8,8% de prevalência contraceptiva, atingindo 15,4% nos países mais desenvolvidos. Atualmente, é usado por mais de 100 milhões de mulheres em todo o mundo, com grandes variações dependendo do país, idade e escolaridade (Christin-Maitre, 2013).

Nos países em desenvolvimento, semelhantes probabilidades de descontinuação são registradas para preservativos e injetáveis, mas as estimativas mais baixas são típicas de contraceptivos orais (34%) e DIU (12%) (Nações Unidas, 2004). As principais razões para a interrupção são efeitos adversos e preocupações com a saúde (Cleland, 2009).

3.2 - CONTRACEPTIVOS ORAIS:

Pílulas combinadas são categorizadas como monofásicas ou multifásicas, de-

pendendo dos diferentes níveis de hormônios contidos em cada comprimido por ciclo. A pílula inicial era monofásica, porém pílulas bifásicas e trifásicas foram introduzidas na década de 1980. Elas foram inicialmente projetadas para diminuir potenciais efeitos adversos, tais como náuseas e dores de cabeça. Um segundo objetivo era imitar o ciclo natural do ser humano mais de perto (Christin-Maitre, 2013).

Pílulas apenas de progestinas devem ser diferenciadas de contraceptivos orais combinados. Este tipo de pílula não contém estrogênio, apenas progestogênios sintéticos e são chamadas de minipílulas. Essas pílulas têm estado disponíveis desde 1973 e estão atualmente propostas para mulheres com contraindicações ao uso de estrogênios, já que sua eficácia é menor que a das pílulas combinadas e sua tolerância nem sempre é muito boa. Podem induzir hemorragias, bem como acne e cistos ovarianos. A dose de progestina contida neste tipo de pílula é menor do que em COC´s. Portanto, a inibição da ovulação é menor (Christin-Maitre, 2013).

COC´s foram utilizados pela primeira vez como contracepção de emergência, conforme recomendado pelo Dr. Albert Yuzpe, um canadense obstetra/ginecologista e publicado pela primeira vez em 1974. Este método era utilizado dentro de até 72 horas após relação sexual. Outra pílula deveria ser tomada dentro de 12 horas de intervalo da primeira. Este método tem sido usado por milhões de mulheres, no entanto, a sua tolerância é baixa, e náuseas, vômitos e dores de cabeça são efeitos adversos frequentes. Portanto, em 1999, foi substituído por uma pílula única de progesterona e, mais recentemente, por um modulador seletivo do receptor de progesterona (MSRP) (Christin-Maitre, 2013).

O MSRP disponível como contracepção de emergência é o acetato de ulipristal (UPA). É um derivado da 19-norprogesterona e é administrado em uma dose única de 30 mg. Foi aprovado em maio de 2009 pela Comissão Europeia e comercializado como um contraceptivo de emergência administrado no prazo de até 5 dias após a relação sexual desprotegida (Christin-Maitre, 2013).

Uma pílula contendo estetrol, um estrogênio sintético idêntico a um estrogênio fetal endógeno, está atualmente em desenvolvimento. Esta molécula é um Modulador Seletivo do Receptor de Estrogênio (MSRE) e tem atividade estrogênica no osso e endométrio e atividade antiestrogênica no seio (Christin-Maitre, 2013).

3.3 - CONTRACEPTIVOS INJETÁVEIS:

Os contraceptivos hormonais injetáveis são anticoncepcionais de uso feminino, contendo progestogênio isolado ou em associação com estrogênio natural, para administração parenteral intramuscular, com doses de longa duração (Ranieri & Silva, 2011). Progestinas injetáveis foram desenvolvidas alguns anos após o comprimido de forma a tornar possível a utilização de um método eficaz, sem necessitar tomar um comprimido, uma vez por dia (Christin-Maitre, 2013).

3.4 - DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS:

Na atualidade, a utilização do Dispositivo Intrauterino – DIU - constitui o método contraceptivo mais ampliado pelos países em desenvolvimento com uma média de 130 milhões de mulheres utilizando esse método (Goméz et al., 2011). O DIU é o método que está indicado em pacientes que desejam um anticoncepcional eficaz, prático, de longa

duração e prontamente reversível, bastando, para isso, a sua simples retirada. Além disso, se levarmos em conta o seu tempo de utilização, podemos considerá-lo como de relativo baixo custo (Souza & Geber, 2004).

3.5 - CONTRACEPTIVOS CUTÂNEOS:

A fim de aumentar a eficácia, tolerância e conformidade, vias alternativas de contracepção combinada têm sido desenvolvidas, tais como a via transdérmica. O aumento da biodisponibilidade que implica menores doses de esteroides é necessário nestes sistemas (Burkman, 2004). A distribuição transdérmica evita a degradação enzimática no trato gastrointestinal e também um possível metabolismo de primeira passagem no fígado (Burkman, 2007).

3.6 - CONTRACEPTIVOS VAGINAIS:

O conceito de anel vaginal contraceptivo (AVC) baseia-se numa combinação de dois princípios: a capacidade dos esteroides para difundir lentamente numa taxa constante por meio de elastômeros de silicone biocompatíveis e a capacidade do epitélio vaginal para absorver rapidamente esteroides colocados na vagina para a circulação. O suprimento vascular da vagina é composto de uma rede complexa de artérias e veias, que favorece a absorção de esteroides e outras moléculas através do epitélio vaginal para a circulação sistêmica, tornando-se uma via muito eficaz de administração. A atratividade do uso da via vaginal para administração de esteroides e outras drogas reside na sua qualidade de evitar a absorção gastrointestinal e metabolismo hepático de primeira passagem e a uma maior biodisponibilidade, conforme em comparação com a administração das mesmas doses de esteroides por outras vias (Brache & Faundes, 2010).

3.7 - CONTRACEPTIVOS IMPLANTÁVEIS:

Os implantes contraceptivos são um método atraente de contracepção, porque eles são métodos reversíveis seguros, altamente eficazes, e não dependem da colaboração da paciente. Os implantes são atualmente aprovados em mais de 60 países e têm sido utilizados por mais de 11 milhões de mulheres. Em geral, os implantes são apenas de progesterona contendo cápsulas ou hastes que são colocadas na camada subcutânea da pele. A progesterona é incorporada em um polímero não biodegradável utilizado para liberar lentamente uma dose diária de esteroides, que diminui ao longo do tempo de vida do implante (Isley, 2007).

4 - ANATOMIA, FISIOLOGIA E HISTOLOGIA DA MAMA

4.1 - ANATOMIA:

De origem dérmica, a glândula mamária permanece inserida na pele através de uma fáscia constituída por uma estrutura em favo de mel com volumosos e desiguais compartimentos (lóculos), que envelopam, separadamente e em conjunto, os lobos ma-

mários. Esses lobos, em número variável, são constituídos de ductos, lóbulos e tecido conectivo. Os ductos, incluídos no broto glandular, alongam-se e ramificam-se, terminando em fundo cego, em nível dos lóbulos. Na região retroareolar, os ductos galactóforos apresentam uma dilatação segmentar, denominada seio lactífero e o último segmento ductal é chamado ducto terminal, que, ao penetrar no lóbulo, passa a se chamar unidade ductolobular terminal (Duarte, 2006).

O lóbulo é a menor unidade estrutural da glândula, sendo composto pela unidade ductolobular terminal e por ácinos (dúctulos) e tecido conectivo. A aréola é dotada de glândulas apócrinas, sebáceas e sudoríparas (Duarte, 2006).

A placa aréolo-papilar é altamente inervada. A glândula mamária se insere na pele através das cristas de Duré dos ligamentos de Cooper. A inervação da mama tem origem no plexo cervical e, principalmente, nos nervos intercostais. A mama é nutrida por ramos das artérias axilar, mamária interna e das intercostais. A drenagem venosa acompanha a rede arterial, obviamente com fluxo inverso (Duarte, 2006).

4.2 - FISIOLOGIA:

Menarca: Com o desenvolvimento ovariano, por ação do hormônio folicular estimulante da hipófise e com o surgimento de estrógeno, os ductos galactóforos se alongam e seu epitélio reduplica-se e se estende dando origem aos brotos dos futuros lóbulos mamários. Com a ovulação, processa-se o início da maturação glandular associada à secreção de progesterona (Duarte, 2006).

Ciclo menstrual: As flutuações de tamanho e textura da mama correspondem também a efeitos de atividades hormonais. Existe na mama elevado conteúdo aquoso e tecido fibroglandular durante a menstruação. A atividade mitótica é reduzida na fase folicular, enquanto o pico de apoptose ocorre 3 dias depois do pico de atividade mitótica (Duarte, 2006).

Ciclo gravídico: Alterações secretórias irregularmente distribuídas ocorrem nesse período. No início da gestação, os ductos terminais e lóbulos crescem rapidamente. O citoplasma das células lobulares torna-se vacuolado e as secreções se acumulam progressivamente, distendendo as glândulas lobulares (Duarte, 2006).

Menopausa: A principal característica da mama da mulher em menopausa é a atrofia epitelial e dos lóbulos, a redução numérica da celularidade e do número de lóbulos. Histologicamente ocorrem três tipos de alterações: atrofia dos lóbulos, espessamento da membrana basal e colagenização do estroma intralobular (Duarte, 2006).

4.3 - HISTOLOGIA:

As células mioepiteliais e as células epiteliais glandulares são as mais importantes associadas aos ductos e lóbulos mamários. As células epiteliais glandulares revestem o sistema ductal, enquanto as mioepiteliais situam-se profundamente no epitélio entre as células epiteliais e a lâmina basal. Essas células, dispostas em uma rede semelhante a uma cesta, estão presentes nas porções secretoras da glândula (Ross, 2014).

No início da puberdade as glândulas mamárias em mulheres passam por um maior desenvolvimento sob a influência hormonal dos estrógenos e da progesterona. Os estrógenos estimulam as células mesenquimais a se desenvolver mais e a proliferação das

células epiteliais é controlada por interações entre o epitélio e o estroma do tecido conjuntivo frouxo intralobular especializado e sensível a hormônios (Ross, 2014).

5 - CÂNCER DE MAMA

Os carcinomas de mama consistem em tumores malignos, geralmente adenocarcinonas. Estes se originam das células epiteliais dos ductos lactíferos, mais especificamente nos lóbulos das glândulas mamárias, costumando se disseminar por meio dos vasos linfáticos, onde as células cancerígenas são conduzidas da mama para os linfonodos, geralmente aqueles situados na axila, em que se alojam, produzindo metástase. Em quase todos os casos, podem ser causados devido a mutações de genes celulares, chamados de oncogênese, controlando o crescimento e a mitose celular (Oliveira et al., 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que a incidência de câncer de mama crescerá cerca de 50% em comparação com os dias de hoje, o que corresponderia a 15 milhões de novos casos para o ano de 2020 (Oliveira et al., 2016).

5.1 - MARCADORES TUMORAIS

Estudos apontam que as mulheres com mutações nos genes BRCA1/2 têm um elevado risco de desenvolvimento de cânceres de mama e ovários. Os mecanismos exatos, que respondem por esses portadores da mutação BRCA1/2 predominantemente desenvolverem câncer nestes órgãos hormonalmente regulamentados não são claros, porém é possível que tais genes possam interagir com o estrogênio na carcinogênese mamária. O estrogênio está envolvido na carcinogênese da mama pela promoção da proliferação celular e/ou agindo como um agente genotóxico, através dos seus metabolitos, gerando danos ao DNA mutagênico. Os genes BRCA1/2 estão envolvidos em várias funções celulares importantes na carcinogênese, incluindo danos na reparação do DNA, bem como o ponto de verificação do ciclo celular (Lee et al., 2008).

Considerando-se que os genes acima mencionados estão envolvidos no reparo do DNA e que o dano ao DNA reparado em células em proliferação é um risco para o câncer de mama, o efeito do estrogênio e progesterona pode ser ainda mais forte entre os portadores de mutação BRCA1 / 2 do que entre a população em geral (Lee et al., 2008).

5.2 - PRINCIPAIS TIPOS

O carcinoma ductal infiltrante (CDI) é a variedade mais comum de carcinoma mamário, representando 85% de todos os cânceres invasivos. Já o carcinoma lobular infiltrante (CLI) é a próxima variedade mais comum, representando entre 5,8% e 15% (Molland et al., 2004). Tem-se relatado que o CLI tem características histopatológicas e comportamento distinto ao CDI, como por exemplo: idade tardia e maior tamanho tumoral ao momento do diagnóstico, tendência a multifocalidade, multicentricidade, e bilateralidade, menor diferenciação e maior tendência a ser positivo a receptores hormonais. Outras de suas características são dificuldades em definir suas margens ao exame físico, suas características mamográficas e aparência macroscópica pré-operatória ao estudo definitivo da peça cirúrgica (Marín et al., 2011).

No caso do carcinoma ductal in situ (CDIS), a lesão se encontra limitada na membrana basal sem infiltrar o estroma e sem alcançar os vasos (García et al., 2016). Tanto CDIS como tumores de mama invasivos são compostos por fenótipos heterogêneos, com variação de características clínico-patológicas como grau histológico, receptor alfa de estrogênio (ER), receptor de progesterona (PR), receptor do fator de crescimento epidérmico humano 2 (HER2/ERBB2), e receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR). CDIS são comumente indicados a terem alterações no número de cópias que são a característica da doença invasiva, o que sugere que a instabilidade genômica é um evento precoce na tumorigênese da mama (Lesurf et al., 2016).

5.3 - FATORES DE RISCO

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama relacionam-se com idade avançada, características reprodutivas, história familiar, hábitos de vida e influências ambientais. As características reprodutivas de risco se dão porque a doença é estrogênio-dependente (Silva & Riul, 2011) e compreende a menarca precoce (aos 11 anos ou menos), a menopausa tardia (aos 55 anos ou mais), a primeira gestação após os 30 anos e a nuliparidade (Weiderpass; Meo; Vainio, 2011).

5.4 - IDADE:

Este câncer é raro antes dos 35 anos, crescendo rápida e progressivamente com a idade, sendo descoberto, principalmente, entre os 40 e 60 anos de idade (Weiderpass; Meo; Vainio, 2011).

5.5 - ESTILO DE VIDA:

Os hábitos de vida relacionados são a obesidade, pelo aumento do nível de estrogênio produzido no tecido adiposo, principalmente no climatério; uso regular de álcool acima de 60 gramas por dia, pois o acetaldeído, primeiro metabólito do álcool, é carcinogênico, mutagênico, estimulador da produção de estrogênio e imunodepressor (Silva & Riul, 2011); e há evidência limitada, com resultados inconsistentes, sugerindo que o tabagismo também está associado com o risco de câncer de mama em mulheres, em particular quando o tabagismo começa cedo e antes da primeira gravidez (antes do tecido mamário amadurecer), continuando durante várias décadas (Weiderpass; Meo; Vainio, 2011).

5.6 - HISTÓRICO FAMILIAR:

A história familiar inclui as seguintes situações: um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama antes dos 50 anos, um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer ovariano em qualquer idade, parente masculino com câncer de mama e doença mamária benigna prévia (Weiderpass; Meo; Vainio, 2011).

5.7 - FATORES AMBIENTAIS:

A principal influência ambiental é a exposição prévia às radiações ionizantes, sendo diretamente proporcional à dosagem da radiação e inversamente proporcional à

idade da mulher na época da exposição. A International Agency for Research on Cancer (IARC) classificou a radiação-X e radiação-ɣ como agentes cancerígenos que apresentam provas suficientes em seres humanos em relação ao risco de câncer de mama feminino (aumento de 2 a 4 vezes no risco em altas doses comparado com o mínimo de exposição) (Weiderpass; Meo; Vainio, 2011).

5.8 - CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS:

Idade precoce da menarca (≤11 anos), idade tardia na menopausa (≥55 anos), nuliparidade, e idade da primeira gravidez a termo acima de 30 anos, todos foram mostrados consistentemente estar associados ao aumento do risco de câncer de mama na mulher (Weiderpass; Meo; Vainio, 2011).

5.9 - HORMÔNIOS EXÓGENOS:

O uso de estrogênio-progestogênio na contracepção e/ou na terapia de reposição hormonal aumenta o risco de câncer de mama, enquanto a terapia de reposição hormonal somente com estrogênio pode ser associada a um risco aumentado de desenvolvimento de câncer de mama em mulheres (Weiderpass; Meo; Vainio, 2011).

6 - O PAPEL DOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS NO DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER DE MAMA

A IARC classificou o estrogênio exógeno e a progesterona como grupo I de carcinogêneos, que são denominadas substâncias carcinogêneas humanas (International Agency for Research on Cancer, 2012).

Inicialmente, muitas preocupações surgiram a partir de estudos dos antigos contraceptivos orais, que continham altas doses de estrogênio. Na atualidade, estes contraceptivos contêm quantidades muito menores de estrogênios e de progestinas, o que reduziu de modo significativo os riscos associados a seu uso. Não obstante, ainda existem, hoje, muitas preocupações sobre o uso dos estrogênios, especialmente no que diz respeito ao câncer (Brunton; Bruce; Björn, 2012).

Dados epidemiológicos, modelos animais e estudos in vitro demonstraram que os hormônios reprodutivos, especialmente estrogênios, desempenham um papel fundamental na etiologia do câncer da mama (Althuis et al., 2004), sendo os efeitos destes hormônios mediados pelos seus respectivos receptores, ER e PR (Bao et al., 2011).

Historicamente, as ações carcinogênicas dos estrogênios foram relacionadas aos seus efeitos tróficos. Suponha-se que um aumento na proliferação celular causaria um aumento nos erros espontâneos associados à replicação do DNA, e que, então, os estrogênios intensificariam o crescimento de clones com mutações introduzidas por este ou por outros mecanismos (Brunton; Bruce; Björn, 2012).

Mais recentemente, um outro mecanismo foi proposto: se os estrogênios cate-

cóis, especialmente os 4-hidroxicatecóis, são convertidos em semiquinonas ou quinonas antes da "inativação" pela Catecol-O-Metiltransferase (enzima que degrada as catecolaminas), tais produtos, ou espécies reativas de oxigênio geradas durante as subsequentes biotransformações, podem causar lesão química direta às bases do DNA. A este respeito, a CYP1B1, que tem atividade específica de estrogênio-4-hidroxilase, encontra-se presente em tecidos, como a mama, que dão frequentemente origem a cânceres responsivos de hormônios (Brunton; Bruce; Björn, 2012).

Em humanos, medicamentos contendo estrogênios exógenos ou concentrações elevadas de estrogênios endógenos circulantes aumentam o risco de cânceres uterinos e mamários. Mesmo assim, estrogênios sintéticos ou esteroides ou, ainda, os seus metabolitos não conseguiram induzir mutações genéticas em vários ensaios de mutação de genes bacterianos e mamíferos clássicos e foram, portanto, classificados como cancerígenos epigenéticos (Cavalieri et al., 2000).

É sabido que a atividade mitótica na mama é máxima durante a fase lútea e como é bem conhecido é dominada pela progesterona do corpo lúteo. Tem sido relatado que para determinados cultivos celulares, a linha celular T47-D, procedentes de cânceres de mama crescem de maneira mais rápida e intensa em presença de progesteronas. Nestas culturas se tem observado uma maior produção de proteínas antiapoptóticas (proteína bcl- xL) que estão envolvidas na imortalização das células tumorais (Castelo-Branco et al., 2003).

As principais preocupações atuais acerca dos efeitos carcinogênicos dos contraceptivos orais convergem para o câncer de mama e vários estudos sendo feitos emergem para o dado de que o risco deste tipo de câncer em mulheres em idade fértil é muito baixo (Brunton; Bruce; Björn, 2012).

É possível ainda inferir que as usuárias atuais de contraceptivos orais neste grupo têm apenas um aumento muito pequeno do risco relativo, de 1,1 para 1,2, dependendo de outras variáveis e este pequeno aumento não é substancialmente afetado pela duração do uso, dose ou tipo de componente, nem pela ocasião do primeiro uso nem pela paridade (Brunton; Bruce; Björn, 2012).

Significativamente, após 10 anos de interrupção do uso, não há mais diferença na incidência de câncer de mama entre as antigas usuárias e as que nunca usaram contraceptivos. Além disso, os cânceres de mama diagnosticados em mulheres que usaram contraceptivos orais estão mais provavelmente localizados na mama, sendo assim de mais fácil tratamento, ou seja, é menos provável que já se tenham disseminado para outros locais. Assim, não há diferença global significativa no risco cumulativo de câncer de mama entre as mulheres que usaram e as que nunca usaram contraceptivos orais (Brunton; Bruce; Björn, 2012).

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais preocupações atuais acerca dos efeitos carcinogênicos dos contraceptivos orais convergem para o câncer de mama, embora alguns estudos mostrem que o risco deste tipo de câncer em mulheres em idade fértil é muito baixo. O desenvolvimento deste tipo de câncer é uma soma de fatores intrínsecos e extrínsecos e que o uso dos

contraceptivos hormonais seria apenas um destes fatores, porém não o mais importante, visto que estudos realizados nos últimos anos demonstram que não há diferença global significativa no risco cumulativo de câncer de mama entre as mulheres que usaram e as que nunca usaram contraceptivos orais.

Poucos são os estudos que relatam o uso de outros contraceptivos hormonais, que não sejam os orais, e sua relação com o câncer de mama ou outros tipos de câncer. Esses estudos sobre o uso de hormônios sintéticos e sua relação com a carcinogênese têm, ainda, muito a contribuir com as descobertas tanto de novos alvos diagnósticos e terapêuticos, como mecanismos de prevenção, não apenas para o câncer de mama, mas para diversos outros tipos de câncer.

REFERÊNCIAS

ALTHUIS, M. D. et al. Etiology of Hormone Receptor-Defined Breast Cancer: A Systematic Review of the Literature. Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention, Maryland, v. 13, n. 10, p. 1558-1568, 2004.

BAO, P. et al. Association of Hormone-Related Characteristics and Breast Cancer Risk by Estrogen Receptor/Progesterone Receptor Status in the Shanghai Breast Cancer Study. American Journal of Epidemiology, Tennessee, v. 174, n. 6, p. 661-671, 2011.

BRACHE, V.; FAUNDES, A. Contraceptive vaginal rings: a review. Contraception, São Paulo, v. 82, p. 418-427, 2010.

BRITO, M. B.; NOBRE, F.; VIEIRA, C. S. Hormonal Contraception and Cardiovascular System. Universidade de São Paulo, São Paulo, p. 1-8, 2010.

BRUNTON, L. L.; BRUCE, A. C.; BJÖRN, C. K. As Bases Farmacológicas da Terapêutica. McGraw Hill, Rio de Janeiro, ed. 12, cap. 40, p. 1163-1193, 2012.

BURKMAN, R. T. The transdermal contraceptive system. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts, v. 190, p. 49-53, 2004.

BURKMAN, R. T. Transdermal hormonal contraception: benefits and risks. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts, p. 134.E1-134.E6, 2007.

CASTELO-BRANCO, C. et al. Utilidad de los anticonceptivos con gestagenos solos en pacientes con antecedentes personales de cancer de mama: influencia de los gestagenos en el desarrollo del cancer de mama. Revista Chilena de obstetrícia y ginecología, Santiago, v. 68, n. 3, p. 265273, 2003.

CHRISTIN-MAITRE, S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. Best Practice and Research Clinical Endocrinology and Metabolism, Paris, v. 27, p. 3-12, 2013.

CLELAND, J. Contraception in historical and global perspective. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, Londres, v. 23, p. 165-176, 2009.

DUARTE, D. L. A mama em imagens. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, cap. 2, p. 6-20, 2006.

FOLKERD, E.; DOWSETT, M. Sex hormones and breast cancer risk and prognosis. Breast, Londres, v. 22, n. 2, p. 38-43, 2013.

GARCÍA, M. et. Al. Carcinoma in situ de mama: análisisde los casos y evaluación de las recidivas em nuestro centro, 1999-2012. Revista de Senologia y Patologia Mamaria, Barcelona, v. 29, n. 3, p. 106-112, 2016.

GOMÉZ, A. F. et al. Migración de un dispositivo intrauterino al ovário. Revista Cubana de Obstetrícia y Ginecología, Bayamo, v. 37, n. 3, p. 409-413, 2011.

HUNTER, D. J. et al. Oral contraceptive use and breast cancer: a prospective study of young women. Cancer Epidemiology, Biomarkers e Prevention, Missouri, v. 19, n. 10, p. 2496-2502, 2010.

INTERNACIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008. IARC, Lyon, 22 mai. 2012. Disponível em: < http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs online/wcr/2008/wcr >. Acesso em: 8 ago. 2016.

ISLEY, M. M.; EDELMAN, A. Contraceptive Implants: An Overview and Update. Obstetrics Gynecology Clinics of North America, Portland, v. 34, p. 73-90, 2007.

JONES, R. K. Beyond Birth Control: The Overlooked Benefits of Oral Contraceptive Pills. Guttmacher Institute, New York, p. 1-9, 2011.

KARIM, S. M. et al. Oral Contraceptives, Abortion and Breast Cancer Risk: a Case Control Study in Saudi Arabia. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Arábia Saudita, v. 16, n. 9, p. 3957-3960, 2015.

LEE, E. et al. Effect of Reproductive Factors and Oral Contraceptives on Breast Cancer Risk in BRCA1/2 Mutation Carriers and Noncarriers: Results from a Population-Based Study. Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention, Oslo, v. 17, n. 11, p. 3170-3178, 2008.

LESURF, R. et al. Molecular Features of Subtype-Specific Progression from Ductal Carcinoma in Situ to Invasive Breast Cancer. Cell Reports, Montreal, v. 16, p. 1166-1179, 2016.

MARCHBANKS, P. A. et al. Oral contraceptive formulation and risk of breast cancer. Contraception, USA, v. 85, p. 342-350, 2012.

MARÍN, V. A. et al. Es carcinoma lobulillar infiltrante igual a carcinoma ductal infiltrante? Seguimiento a largo plazo. Revista Venezuelana de Oncologia, Caracas, v. 23, n. 2, p. 56-65, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher (PNDS), 2006. Ministério da Saúde: Brasília, 17 dez. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/saude_nutricional.php>. Acesso em: 5 ago. 2016.

MOLLAND, J. G. et al. Infiltrating lobular carcinoma: a comparison of diagnosis, management and outcome with infiltrating duct carcinoma. The Breast, Nova Gales do Sul, v. 13, p. 389-396, 2004.

OLIVEIRA, M. F. et al. Retrospective study of patients diagnosed with breast cancer hospitalized in university hospital. Revista Brasileira de Mastologia, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 56-59, 2016.

POOSARI, A. et al. Hormonal Contraceptive Use and Breast Cancer in Thai Women. Journal of Epidemiology, v. 24, n. 3, p. 216-220, 2014.

RANIERI, C. M.; SILVA, R. F. Atenção Farmacêutica no uso de contraceptivos. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Centro Universitário Filadélfia, Paraná, p. 1-47, 2011.

ROSS, M. H. Histologia: texto e atlas. Em correlação com biologia celular e molecular. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, cap. 23, p. 877-885, 2014.

SILVA, P. A.; RIUL, S. S. Breast cancer: risk factors and early detection. Revista Brasileira de Enfermagem, Minas Gerais, v. 64, n. 6, p. 1016-1021, 2011.

SOUZA, M. A. M.; GEBER, S. Estudo dopplerfluxométrico das artérias uterinas antes e após inserção do DIU. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Minas Gerais, v. 26, n. 5, p. 399-404, 2004.

WEIDERPASS, E.; MEO, M.; VAINIO, H. Risk Factors for Breast Cancer, Including Occupational Exposures. Safety and Health at Work, Helsínquia, v. 2, p. 1-8, 2011.

CAPÍTULO 9

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 – REVISÃO INTEGRATIVA.

FUNCTIONAL CAPACITY EVALUATION IN THE ELDERLY WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS - INTEGRATIVE REVIEW

Vanessa da Nóbrega Dias[1]
Adriana Guedes Carlos[2]
Joselúcia da Nóbrega Dias[3]
Juliana Maria Gazzola[4]

1 Mestrado em Fisioterapia - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente do Centro Universitário Unifacex. Email: vanessanobrega.d@hotmail.com
2 Mestrado em Fisioterapia - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Email: adrianaguedes@hotmail.com
3 Mestrado em Saúde e Sociedade - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Pós Graduanda (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Email: josynobrega14@gmail.com
4 Doutora em Ciências - UNIFESP. Docente de Fisioterapia - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Email: juliana.gazzola@terra.com.br

RESUMO

Objetivo: Sistematizar os resultados das pesquisas sobre a avaliação da Capacidade Funcional em idosos com Diabetes Mellitus. Métodos: Realizou-se levantamento bibliográfico nos meses de Maio e Junho de 2015, nas bases de dados eletrônicas LILACS, MEDLINE, SciELO, Biblioteca Cochrane, Pubmed, PEDro, Periódicos Capes e Bireme, de estudos publicados 2005 até 2015. Adotou-se como critérios de inclusão: O estudo ser do tipo experimental ou observacional, a amostra ser composta por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e o objetivo do estudo ser a avaliação da capacidade funcional dos indivíduos com Diabetes Mellitus. Resultados: Dos 20 estudos encontrados, apenas cinco foram selecionados, sendo quatro na Pubmed e um no Periódicos Capes. Todos divergiram em relação ao protocolo de avaliação. Conclusão: Devido ao pequeno número de estudos encontrados, não foi possível estabelecer consenso a respeito de um intrumento de avaliação específico para esta população. Os testes e escalas encontrados utilizados nas pesquisas foram: SIT TO Stand, Testes de prenssão manual, desempenho físico modificado (TDMF), caminhada de seis minutos (TC6), Escala proposta por RIKLI e JONES, Escala de Lawton, Índice de Katz e o Stanford Health Assessment Questionnaire.

PALAVRAS-CHAVE: Elderly. Performance human. Funcional capacity. Diabetes mellitus type 2. Diabetes mellitus.

ABSTRACT

Objective: To systematize the results of research on the functional capacity of the elderly with diabetes mellitus. Methods: A bibliographic analysis was carried out in May and June 2015 in the electronic databases LILACS, MEDLINE, SciELO, Cochrane Library, Pubmed, PEDro, Periodicals Capes and Bireme, from 2005 to 2015. The study was one of experimental and observational, the sample of clinical comedienced or superior to 60 years and the study is the evaluation of functional capacity of individuals with Diabetes Mellitus. Results: Of the 20 studies found, only five were selected, four in Pubmed and one in Capes Periodicals. All of them differed from the evaluation protocol. Conclusion: the number of existing studies was not elaborated as a specific study protocol for this population. SITES: Stand, Manual preparation tests, moderate physical performance (TDMF), six-minute walk (6MWT), proposed RIKLI and JONES Scale, Lawton Scale, Katz Index and the Stanford Health Assessment Questionnaire.

KEYWORDS: Elderly. Performance human. Funcional capacity. Diabetes mellitus type 2. Diabetes mellitus.

1 - INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística[1] (IBGE), a proporção de idosos no Brasil em 2000 era de 9%, com previsão de atingir a marca dos 15% no ano de 2020, isto já o classificava, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como um país estruturalmente envelhecido, pois a proporção de idosos na sua população ultrapassa 7%. Em 2050, as projeções do IBGE mostram que haverá cerca de 38 milhões de idosos, o que colocará o Brasil na sexta posição entre os países com maior proporção de idosos no mundo.

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica com muitos casos em todo o mundo (Nascimento et al., 2010). De acordo com a International Diabetes Federation - IDF, essa doença acomete aproximadamente 7,6% da população com faixa etária entre 30 a 69 anos e deve atingir 438 milhões de pessoas no mundo em 2030. Portanto, deve ser considerado um problema de saúde pública que gera grande impacto econômico e social em vários países (Cenci et al, 2013).

A DM Tipo 2 (DM2) é o tipo mais comum na população idosa. Ela é caracterizada como uma desordem metabólica que resulta em um estado de hiperglicemia crônica (Lima; Freitas, 2012). Isto ocorre quando há um distúrbio no metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas, que por sua vez é decorrente de um distúrbio da secreção e/ou ação da insulina nos tecidos alvos (Franchi et al., 2008; American Diabetic Association, 2006). É comum encontrar os componentes da síndrome plurimetabólica, como obesidade, hipertensão arterial, componente genético, maior frequência de complicações macrovasculares e altos índices de colesterol e triglicérides (Narsi; Sá, 2011).

Esta doença é fator de risco para outras comorbidades, que surgem decorrentes de alterações funcionais de diversos órgãos e sistemas que ficam expostos ao descontrole do metabolismo dos carboidratos (Cordeiro et al, 2009). Os pacientes com este distúrbio podem sofrer com alterações auditivas, vestibulares ou mistas; que se manifestam desde tonturas (rotatória ou não e queixas de instabilidade postural) até hipoacusia flutuante, perdas neurosensorias e ainda e sensação de plenitude aural (Marchiori; Gibrin, 2003).

Tais condições são, na maioria das vezes, geradoras de um processo incapacitante, ou seja, o processo pelo qual uma determinada condição (aguda ou crônica) afeta a funcionalidade dos idosos e, consequentemente, o desempenho das atividades cotidianas. Considerando isso, a avaliação do estado de saúde da população idosa utilizando, apenas dados clínicos e de mortalidade, pode não fornecer informações mais detalhadas das reais condições de vida e saúde dessa população. Ante essa realidade, indicadores de morbidade que abordem também as incapacidades vêm demonstrando ser os mais adequados, pois refletem as diferentes dimensões do idoso afetadas pelo impacto da doença/incapacidade (FERNANDES, PEREIRA, HONORATO, FERNANDES, 2011).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) prioriza a funcionalidade como um componente da saúde, sendo mais condizente aos

1 IBGE. População Brasileira envelhece em ritmo acelerado: Disponível em: HTTP://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_notitcia=1272&id_pagina=1 [acesso 2010 abril 5].

objetivos das profissões da área da reabilitação e em especial da Gerontologia, já que objetiva a otimização da Capacidade Funcional (PERRACINI, FLÓ, GUERRA, 2009) como proposto pela Política Nacional de Saúde do Idoso (1999).

O conhecimento dessas possíveis diferenças pode orientar a atenção à saúde do idoso, visando à tomada de decisões e o planejamento de ações de educação, prevenção e promoção de saúde. Além disso, a limitação na capacidade funcional pode diminuir o convívio social e interferir no senso de bem-estar. Nessa perspectiva, preservar a capacidade funcional é um dos principais objetivos da Fisioterapia (ANJOS et al, 2012).

Dessa forma, o objetivo desse estudo é sistematizar os resultados das pesquisas sobre a avaliação da Capacidade Funcional em indivíduos idosos com Diabetes Mellitus tipo 2.

2 - METODOLOGIA

Para verificar o conjunto de publicações sobre o tema, realizou-se levantamento bibliográfico nos meses de Maio e Junho de 2015, nas bases de dados eletrônicas LILACS, MEDLINE, SciELO, Biblioteca Cochrane, Pubmed, PEDro, Periódicos Capes e Bireme. Utilizou-se, como estratégia de pesquisa, nas bases de dados, a combinação das palavras-chave: “elderly”, “performance human” ou “funcional capacity”, “diabetes mellitus type 2” ou “diabetes mellitus”. As buscas foram limitadas por idioma (inglês, português e espanhol) e data de publicação (últimos dez anos - Maio/Junho de 2005 a Maio/Junho de 2015).

Adotou-se como critérios de inclusão: O estudo ser do tipo experimental ou observacional, a amostra ser composta por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e o objetivo do estudo ser a avaliação da capacidade funcional dos indivíduos com Diabetes Mellitus. Para critérios de exclusão: O estudo apresentar dados apenas preliminares e ser randomizado, no caso dos ensaios clínicos.

A escolha dos artigos foi realizada por dois revisores independentes, obedecendo aos critérios de inclusão, pelo título e resumo dos artigos. Caso tivessem alguma discordância, os revisores liam o artigo na íntegra, discutiam e, ainda, passavam para um terceiro revisor.

A metodologia dos estudos selecionados, cujo tipo era ensaio clínico, foi avaliada pela escala PEDro, que é muito utilizada na área de reabilitação. A escala tem uma pontuação total de 10 pontos que avaliam a qualidade metodológica de estudos experimentais, sendo que escores ≥5 são considerados de alta qualidade. A pontuação da escala é feita pela atribuição de um ponto na presença de indicadores da qualidade da evidência apresentada e zero ponto na ausência desses indicadores, sendo que o primeiro critério (critérios de seleção da amostra) não deve ser pontuado. Quanto maior a pontuação, mais adequado é o desenho do estudo e maior é a possibilidade de reprodutibilidade dos dados apresentados.

As discordâncias entre os pesquisadores nas fases de seleção e avaliação dos estudos foram solucionadas em consenso com o auxílio de um terceiro pesquisador que analisou as questões divergentes. Realizou-se a análise por revisão crítica dos conteúdos

e confrontou-se com outras publicações sobre o assunto. Para a classificação final da qualidade dos artigos, os itens discrepantes foram revistos e discutidos até a obtenção de consenso sobre a pontuação.

3 - RESULTADOS

Da busca inicial realizada em Maio de 2015 foram encontrados 20 estudos. Sendo 14 na base de dados Pubmed, porém apenas 4 foram selecionados . Na base de dados Scielo foram encontrados 2 artigos, sendo que nenhum foi selecionado, por não preencher aos critérios de inclusão e exclusão deste estudo. No Periódicos Capes foram encontrados 4, porém apenas 1 permaneceu neste estudo. Não foi encontrado nenhum artigo nas demais bases de dados pesquisadas. As características dos arquivos selecionados são apresentadas na Tabela 1. Houve uma grande variabilidade em relação ao método de avaliação, tipo de teste e escala utilzada e aos desfechos analisados.

As amostras foram constituídas por participantes de ambos os gêneros, porém com prevalência de mulheres, inclusive um estudo foi composto apenas por mulheres e o tamanho amostral variou bastante entre os estudos. Os dados sobre Diabetes Mellitus mais comuns encontrados nos estudos foram a avaliação glicêmica, através dos exames laboratoriais, auto relato da doença pelo paciente e o uso do medicamento para controle. Com relação aos critérios de inclusão, todos utilizaram a avaliação cognitiva como mensuração para os participantes, de modo que estes fossem capazes de responder as questões de investigação.

Esta revisão observou que muitos trabalhos não apresentam as informações necessárias para que clínicos e pesquisadores façam uma escolha segura de um determinado instrumento.

As escalas encontradas na literatura para avaliação funcional na população com DM foram: Índice de Kats e Escala de Lawton, SIT TO Stand Test e Teste de Preensão manual, Teste de Desempenho Físico Modificado (TDFM) e Teste de Caminhada de seis minutos (TC6), Stanford Health Assessement Questionnaire e a Escala proposta por RIKLI JONES (1999).

Autor /Ano	Amostra	Desfecho metodológico	Protocolo de avaliação	Resultados	Conclusões
Leenders et al, 2013	92 idosos da comunidade G1 – com DM: 60 G2 – Sem DM: 32 Idade média: G1: 71 anos G2: 70 anos	Ensaio clínico	SIT TO Stand Test e Teste de prenssão manual	Indivíduos com DM apresentaram um um tempo mais longo no SIT TO STAND e menor força de preensão palmar.	Em conclusão, os pacientes idosos com DM mostram um declínio acelerado da força muscular e capacidade funcional quando comparados com os controles normoglicêmicos. É evidente que os programas de intervenção do tipo resistência exercício destinadas a prevenir e / ou tratar a sarcopenia deve ser adaptado para pacientes idosos com diabetes tipo 2.
Anjos et al, 2012	40 idosos comunitários G2 - Com DM: 20 G1 - Sem DM: 20 Idade média: G1 - 70,6 anos G2 - 68,1 anos	observacional transversal	Teste de desempenho físico modificado (TDMF) e o teste de caminhada de seis minutos (TC6).	Indivíduos com DM apresentaram pior desempenho nos testes.	Os idosos com DM apresentaram menor capacidade funcional, detectada pelo TC6 quando comparados aos idosos sem DM. Isso pode estar associado à presença da doença e ou ser consequência do fato do grupo apresentar menor sensibilidade protetora. O mesmo não pode ser observado no TDMF.

Fernandes et al, 2011	50 idosos provenientes do ambulatório de endocrinologia de um hospital universitário localizado em João Pessoa – PB. Idade média: 72,5 anos	Estudo exploratório	Escala proposta por RIKLI, JONES (1999) citada por MATSUDO, (2005)	Na realização das atividades da vida diária, a maioria dos idosos apresentaram o nível de capacidade física baixo/ moderado.	Quanto ao desempenho físico, verificou-se que os idosos, especialmente aqueles com comorbidades, apresentaram prejuízos significativos na sua capacidade de realizar as atividades da vida diária.
Kalyani et al, 2010	6097 idosos comunitários dos EUA. G1 – Com DM (1166) G2 – Sem DM (4931) Idade média: G1: 70,4 G2: 70,9	Exploratório, transversal (follow-up 7 anos)	Escala de Lawton e Índice de Katz	Idosos com diabetes foram mais propensos a relatar dificuldades para executar tarefas em cada grupo funcional em comparação com idosos sem diabetes.	Os resultados sugerem que idosos residentes na comunidade – EUA com diabetes diagnosticado são mais propensos a ter dificuldades em cada um dos cinco grupos e na capacidade física. Além de evidenciar uma notavelmente maior prevalência de comorbidades em comparação com adultos sem diabetes.

Gregg et al, 2002	8344 mulheres idosas da comunidade. Idade média: 71,7 anos	Prospectivo, estudo de coorte observacional (follow-up de 2 anos)	Stanford Health Assessment Questionnaire.	A incidência de incapacidade em realizar as tarefas foi duas vezes mais alta para mulheres com diabetes.	Em resumo, este estudo mostra que a incapacidade funcional esteve duas vezes mais presente em mulheres diabéticas do que naquealas sem DM. Os resultados, combinado com estudos realizados em outras populações, sugerem que este efeito pode ser associado a outras doenças.

4 - DISCUSSÃO

Estudos randomizados de avaliação da capacidade funcional em diabético voltados para a população idosa são restritos na literatura, porém apesar desta escassez de estudos e da variedade de testes e escalas que são utilizados para este fim, os artigos encontrados mostraram evidências de que há uma relação entre a incapacidade funcional e o Diabetes Mellitus em idosos. Entretanto, a diferença metodológica dos estudos torna difícil estabelecer o melhor protocolo e abre viéses. Além disso, o pequeno tamanho amostral de alguns estudos pode ser insuficiente para garantir a validade externa dos resultados.

O período de aplicação dos protocolos e a forma de aplicação variou amplamente, o que impossibilitou a determinação do melhor protocolo a fim de garantir a efetividade da avaliação.

Diversos estudos foram excluídos por apresentarem amostras compostas por jovens e adultos. Tal fato evidencia a necessidade de pesquisas com amostras homogêneas, envolvendo exclusivamente a população idosa, por se tratar de um grupo com características físicas e funcionais peculiares.

No estudo de Anjos et al (2012) foram utilizados dois testes: o TC6 e o TDMF. O primeiro é um teste de esforço submáximo que permite avaliação objetiva da condição física do indivíduo. Foram realizados dois testes, sendo o primeiro para aprendizado e, após 30 min, o segundo. Grande parte de nossas atividades da vida diária é realizada em níveis submáximos, sendo assim, o TC6 reflete bem a capacidade funcional para as atividades do dia a dia. Além disso, é um teste fácil de ser aplicado e bem tolerado pelos pacientes. Este comprovou através do TC6 que os idosos com DM apresentaram pior desempenho quando comparados com idosos sem DM, pareados pelo sexo, idade e IMC, apontando para menor aptidão física dos G2 quando comparados aos G1.

O TDMF é um instrumento sensível para predizer incapacidade futura, o que permite aos profissionais da saúde/reabilitação detectar precocemente as alterações funcionais do indivíduo por meio de escores comparativos. Quanto maior o escore total obtido pelo TDMF, melhor a performace durante as atividades funcionais. O TDMF pode não ser sensível para detectar alterações funcionais prévias e sutis diferenças no tempo gasto para realizar atividades de vida diária em idosos com DM.

Fernandes et al (2011) utilizou como forma de avaliação a escala proposta por RIKLI, JONES (1999) citada por MATSUDO, (2005), que contempla doze questões direcionadas a avaliar o desempenho do idoso nas atividades básicas e instrumentais da vida diária. E ainda afirmou que seus resultados assumem relevância com relação ao achado referente ao baixo nível de capacidade física evidenciado por 20,0% deles, destacando que, à medida que aumenta a idade, a porcentagem de anos a serem vividos, sem a presença de incapacidade funcional, diminui, ao passo que os anos, com incapacidade funcional associados à dependência, aumentam.

O estudo conduzido Kalyani et al (2010) utilizou o Índice de Katz e a escala de Lawton para avaliar a capacidade funcional idosos diabéticos, com um total de 19 tarefas físicas. Os participantes tiveram a opção de responder “nenhuma dificuldade”, “alguma dificuldade”, “Muita dificuldade”, ou “não é possível fazer. “As 19 tarefas físicas foram categorizados em cinco grupos funcionais de acordo para definições publicados. Os gru-

pos incluíam mobilidade dos membros inferiores (andar um quarto de milha e subindo 10 degraus); atividade física geral (inclinando / agachado / ajoelhado, em pé de 2 h, sentando-se durante 2 h, levantando-se de uma cadeira sem braços, atingindo em cima, agarrando / exploração de pequenos objetos, e levantar ou carregar objetos; atividades da vida diária (AVD) (comer, vestir-se, sair da cama e caminhar entre quartos no mesmo andar); atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Administrar o dinheiro, fazendo uso doméstico tarefas e preparar refeições); e lazer e atividades sociais (ir ao cinema / shopping / eventos, atividades de lazer fazendo em casa, e participar na vida social atividades).

Este estudo ainda relatou duas a três vezes maiores chances de dificuldade na realização da mobilidade, a extremidade superior, AVD'S e AIVD'S entre idosos com diabetes em comparação com adultos sem diabetes. Foi encontrado também um alto grau de dificuldade na realização de lazer e tarefas de atividade social.

No estudo de Leenders et al (2013), foram realizados o SIT TO STAND TEST e o Teste de Preensão Manual. Para o SIT-TO STAND TEST, 24 participantes foram instruídos a cruzar os braços através de seu peito e se levantar / sentar-se 5 vezes, tão rápido quanto possível, a partir de um assento no 0,42 m do chão. Os pacientes foram cronometrados a partir da sessão inicial para a posição final permanente. Para a análise da força de preensão máxima, foi utilizado um dinamômetro de mão. A força de preensão foi medida três vezes com cada mão. A melhor medida na mão mais forte foi registrada. Os testes foram conduzidos sentado em uma cadeira, quadris e joelhos fletidos a 90º e ângulo de 90º entre o braço superior e inferior.

Com relação ao Stanford Health Assessment Questionnaire, utilizado no estudo de Greeg et al (2002), as mulheres foram convidadas com relação a dificuldade (nenhum, alguma, muito, ou incapaz) que sentiam com relação as tarefas requisitadas: andando sob blocos em terreno plano, andando para cima ou para baixo (10 passos), fazendo trabalhos domésticos, compras e refeições de cozinha. Estas perguntas serviu de base para o resultado primário de deficiência incidente, que os autores definiram como um novo relatório de ser incapaz de realizar uma ou mais tarefas. Eles também analisaram separadamente a incidência de incapacidade de realizar cada tarefa específica mencionada acima.

Os estudos reforçam a sensibilidade do emprego de medidas e instrumentos validados e comuns na prática clínica para avaliar as consequências de uma doença crônica específica em uma determinada população frente aos desfechos primários e o uso de protocolos simples e com baixo custo.

Um problema importante verificado nesta revisão foi relacionado à qualidade dos estudos disponíveis na literatura. Algumas limitações metodológicas importantes foram encontradas, e alguns estudos apresentam baixa qualidade metodológica na avaliação pela escala STROBE para os observacionais e PEDro para os ensaios clínicos, o que dificulta a interpretação dos resultados.

Como limitação, os estudos apontaram a população investigada e sugeriram que é necessário haver um maior controle com relação ao diagnóstico do diabetes, a presença de neuropatia periférica e o tipo de medicamento que os indivíduos utilizam para o controle da doença.

5 - CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa sintetiza evidências sobre os protocolos de avaliação utilizados para analisar a Capacidade Funcional em idosos diabéticos e pode contribuir para subsidiar as ações clínicas dos profissionais que trabalham nessa área.

Devido ao pequeno número de estudos encontrados, não foi possível estabelecer consenso a respeito de um intrumento de avaliação específico para esta população. Os testes e escalas encontrados utilizados nas pesquisas foram: SIT TO Stand, Testes de prenssão manual, desempenho físico modificado (TDMF), caminhada de seis minutos (TC6), Escala proposta por RIKLI e JONES, Escala de Lawton, Índice de Katz e o Stanford Health Assessment Questionnaire.

Ainda é necessário avançar no conhecimento das possíveis causas das incapacidades funcionais encontradas nesta população. Entretanto, analisar os fatores que levam o idoso diabético a uma pior aptidão física é de fundamental importância clínica.

Espera-se que os achados desse estudo contribuam para a construção de uma unicidade no modelo de avaliação em incapacidade funcional do idoso portador de diabetes, pois é de fundamental importância para um tratamento adequado a incorporação do conceito de capacidade funcional como norteador de suas ações.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diabetes Basics**: diabetes statistics. [S.I]. American Diabetes Association, 20 Aug. 2013. Disponível em:< http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics/>. Acesso em: 29 abr. 2013.

ANJOS, D. M. da C. dos et al, Avaliação da capacidade funcional em idosos diabéticos, **Fisioter Pesq.**, v. 19, n. 1, p.73-8, 2012.

CENCI, D. R. et al. Análise do equilíbrio em pacientes diabéticos por meio do sistema F-Scan e da Escala de Equilíbrio de Berg. **Fisioter. mov,** v. 26, n. 1, p. 55-61, 2013.

CORDEIRO, R. C. et al. Factors associated with functional balance and mobility among elderly diabetic outpatients. **Arq. bras. endocrinol. metab.**, v. 53, n. 7, p. 834-843, 2009.

FERNANDES M. das G.M.; PEREIRA, M. A.; HONORATO, M. M.; FERNANDES, B. M., Indicadores Sociodemográficos e Capacidade Funcional de Idosos Diabéticos, **Rev Brasi de Ciênc da Saúde**, v. 15, n.1, p.57-64, 2011.

GREGG, E. W. et al, Diabetes and Incidence of Functional Disability in Older Women, **Diabet Care**, v. 25, n. 1, p. 61-67, 2002

KALYANI, R. R.; SAUDEK, C. D.; BRANCATI, F. L.; SELVIN, E. Association of Diabetes, Comorbidities, and A1C With Functional Disability in Older Adults, **Diabetes Care**, v. 33, n. 5,p. 1055-1060, 2010.

LENDEERS M, Patients With Type 2 Diabetes Show a Greater Decline in Muscle Mass, Muscle Strength, and Functional Capacity With Aging, JAMDA, v. 14, p.585-592, 2013.

LIMA, K. C. L.; FREITAS, P. B. Avaliação da função manual e da força de preensão palmar máxima em indivíduos com diabetes mellitus. **Fisioter. pesq.**, v. 19, n. 4, p. 375-380, 2012.

MARCHIORI, L. L. M.; GIBRIN, P. C. D. Diabetes mellitus: prevalência de alterações auditivas. **Arq. bras. endocrinol. metab.**, v. 47, n. 1, p. 82-86, 2003.

NARSI, F.; SÁ, J. R. Diabete Melito. In: RAMOS, L. R.; CENDOROGLO, M. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP- EPM: geriatria e gerontologia. 2. **ed. Barueri**: Editora Manole, 2011.

NASCIMENTO, A. B. et al. A relação entre polifarmácia, complicações crônicas e depressão em portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 40-46, 2010.

PERRACINI, M. R.; GAZZOLA, J. M. Avaliação multidimensional do idoso. In: _____.; FLÓ, C. M. (Org.). **Fisioterapia teoria e prática clínica**: funcionalidade e envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 25-53.

CAPÍTULO 10

CORRELAÇÃO ENTRE PERÍMETRO DA CINTURA E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL EM PRÉ-ESCOLARES DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DE NATAL/RN, 2016.

CORRELATION BETWEEN THE WAIST AND BODY MASS INDEX IN PRE-SCHOOLS OF A PRIVATE INSTITUTION OF CHRISTMAS / RN, 2016.

Jarlyny Lopes de Oliveira[1]
Suzana Kaline da Silva Dantas[2]
Genykléa Silva de Oliveira[3]
Marcos Felipe Silva de Lima[4]

1 Estudante do curso de nutrição da Unifacex. Contato: jarlynylopes@gmail.com
2 Nutricionista, graduada pela Unifacex. Contato: suzanadantas1@gmail.com
3 Professora Mestra, dos cursos de nutrição e de enfermagem do Unifacex. Doutoranda em Saúde Coletiva PpGSCOL/UFRN.Contato: genyklea@yahoo.com.br
4 Professor Mestre, dos cursos de nutrição do Unifacex. Doutorando em Saúde Coletiva PpGSCOL/UFRN.Contato: genyklea@yahoo.com.br

RESUMO

A elevação da prevalência de obesidade entre as crianças é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e aumentam as chances de serem desenvolvidas essas doenças na vida adulta. O objetivo do estudo foi analisar a correlação entre os resultados do perímetro da cintura e Índice de Massa Corporal (IMC) aferidos em pré-escolares de uma instituição privada de Natal-RN. Estudo transversal que fez parte de um projeto maior intitulado "Avaliação Nutricional de Escolares de Uma Instituição Privada de Natal, RN" que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Liga Rio-grandense Contra o Câncer e na qual os pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No total foram avaliadas 82 crianças de ambos os sexos entre 2 e 6 anos. A coleta de dados ocorreu de junho a setembro de 2016. Verificou-se a existência da correlação das medidas antropométricas IMC e do perímetro da cintura através da correlação de Pearson considerando o nível de significância de 5%. a correlação do IMC com a perímetro da cintura apresentou uma correlação forte e positiva ($r=0,776$ e $p < 0,001$). Portanto, concluiu-se que o IMC e a perímetro da cintura têm forte correlação e são métodos indicados para se obter um resultado e/ou diagnóstico eficiente do estado nutricional, em pré-escolares relativo ao excesso de peso, entretanto, para uma avaliação mais acurada devem ser utilizadas associação de métodos de avaliação nutricional, como: antropometria, consumo alimentar e exames bioquímicos.

PALAVRAS-CHAVE: Antropometria. Estado nutricional. Saúde da criança.

ABSTRACT

The increase in the prevalence of obesity among children is a risk factor for the development of chronic non-communicable diseases and increase the chances of being developed these diseases in adulthood. The objective of this study was to analyze the correlation between the results of the waist circumference and body mass index (BMI) measured in pre-school children from a private institution of Natal-RN. A cross-sectional study that was part of a larger project entitled "Nutritional Assessment of schoolchildren from a private institution of Natal, RN" that was submitted to and approved by the Research Ethics Committee of the Liga Rio-grandense Contra o Câncer and in which parents signed an Informed Consent Form (ICF). In total were evaluated 82 children of both sexes between 2 and 6 years. The data collection occurred from June to September 2016. Verified the existence of the correlation of anthropometric measurements BMI and waist perimeter through the Pearson Correlation considering the significance level of 5%. The correlation between BMI and waist circumference showed a strong and positive correlation ($r= 0.776$ and $p < 0.001$). Therefore, it was concluded that the BMI and waist perimeter have strong correlation and methods are indicated to obtain a result and/or efficient diagnosis of nutritional status in preschoolers on excess weight, however, for a more accurate assessment should be used association of methods of nutritional assessment, such as: Anthropometry, dietary intake and biochemical tests.

KEYWORDS: Anthropometry. Nutritional status. Child health.

1 - INTRODUÇÃO

As crianças têm crescimento e desenvolvimento físico, psíquico e social acelerado, o que ocasiona um aumento das necessidades nutricionais. Apesar disto, a obesidade vem aumentando no público infantil independente de raça, cor, religião ou classes sociais (DAMASCENO, et al., 2010). Atrelada à elevação da obesidade está o crescimento da hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, dislipidemia e diabetes que são fatores de risco para a saúde das crianças e que agravam as chances delas desenvolverem essas doenças crônicas na vida adulta (BURGOS, et al. 2013).

As principais causas da obesidade infantil são a falta de exercício físico e os maus hábitos alimentares. Logo, para prevenir esse tipo de patologia são necessários a perda e o controle de peso através de uma alimentação saudável, equilibrada e a prática de atividade física (BARBOSA, 2009).

A medida do Perímetro da Cintura (PC) e o Índice de Massa Corporal (IMC) são utilizados para medir risco cardiovascular e para o diagnóstico do estado nutricional, respectivamente. O perímetro da cintura é o método mais utilizado por exigir aparelhos simples, de baixo custo e poder ser aplicado por vários profissionais da área da saúde devidamente capacitados e é uma técnica muito utilizada em coletividades e em escolares (VEBER, et al.2013).

O IMC é um indicador que é calculado a partir da divisão do peso (kg) pelo quadrado da estatura em metros (m2). Os valores de IMC podem ser classificados em: magreza, eutrofia, sobrepeso e obesidade (VEBER, et al. 2013). Entretanto, existem algumas limitações em relação ao IMC, mesmo ele sendo um dos métodos antropométricos mais utilizados para avaliação nutricional, pois este não diferencia a composição corporal através da distinção entre o excesso de gordura e massa magra. Portanto, o IMC apresenta baixa especificidade, especialmente quando a população analisada pratica atividade física intensa e não tem excesso de gordura corporal, assim essa população será classificada com sobrepeso ou obesidade por não diferenciar a composição corporal (REZENDE et al., 2001).

Diante disto, o objetivo do presente trabalho foi analisar a correlação entre o IMC e o Perímetro da Cintura em pré-escolares, matriculados no ensino infantil de uma instituição privada de Natal/RN. Justifica-se a importância desta pesquisa pelo fato de a avaliação do estado nutricional ser importante para o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento das crianças.

2 - REFERÊNCIAL TEÓRICO TRANSIÇÃO NUTRICIONAL NO BRASIL

A sociedade brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais, que resultaram em mudanças no seu padrão de consumo alimentar, saúde e nutrição (JAIME, 2014). A chegada da mulher ao mercado de trabalho contribuiu para uma mudança na forma das pessoas se alimentarem. Há atualmente um menor preparo de alimentos em casa, e um maior consumo de alimentos industrializados ou fast-foods, principalmente nas grandes cidades (PNDS, 2006).

Vale a pena ressaltar que a alimentação é um direito universal, e esta afirmação está contemplada no artigo 25 da Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE DIREITOS HUMANOS, 2008). Em 2010, esse direito foi incluído no artigo 6º da Constituição Federal por meio da aprovação da Emenda Constitucional nº 64. Pode-se afirmar, então, que a alimentação é um direito constitucionalmente garantido e integrado entre os direitos sociais (BRASIL, 2010).

Apesar da importância dada ao tema, a alimentação inadequada realizada fora de casa ou o preparo de refeições rápidas só aumentam, o que pode estar refletindo no estado de saúde da população em geral, especialmente das crianças. Neste ciclo de vida, a prevalência de excesso de peso e obesidade vem aumentando a cada dia, mesmo com o acesso a informação sobre alimentação saudável pela maioria dos pais (VASCONCELOS, 2010).

Nas últimas três décadas, o aumento da obesidade infantil elevou a prevalência da hipertensão arterial sistemática (HAS), que está relacionada ao consumo excessivo de sal e o sedentarismo. A transição nutricional no Brasil ocorre devido ao alto consumo de alimentos ultraprocessados e hábitos alimentares pouco saudáveis. Vale destacar a relação do estado nutricional e pressão arterial (PA) em escolares, que expõe essa população ao risco de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) progressivamente. Além disso, problemas renais, gastrointestinais, modificações neurológicas, endócrinas entre outros vêm crescendo devido à obesidade (CARDOSO, 2014).

3 - ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES NO BRASIL E A ALIMENTAÇÃO ESCOLAR

No Brasil, a mudança do estado nutricional tem se caracterizado pela diminuição da prevalência de desnutrição e um aumento de sobrepeso e obesidade, e isso ocorre também entre crianças em idade escolar, principalmente nas meninas. Monteiro (2010), em estudo realizado em São Paulo, mostrou que as crianças apresentam imagens distorcidas do corpo, as meninas se veem com sobrepeso ou até mesmo obesas, sendo elas eutróficas,

já o menino tem uma imagem contrária. Essa imagem distorcida acontece em ambos os sexos, porém o desejo de um corpo perfeito (magro) é predominante nas meninas (MONTEIRO, 2010).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada em 2012 confirmou que a porcentagem de estudantes (entre 6 e 19 anos) que referiram a oferta de alimentação pelas escolas privadas (41,4%) foi significativamente menor que as escolas públicas (98%). Contudo, o consumo de alimentos no ambiente escolar não difere na mesma proporção, sendo 11,9% nas escolas privadas e 22,8% nas escolas públicas (BRASIL, 2013).

A alimentação consumida durante o período escolar contribui para o atendimento das necessidades nutricionais das crianças. Reis, Vasconcelos e Barros (2011) afirmam que muitos escolares rejeitam a alimentação servida pela escola e prefere consumir preparações adquiridas nas cantinas ou levadas de casa, que nem sempre são saudáveis, gerando desperdícios de recursos, além de contribuir para complicações de saúde (REIS, VASCONCELOS, BARROS, 2011).

O governo federal buscando regularizar o consumo de alimentos não saudáveis por escolares estuda a promulgação de leis ou portarias em que os alimentos julgados não adequados, não deverão ser vendidos nas cantinas das escolas, tentando minimizar o consumo desses produtos e contribuindo com opções de alimentos mais saudáveis, promovendo e protegendo a saúde dos escolares. Há tanto a necessidade de controle da comercialização de alimentos pouco saudáveis, como também, o aumento na oferta de frutas, legumes e verduras nas cantinas escolares e pontos alternativos, pois nas cantinas, há maior disponibilidade e consumo de salgados de forno ou frito refrigerantes e guloseimas (PeNSE, 2012).

Há tanto a necessidade de controle da comercialização de alimentos pouco saudáveis, como também, o aumento na oferta de frutas, legumes e verduras nas cantinas escolares, pois nas cantinas, há maior disponibilidade e consumo de salgados de forno ou frito refrigerantes e guloseimas (BRASIL, 2013).

A educação nutricional é essencial para um hábito alimentar saudável e adequado. O conhecimento sobre nutrição pode ser acrescentado ao programa escolar, incluindo professores, familiares e a comunidade levando informações nutricionais e de alimentação adequada. Outro fator que pode ser destacado são os hábitos urbanos de alimentação que não contribuem para a uma alimentação saudável e exercício físico, aumentando assim o índice de sobrepeso e obesidade apontados com problema de saúde pública (BERTIN, et al.2010). Por isso, é importante a implantação das políticas públicas como o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), Programa Saúde na Escola (PSE) entre outras voltadas para alimentação saudável desde a infância e na escola.

4- MÉTODOS DE AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA EM CRIANÇAS

As crianças são indivíduos vulneráveis, logo se deve ter maior atenção nos aspectos nutricionais e hormonais. Com relação à nutrição uma das maiores dificuldades das famílias é na ingestão ou na introdução dos alimentos para as crianças, o que pode ocasionar agravos nutricionais nos indivíduos, como desnutrição, sobrepeso ou obesidade (BOCCALETTO, 2009). Essas alterações podem ser identificadas através de uma avaliação antropométrica (SOUZA, et al. 2009).

O método antropométrico tem grande importância no diagnóstico nutricional, ainda quando se limita ao peso e à estatura da criança, por ser de fácil manuseio e também de baixo custo, não invasiva, universalmente aplicável, e possuir uma boa aceitação pela população (ESCRIVÃO, et al. 2000). O peso e a estatura da criança crescem em diferentes proporções, geralmente o ganho de peso é continuo enquanto a altura e a idade óssea mantem-se constante (MELLO, et al. 2004).

A OMS (Organização Mundial de Saúde) reformulou os padrões de referência para o método de IMC em criança entre 0 a 5 anos e esses valores foram baseados em pesquisas feitas com indivíduos de diversas etnias, inclusive brasileira (WHO, 2006; WHO, 2007).

O perímetro da cintura destaca-se entre as medidas antropométricas, já que ela pode ser utilizada para estimar o acúmulo de gordura abdominal, visto que as gorduras se acumulam na região central do abdome denotam fator de risco para doenças cardiovasculares (PITANGA, 2004). Segundo Taylor (2000), crianças acima de 3 anos e de ambos os sexos, com a perímetro da cintura maior que o percentil 80, indicam excesso de adiposidade abdominal e risco de doenças cardiovasculares (VITOLO, 2015).

5 - METODOLOGIA

5.1 - TIPO DE ESTUDO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa transversal que faz parte de um projeto maior intitulado “Avaliação Nutricional de Escolares de Uma Instituição Privada de Natal, RN”.

Foram convidados a participar do estudo 145 crianças, de ambos os sexos, entre 2 a 6 anos, porém, apenas, 82 pais ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando participar da pesquisa. Sendo a população do estudo constituída por pré-escolares de 2 a 6 anos de ambos os sexos, estudantes do ensino infantil de uma escola privada de Natal/RN, na zonal sul da cidade do Natal. Os critérios de inclusão foram às crianças estarem na faixa etária de 2 a 6 anos e não estivesse em uso de corticosteroides.

5.2 - COLETA DE DADOS

Todas as crianças foram avaliadas no laboratório de avaliação física de uma instituição de ensino superior de Natal/RN no período de junho a setembro de 2016.

Para a avaliação antropométrica das crianças, foram previamente capacitados os avaliadores da pesquisa, quanto à forma de procedimento de coleta das medidas a serem utilizadas no diagnóstico nutricional da criança. Dos dados antropométricos, para aferição do peso corporal (kg) e a altura (cm) foi utilizada uma balança eletrônica (Balmak, BK50F, São Paulo, Brasil) e um estadiômetro (Estadiômetro fíxo Modelo E5T220 Balmak, São Paulo, Brasil), respectivamente. Para aferição do peso, a criança manteve-se em pé sobre a balança vestindo roupas leves e sem calçados. Para aferição da altura, a criança manteve -se em pé, sem calçados, com a cabeça livre de adereços e com os calcanhares juntos, os braços estendidos ao longo do corpo e o corpo o mais ereto possível. Os calcanhares, glúteos, ombros e cabeça tocaram a superfície vertical do equipamento de medida (BRASIL, 2004). Também foi aferido o perímetro da cintura (PC) com uma fita métrica inelástica (Trena corporal WisoT87-2), aferida no menor perímetro conforme a proposta de Taylor (2000).

5.3 - ANÁLISE DE DADOS

A avaliação antropométrica foi baseada no indicador IMC/idade através do padrão de referência da OMS no qual para a faixa etária de menores de cinco anos, de acordo com esse padrão de referência, utilizaram-se os seguintes cortes: risco de sobrepeso: >+1SD; sobrepeso: >+2SD; obesidade: >+3SD; magreza: <-2SD; e magreza acentuada: <-3SD. Para as crianças com cinco anos ou mais se utilizou os seguintes cortes: sobrepeso: >+1SD; obesidade: >+2SD; obesidade grave: >+3SD; magreza: <-2SD; e magreza acentuada: <-3SD (WHO, 2006; WHO, 2007). Enquanto que para a avaliação do perímetro da cintura, o mesmo foi classificado em com ou sem excesso de adiposidade abdominal de acordo com o percentil 80 proposto por Taylor (2000).

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva dos índices IMC/Idade e do Perímetro da cintura para idade e, o teste de correlação foi utilizado para medir a relação entre as duas variáveis em cada sujeito, utilizando o coeficiente de Pearson para dados paramétricos. Todas as comparações foram consideradas estatisticamente significativas ao nível de significância de 5% e foram realizadas através do software IBM® SPSS® v. 24.0.

5.4 - ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Liga Rio-grandense Contra o Câncer, com parecer de aprovação de número 1486.612, estando assim de acordo com a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Após aprovação os pais e crianças foram convidados a participar do estudo. Vale ressaltar que esses pais receberam esclarecimentos detalhados sobre o estudo, procedendo assim à assinatura do TCLE.

5.5 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram avaliadas 82 crianças, 46 crianças do sexo masculino (56,1%) e 36 crian-

ças do sexo feminino (43,9%) com idades entre 2 a 6 anos, com média de 6 anos para ambos os sexos. Os valores médios para IMC e perímetro da cintura foram 20,8 km/m² e 53,9 cm respectivamente, conforme apresentado na tabela 1.

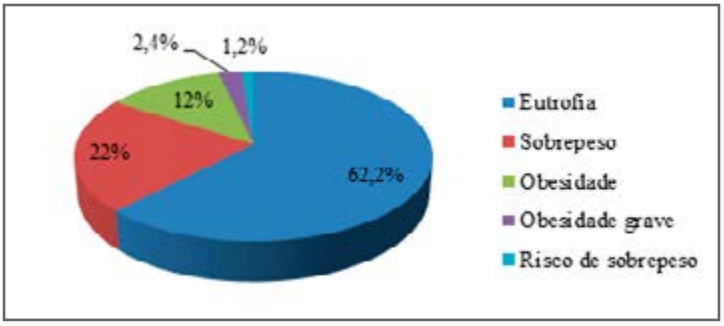
Tabela 1. Estatística descritiva das medidas coletadas em pré-escolares de uma escola privada em Natal/RN, 2016.

Medida	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Peso (Kg)	82	20,75	4,35	12,40	36,50
Estatura (m)	82	1,11	0,09	0,88	0,94
IMC (Kg/m²)	82	16,74	2,10	12,66	23,73
P. Cintura (cm)	81	53,97	4,75	46,80	77,00

Fonte: autoria própria.

Em relação ao IMC, observou-se que ao somar as categorias (risco de sobrepeso, sobrepeso obesidade e obesidade grave) referentes ao excesso de peso, 37,6 % dos avaliados estavam com esse diagnóstico, como observado na figura 1.

Figura 1 - Prevalência dos índices de IMC/Idade entre 2 a 6 anos, segundo ambos os sexos, Natal-RN, 2016.



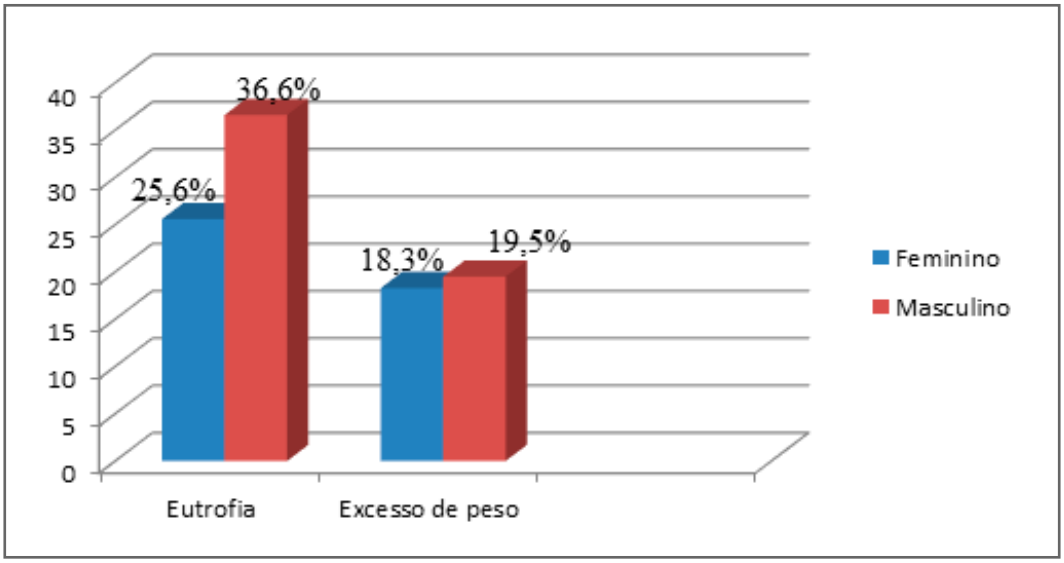
Os resultados mostraram que o excesso de peso esteve presente em 37,6%, sendo 18,3% entre as meninas e 19,5% entre os meninos, como mostra a figura 2. Além disso, existe na população em estudo, um número de meninos maior do que de meninas e eles obtiveram também o maior número de excesso de peso.

Para Melo (2012) entre as crianças analisadas de 5 a 9 anos, o excesso de peso também foi mais elevado nos meninos com percentual de 37,5% do que para meninas, 33,9%%. Já Corso et al (2003) apresentaram que nas crianças menores de 6 anos, o resultado foi distinto, e o excesso de peso identificado foi de 6,8%, encontrando-se 3,5% para meninas e 3,3% para meninos.

Em estudo realizado com pré-escolares de 2 a 6 anos, no município de São Paulo observou-se uma prevalência de sobrepeso menor nas meninas e bem maior em meninos, e os fatores associados ao peso elevado estão relacionados ao poder aquisitivo das famílias, que indicam que à medida que o nível socioeconômico aumenta também, eleva o risco de sobrepeso, principalmente em pré-escolares independentemente da idade e do sexo (SIMON, 2009).

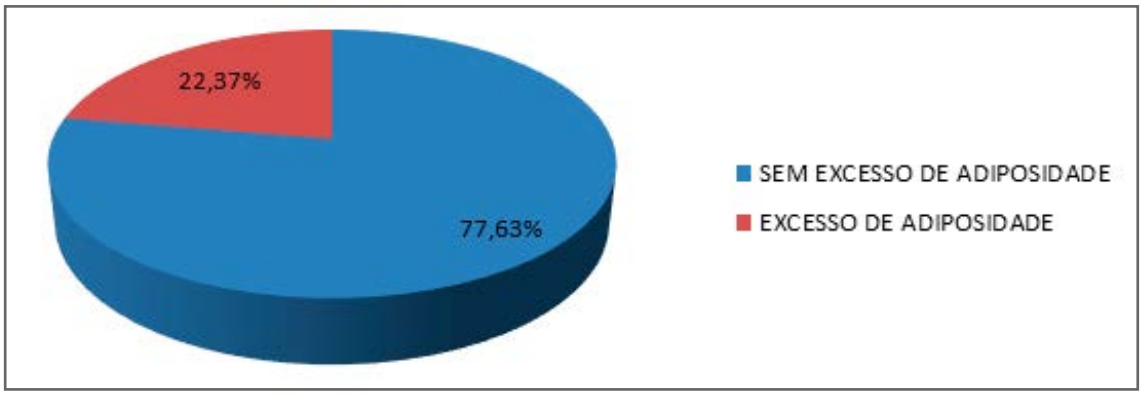
No presente estudo os pré-escolares estudam em uma escola privada e localizada na zona sul de Natal, em que a população desta zona é considerada de classe média alta o que pode acarretar comportamento semelhante ao citado acima (ARAÚJO e CÂNDIDO, 2015).

Figura 2 – Prevalência dos índices de IMC/Idade entre 2 a 6 anos, segundo o sexo, Natal-RN, 2016.



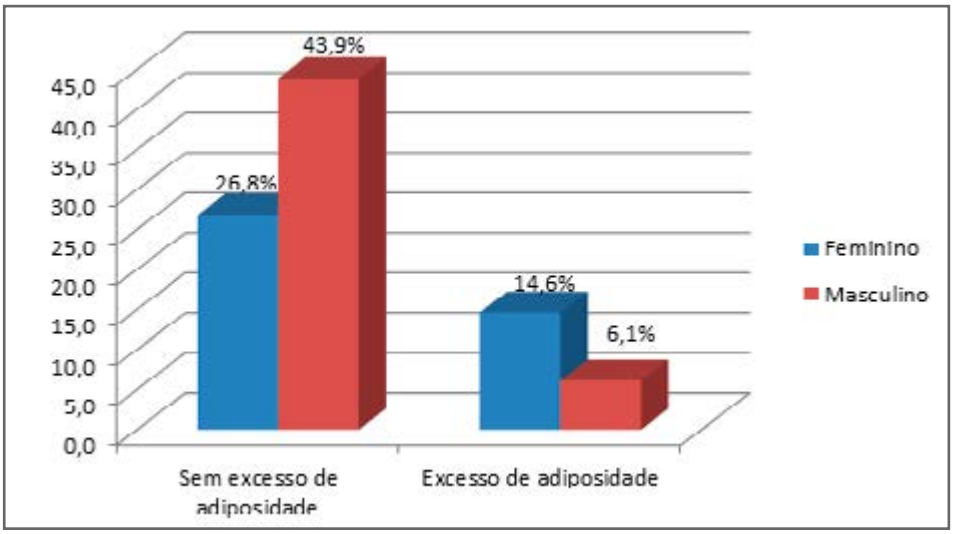
Em relação ao perímetro da cintura (PC) foram avaliados 81 pré-escolares e foi observada uma prevalência de 20,7% dos pré-escolares com excesso de adiposidade abdominal e 8,5% ignorados, pois foram excluídos por se opor a participar da aferição, como mostra a Figura 3.

Figura 3 – Classificação do Perímetro da cintura para crianças entre 2 e 6 anos, em ambos os sexos em Natal-RN, 2016.



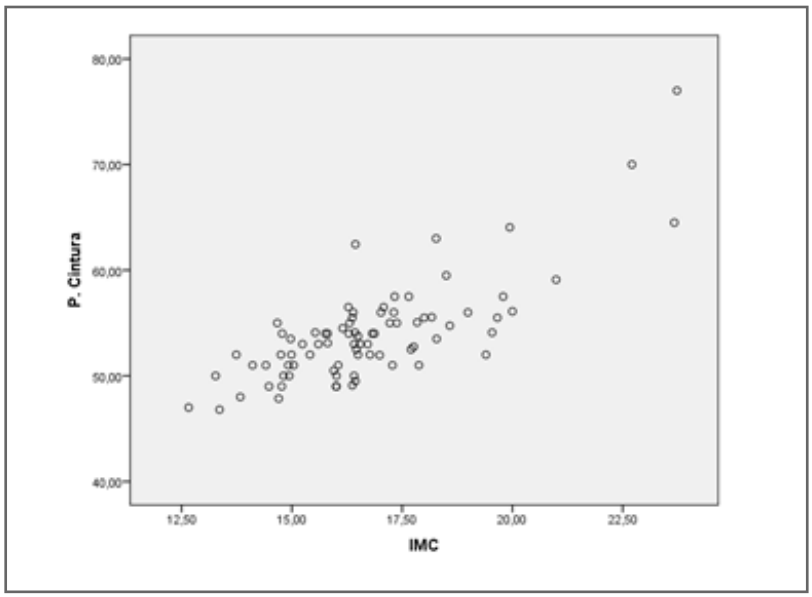
Os valores do Perímetro da Cintura apontaram que 22,37% dos avaliados estavam com excesso de adiposidade. Sendo o maior percentual no sexo feminino, como apresentado na figura 4.

Figura 4 – Distribuição das crianças conforme características do Perímetro da cintura de acordo com o sexo em Natal-RN, 2016.



De acordo com resultados obtidos, observou-se que existe correlação entre o IMC e perímetro da cintura para ambos os sexos. Sendo esta analisada segundo a correlação de Pearson, que apresentou uma correlação forte e positiva entre o IMC e a perímetro da cintura ($r = 0,776$, $p< 0,0001$), para ambos os sexos, tendo em vista que quando o IMC aumenta a perímetro da cintura também aumenta (Figura 5). Segundo Soar (2004) não há nenhuma correlação fraca nas medidas antropométricas em relação a IMC e perímetro da cintura, já que seus estudos também apresentaram uma correlação positiva entre elas, indicando que à medida que o peso aumenta o excesso de gordura abdominal também aumenta. Diante desses resultados, recomenda-se que o IMC seja avaliado simultaneamente com o índice antropométrico do perímetro da cintura para diagnosticar o excesso de peso e o e acúmulo de gordura na região abdominal, para ambos os sexos.

Figura 5. Gráfico de dispersão do Perímetro da cintura pelo índice de Massa Corporal com reta ajustada dos pré-escolares de 2-6 anos. Natal-RN, 2016.



Foram observadas altas prevalências de excesso de peso nos pré-escolares e este é um agravo nutricional de muita relevância para intervenções em saúde pública, pois este pode ocasionar várias doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial sistemática (HAS), doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, diabetes mellitus entre outros. Quando este agravo está relacionado aos hábitos alimentares e estilo de vida, não se podem identificar ao certo as causas do sobrepeso neste estudo, pois o mesmo pode estar relacionado a várias características como autoestima, valores sociais e culturais, entre outros fatores que não foram as variáveis de análise desta pesquisa.

6 - CONCLUSÃO

Portanto, existe entre o IMC e a perímetro da cintura uma forte correlação e que, portanto, esses são métodos indicativos para serem usados para obter-se diagnóstico do estado nutricional quanto ao excesso de peso e o e acúmulo de gordura na região abdominal, para ambos os sexos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Maria Cristina Cavalcanti; CÂNDIDO, Gesinaldo Ataíde. Índices de qualidade de vida urbana de Natal-RN. Geoconexões, v. 1, n. 1, p. 51-66, 2015.

BARBOSA, Vera Lúcia Perino. Prevenção da obesidade na infância e na adolescência: exercício, nutrição e psicologia. 2ª Edição, Manole, 2004.

BERTIN, Renata Labronici et al. Estado nutricional, hábitos alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. Rev Paul Pediatr, v. 28, n. 3, p. 303-8, 2010. Disponível < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822010000300008 > acesso em 08 de Abr. de 2017.

BOCCALETTO, EMA; MENDES, R. T. Alimentação, Atividade Física e Qualidade de Vida dos escolares do Município de Vinhedo/SP. 2009. Disponível <file:///C:/Users /And120/Downloads/Alimenta%C3%A7aoatividadefisicaequalidadedevidadosescolaresnomunicipiodeVinhedo-SP%20(1).pdf > acesso em 09 de Abr. 2017.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2012. 2013. Disponível < http://biblioteca.ibg e.gov.br/visualizacao/livros/liv64436.pdf > acesso em 08 de Abr. de 2017.

BRASIL; Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010: Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação com direito social. Diário Oficial da União, 2010.

BURGOS, Miria Suzana et al. Associação entre medidas antropométricas e fatores de risco cardiovascular em crianças e adolescentes. Arq. Bras. Cardiol. 2013, vol.101, n.4, pp.288-296. Epub Aug 27, 2013. Disponível < http://www.scielo.br/sciel o.php?pid=S0066782X2013003000002&script=sci_abstract&tlng=pt > acesso em 07 de Abr. de 2017.

CARDOSO, Jane Laner. Pressão arterial, crescimento alcançado e estado nutricional de crianças de seis e de dez anos de idade de escolas públicas de Florianópolis, Santa Catarina. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2014.

CORSO, Arlete Catarina Tittoni et al. Sobrepeso em crianças menores de 6 anos de idade em Florianópolis, SC. Revista de Nutrição, 2003. Disponível < http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n1/a02v16n1.pdf >acesso em 15 de Jun. de 2017.

DAMASCENO, Marta Maria Coelho et al . Correlação entre índice de massa corporal e circunferência da cintura em crianças. Acta paul. enferm. São Paulo , v. 23, n. 5, p. 652-657, Oct. 2010. Disponível < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S01032100201000050001&lng=en&nrm=iso > acesso em 22 Fev. 2017.

JAIME, Patricia Constante; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na atenção básica em saúde. Divulg. saúde debate, p. 72-85, 2014.

MELLO, Elza D.; LUFT, Vivian C.; MEYER, Flavia. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes. J Pediatr (Rio J), v. 80, n. 3, p. 173-82, 2004. Disponível < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572004000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt > Acesso em 15 de Abr. de 2017.

MELO, M. E. Os números da obesidade no Brasil: VIGITEL 2009 e POF 2008-2009. 2012. Disponível < http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/24/552fe9fd73248.pdf >acesso em 16 de Jun. de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. 2009. Disponível < http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf > acesso em 07 de Abr. de 2017.

MONTEIRO, Lisiane Nunes; AERTS, Denise; ZART, Vera Beatriz. Estado nutricional de estudantes de escolas públicas e fatores associados em um distrito de saúde do Município de Gravataí, Rio Grande do Sul. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 19, n. 3, p. 271-281, 2010. Disponível < http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000300009 > acesso em 08 de Abr. de 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos: adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. 1998. ESCRIVÃO, M. A. M. S. et al. Obesidade exógena na infância e na adolescência. J Pediatr, v. 76, n. Supl 3, p. S305-S310, 2000. Disponível < http://www.jped.com.br/c onteudo/00-76-S305/port.pdf > acesso em 15 de Abr. de 2017.

PITANGA, Francisco José Gondim; LESSA, Ines. Sensibilidade e especificidade do índice de conicidade como discriminador do risco coronariano de adultos em Salvador, Brasil. 2004. Disponível < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000300004 > acesso em 31 de Maio de 2017.

REIS, Caio Eduardo G; VASCONCELOS, Ivana Aragão L.; BARROS, Juliana Farias de N. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. Rev. paul. pediatr., São Paulo , v. 29, n. 4, p. 625-633, Dec. 2011. Disponível < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000400024&lng=en&nrm=iso >acesso em 16 Maio 2017.

REZENDE, F.; ROSADO, L.; FRANCESCHINNI, S.; ROSADO, G.; RIBEIRO, R.; MARINS, J. C. B. Revisão crítica dos métodos disponíveis para avaliar a composi-

ção corporal em grandes estudos populacionais e clínicos. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, v. 57, n. 4, p. 327- 334, 2007. Disponível < http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222007000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=pt >acesso em 18 de Jun. de 2017.

SIMON, Viviane Gabriela Nascimento et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de dois a seis anos matriculadas em escolas particulares no município de São Paulo. Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano, v. 19, n. 2, p. 211-218, 2009. Disponível < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200002 > acesso em 15 de Jun. de 2017.

SOAR, Claudia; DE VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes; DE ASSIS, Maria Alice Altenburg. A relação cintura quadril e o perímetro da cintura associados ao índice de massa corporal em estudo com escolares. Caderno de Saúde Pública, v. 20, n. 6, p. 1609-1616, 2004. Disponível < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600019> acesso em 15 de Jun, de 2017.

SOUZA Mônica, L.; PRIORE, Silvia Eloíza; SYLVIA DO CARMO, C. Métodos de avaliação da composição corporal em crianças. Rev Paul Pediatr, v. 27, n. 3, p. 315-321, 2009. Disponível < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010305822009000300%20013&script=sci_abstract&tlng=pt > acesso em 09 de Abr. de 2017.

TAYLOR, Rachel W. et al. Avaliação da circunferência da cintura, razão cintura-anca, e o índice de conicidade como ferramentas de rastreio para a massa de gordura alta tronco, conforme medido por absorciometria de raios-X de dupla energia, em crianças com idades entre 3-19 anos. American Journal of Clinical Nutrition, v. 72, n. 2, p. 490-495, 2000. Disponível < http://ajcn.nutrition.org/content/72/2/490.short > acesso em 26 Mar. 2017.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. A ciência da nutrição em trânsito: da nutrição e dietética à nutrigenômica. Rev. Nutr., Campinas , v. 23, n. 6, p. 935-945, Dec. 2010 . Disponível < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732010000600001&lng=en&nrm=iso > acesso em 29 Mar. 2017.

VEBER, Bárbara et al. Correlação entre variáveis antropométricas em escolares na cidade de Caxias do Sul. DO CORPO: ciências e artes, v. 1, n. 3, 2013. Disponível < http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/docorpo/article/download/2910/1700 > acesso em 22 Fev. 2017.

VITOLO, M. R. NUTRIÇÃO: da gestação ao envelhecimento. 2. Ed, Rio de Janeiro: Rubio, 2015,555p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. WHO child growth standards: length/height for age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass

index-for-age, methods and development. World Health Organization, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The WHO Child Growth Standards. 2007. Disponível em: < http://www.who.int/childgrowth/en/ >. Acesso em: 18 maio 2017.

CAPÍTULO 11

PESSOAS METAMORFOSEADAS PELA AIDS: UMA REFLEXÃO NA PERSPECTIVA DE FRANZ KAFKA.

PEOPLE METAMORPHOSED BY AIDS: AN ANALYSIS THROUGH THE PERSPECTIVE OF FRANZ KAFKA.

Deyla Moura Ramos Isoldi[1]
Francisco Arnoldo Nunes de Miranda[2]
Clélia Albino Simpson[3]
Francisca Patrícia Barreto de Carvalho[4]

1 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. E-mail: deylaisoldi@gmail.com
2 Enfermeiro. Pós-Doutor pela Universidade de Évora – Portugal. Docente Associado III do Departamento de enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. E-mail: farnoldo@gmail.com
3 Enfermeira. Pós-Doutora pela Universidade de Évora – Portugal. Docente Associada do Departamento de enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. E-mail: cleliasimpson@hotmail.com
4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. E-mail: patriciabarreto36@gmail.com

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida destaca-se entre as enfermidades infecciosas por sua magnitude e pela extensão dos danos causados às populações. Na perspectiva kaftiana "A Metamorfose" inicia-se com a súbita transformação do personagem Gregor Samsa num "inseto monstruoso". A metamorfose de Gregor Samsa em um inseto torna-se numa perspectiva autoral em uma simbologia, um tipo de metáfora, para uma pandemia e ainda representar a descoberta do diagnóstico positivo para Aids. Concorda-se que a pessoa com HIV é discriminada e penalizada na sociedade. Ela vivencia conflitos emocionais de diversas naturezas, tais como: sentimento de culpa, rejeição, medo, tristeza, vergonha e responsabilidade quanto à contaminação e, como contaminado. A Metamorfose faz refletir sobre as contradições que envolvem as relações humanas. Quando a família descobre a transformação vivenciada por Gregor Samsa, ele passa a ser desprezível e deve ser eliminado. A pessoa com HIV passa da condição de desacreditável para a posição de desacreditado, o que gera o estigma.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Estigma. Metamorfose

ABSTRACT

The Acquired Immunodeficiency syndrome is highlighted among the infectious diseases because of its magnitude and damage extension to the population. In relation to Kafka's perspective "The Metamorphosis" is initiated by the sudden change of the character Gregor Samsa into a "monstrous insect". His metamorphosis becomes in an author's perspective into a symbology, a king of metaphor, that represents a pandemic and the discovery of the positive diagnosis of AIDS. One agrees that the person with HIV is discriminated and penalized by society. It experiences emotional conflicts of several natures, such as: feelings of guilty, rejection, fear, sadness, shame and responsibility regarding the contamination and, as someone contaminated. The Metamorphosis makes us reflect about the contradictions that involves human relations. When the family discovers the transformation experienced by Gregor Samsa, he becomes a despicable being and must be eliminated. The person with HIV goes from someone that maintains a balance between its virtual and real identity to someone whose virtual identity shows characteristics that leads to the formation of negative concepts, that are not always fair, therefore, leading to a stigma.

KEYWORDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome. Stigma. Metamorphosis

A epidemia causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) representa fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, dentre outros fatores, do comportamento humano individual e coletivo. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) destaca-se entre as enfermidades infecciosas por sua magnitude e pela extensão dos danos causados às populações. Suas características e repercussões vêm sendo discutidas e estudadas pela comunidade científica e pela sociedade em geral (LIMA; FREITAS, 2012).

A transmissão do HIV está relacionada aos modos de interação e crenças de diferentes grupos populacionais. Além dos fatores individuais, locais e pessoais, a vulnerabilidade ao HIV/Aids é determinada por um contexto geral de desenvolvimento do país, que inclui o nível de renda da população, o respeito aos direitos humanos fundamentais, o acesso aos serviços sociais, de saúde e de educação, assim como suas circunstâncias (BRASIL, 2014).

Os benefícios alcançados em relação ao controle da doença foram muitos, mas vivem-se "resquícios" deixados pela época de pavor que caracterizou o início da epidemia, conferindo a esta enfermidade repercussões singulares ainda nos dias de hoje. Assim, apesar dos esforços para desconstrução desta imagem estigmatizada, a causa da infecção da Aids ainda é frequentemente associada à adoção de comportamentos não aceitos socialmente, como a promiscuidade, o homossexualismo e o uso de drogas (MALISKA et al., 2009).

O estigma que ainda cerca a enfermidade pode afetar a vida das pessoas com Aids e, consequentemente, sua rede de apoio social. Para manter o relacionamento com os amigos e a família, elas preferem esconder o próprio diagnóstico para que não sofram com o possível afastamento e preconceito, muitas vezes preferindo o autoisolamento. Este fator é um importante agente estressor, que modifica e restringe a vida dos envolvidos, e esse estresse contribui significativamente para uma imunodepressão, debilitando o organismo e deixando-o mais suscetível às infecções (CARVALHO; PAES, 2011).

Na perspectiva kaftiana "A Metamorfose" inicia-se com a súbita transformação do personagem Gregor Samsa num "inseto monstruoso". Ao narrar a trajetória do caixeiro-viajante, que ao acordar vê o próprio corpo metamorfoseado em um bicho com "dorso duro e inúmeras patas", o escritor consegue, através de metáforas, contextualizar a condição humana e os dramas psíquicos da sociedade.

A metamorfose de Gregor Samsa em um inseto torna-se numa perspectiva autoral em uma simbologia, um tipo de metáfora, para uma pandemia e ainda representar a descoberta do diagnóstico positivo para Aids, trazendo então à tona na sua família e na sociedade o preconceito, estigma, discriminações e a hipocrisia inerentes destas em relação as pessoas com Aids, que em geral são vistas como desvio e transgressões da sexualidade humana, estranheza, desdém, medo e até mesmo aversão.

Um século da publicação de A Metamorfose, de Franz Kafka (1883-1924), em 1915, embora tenha sido escrito em 1912, o realismo, o aspecto enigmático, imagético e universal permanece atual. Fato este, que objetiva neste ensaio teórico refletir sobre pessoas metamorfoseada pela Aids

> As atitudes que nós, normais, temos com uma pessoa com um estigma, e os atos que empreendemos em relação a ela são bem conhecidos na medida em que são as respostas que a ação social, benevolente tenta suavizar e melhorar. Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida (GOFFMAN, 1988).

Some-se a problemática o conceito de vulnerabilidade social, como as formas de organização de cada sociedade, suas crenças, seus hábitos, seus costumes, a distribuição do poder entre os grupos que faz com que pessoas pertencentes a diferentes grupos sociais disponham de maior ou menor acesso aos recursos materiais, à escola, aos serviços de saúde e com isso tenham mais ou menos chances de modificar seus comportamentos e seus contextos de vida. A discriminação pode dificultar o acesso das comunidades a bens como emprego, escola e serviços de saúde, fazendo com que dessa forma tenham menores chances de obter informações e insumos para se prevenir do HIV (BRASIL, 2012).

Dessa maneira, no plano social, a vulnerabilidade diante do HIV/Aids é mediada pela noção de cidadania e de direitos, em especial, o direito humano à saúde, os direitos sexuais e reprodutivos e o direito à livre orientação sexual; pelo repertório de crenças e valores relacionados ao exercício da sexualidade, ao processo saúde/doença/cuidado; pelos sentidos e significados sociais atribuídos ao pertencimento étnico e racial, à masculinidade, à feminilidade e as identidades de gênero, à idade e geração, denominação religiosa, dentre outras dimensões (GARCIA; SOUZA, 2010).

Júnior, Gomes e Nascimento (2012) destacam que a vulnerabilidade em relação à Aids vincula-se a um conjunto de aspectos: individuais (basicamente relacionados a comportamentos que podem facilitar o adoecimento e/ou à infecção); sociais (relacionados à acesso de informação e aspectos sociopolíticos) e programáticos (compromisso das autoridades, ações intersetoriais e financiamento adequado, dentre outros).

O conceito de vulnerabilidade tem sido amplamente focalizado na medida em que a epidemia de HIV/Aids vem sendo abordada a partir de uma multiplicidade de fatores, cuja influência na infecção pelo vírus supera o modelo calcado na noção epidemiológica do risco (JUNIOR, GOMES, NASCIMENTO; 2012).

Sobre esse aspecto, (1989 p. 31) faz a seguinte observação:

> O comportamento perigoso que produz a Aids é encarado como algo mais do que fraqueza. É irresponsabilidade, delinquência - o doente é viciado em substâncias ilegais, ou sua sexualidade é considerada divergente.

O drama do personagem Samsa se assemelha à vida de uma pessoa comum que muda drasticamente. Ao relatar as experiências do inseto que se esperneia tentando voltar à posição natural, ele mostra as tentativas de se rebelar contra as imposições da sociedade e as dificuldades e desafios em assumir papéis e scripts sociais causados pelas mudanças enfrentadas.

Como se observa, a Aids afeta física e emocionalmente os seus portadores. O impacto do diagnóstico traz sentimentos como o medo do desconhecido, da rejeição social, da doença, da morte, do abandono da família, do companheiro e dos amigos, ansiedade, diminuição da autoestima, sensação de perda do controle, perda da função social e a estigmatização (GALVÃO et al., 2012). Este diagnóstico é quase sempre interpretado como um sinal de alerta sobre o fim dos sonhos, dos planos e possibilidades de vida (CARLESSO; CECHETTO; SILVA, 2011).

Olhando por este prisma, observa-se que a vida das pessoas com Aids passa por uma transformação frente a sua condição. Análogo ao personagem de Franz Kafka, a metamorfose se dá da seguinte forma: (i) seu corpo sofre uma brusca transformação, que, somada a seu aspecto repugnante, instaura uma descontinuidade no cotidiano de toda a família; (ii) o caráter desarmônico da metamorfose tem como efeito um sujeito que, a despeito de seu corpo de inseto, pensa ainda como humano, o que traz problemas de diversas ordens (MERÇON, 2006).

Durante a descoberta da soropositividade pelo HIV, os sentimentos dos pacientes são de dor e sofrimento, tornando a atenção à saúde, nos níveis de complexidade, bastante difícil tanto para eles quanto para o profissional (LUZ; MIRANDA, 2010). Portanto, desenvolvem estratégias de enfrentamento ou mecanismos de defesa para (re)construção de novos caminhos, particularmente quando se vivenciam as peculiaridades de uma infecção como o HIV, crônica e incurável, ainda envolta em estigma social, abandono e as perdas (GALVÃO; PAIVA, 2011).

Concorda-se que a pessoa com HIV é discriminada e penalizada na sociedade. Ela vivencia conflitos emocionais de diversas naturezas, tais como: sentimento de culpa, rejeição, medo, tristeza, vergonha e responsabilidade quanto à contaminação e, como contaminado. Dessa forma, observa-se que o fenômeno da discriminação e preconceito é perpassado para todas as pessoas que convivem com o soropositivo, o que requer processos de adaptações, mudanças e enfrentamentos de toda a sociedade, particularmente, a família que também passa a ser afetada por emoções e sentimentos que geram sofrimento mental (WAIDMAN; BESS; SILVA, 2011).

A Aids é uma doença como outra qualquer, pode atingir qualquer ser humano, seja por sua negligência, seja por acidente. Sendo assim, a população deve permitir ao indivíduo com Aids a possibilidade de se assumir como tendo uma enfermidade e não decretar a sua morte frente a essa condição, permitindo-o buscar um ideal de vida que a cada ato de desrespeito, de injustiça e discriminação é deixado para trás (MATOS et al., 2010).

A Metamorfose faz refletir sobre as contradições que envolvem as relações humanas. Quando a família descobre a transformação vivenciada por Gregor Samsa, ele passa a ser desprezível e deve ser eliminado. A pessoa com HIV passa da condição de desacreditável para a posição de desacreditado, o que gera o estigma (GOFFMAM, 1988). Ao retornar o personagem kaftiano o problema e desconforto gerado para a família se resolve quando ele morre e faz questionar sobre como os interesses pautam a convivência, retratando a frieza e falta de escrúpulos do ser humano diante de situações de conflito. Como se vê no trecho do livro Metamorfose:

> ... quando nesse momento alguma coisa, atirada de leve, voou bem ao seu lado e rolou diante dele. Era uma maça; a segunda passou voando logo em seguida por cima dele. Gregor ficou paralisado de susto; continuar correndo era inútil, pois o pai tinha decidido bombardeá-lo. Da fruteira em cima do bufê, ele havia enchido os bolsos de maçãs e, por enquanto, sem mirar direito, as atirava uma a uma. As pequenas maçãs vermelhas rolavam como que eletrizadas pelo chão e batiam umas nas outras. Uma maçã atirada sem força raspou as costas de Gregor, mas escorregou sem causar danos. Uma que logo se seguiu, pelo contrário, literalmente penetrou nas costas dele. Gregor quis continuar se arrastando, como se a dor, surpreendente e inacreditável, pudesse passar com a mudança de lugar; mas ele se sentia como se estivesse pregado no chão e esticou o corpo numa total confusão de todos os sentidos... (KAFKA, 2001, p. 52).

As maçãs arremessadas pelo pai ao filho demonstram toda a raiva e descontrole em lidar com o problema. A cena não transparece apenas a dor física de Samsa, ao ser atingido pelas maçãs, mas o sofrimento por não ser mais aceito pela família, sendo rejeitado. Transmite a conturbada relação de Kafka com seu pai, pessoa com quem nunca tivera uma boa relação, assumindo muitas vezes uma postura tirânica. Assim, destacam-se o ônus da exclusão e dos anos perdidos pela incapacidade para conviver em família, quer como inseto, quer convivendo com HIV/Aids.

Estar com Aids não é somente estar com uma doença incurável, como ocorre com o câncer, por exemplo; pois, além do real espectro que possui, a doença ainda carrega consigo um estigma social muito grande. A sociedade não só tipifica a Aids como letal e provocadora de sofrimentos que beiram os limites do sobre-humano, mas também classifica a pessoa com Aids como inconveniente, imoral ou alguém que apresenta um comportamento inaceitável socialmente, gerando nessa pessoa a crença de que realmente é inaceitável (KUBLER-ROSS, 1998).

No processo de disseminação da infecção pelo HIV, prolifera uma "epidemia" de significados, levando o indivíduo a um constante enfrentamento, seja de forma silenciosa ou explícita, de estigmas e discriminações. A presença do HIV na vida de uma pessoa produz várias alterações em seu cotidiano, representadas pela incerteza quanto ao futuro, medo da aproximação da morte, discriminação, mudanças na aparência causadas ora pela doença, ora pela medicação; na vida afetiva, acarreta dificuldade em estabelecer novos vínculos; na vida familiar, também são enfrentadas discriminação e hostilidade, levando a mudanças no projeto de vida (GALVÃO et al., 2012).

A partir da metáfora da metamorfose, Kafka faz uma crítica à sociedade, cujos interesses são capitalistas ao extremo, e não emocionais, tal qual o momento das sociedades contemporâneas, na medida em que paradoxalmente, usufrui-se dos avanços da ciência, tecnologia e inovação e um sistema de saúde de cobertura universal. Quando metamorfoseado em inseto, Gregor representa alguém que sempre se preocupou com os outros, mas nunca consigo mesmo, alguém que não mais produz e por isso é rejeitado cruelmente pela família, que, por sua vez, também representa a sociedade.

Assim, o emprego e o local de trabalho são afetados pelo preconceito e discri-

minação quando as pessoas que vivem com HIV/Aids revelam sua condição de soropositividade. Infere-se que resquícios do contágio da teoria miasmática ainda povoam representações sociais e o inconsciente da humanidade. Nesse sentido, porém, por causa do preconceito, muitas pessoas tendem a se afastar do convívio social, como maneira de se proteger. Nesses casos, a perda do emprego faz com que essas pessoas se tornem desesperançadas, sem perspectiva de reinserção no mercado de trabalho, além de prejudicar suas condições de saúde, minimizando significativamente sua autoestima (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011).

Cabe ressaltar que o momento do diagnóstico e a trajetória com a vivência da doença proporcionam intensos questionamentos e mudanças nos hábitos de vida, porquanto muitas famílias não estão preparadas para enfrentar sozinhas tal situação, o que revela a importância de um trabalho conjunto entre profissionais, pessoas com Aids, familiares e comunidade, com vistas à redução do preconceito e humanização das relações sociais (BOTTI et al., 2009).

O desgaste físico, emocional e psicológico que a infecção pelo HIV e a Aids geram nas pessoas fazem sentir necessidades e expectativas voltadas para um acolhimento intenso e uma assistência mais individualizada, além de perceberem com mais amplitude as diversas dimensões e o alcance de uma atenção à saúde qualificada, que pode contribuir, efetivamente, no seu processo de restabelecimento da saúde (GOMES et al., 2012).

As pessoas que convivem com HIV/Aids enfrentam um conjunto de problemas específicos. Muitas têm de enfrentar o preconceito e a discriminação, sobretudo nos países com alta prevalência, onde o HIV atinge grande número de indivíduos. De modo geral, ao falarem do seu estado de infectadas, as pessoas são reticentes e isto contribui para aumentar seus sentimentos de isolamento (CARVALHO; GALVÃO; SILVA, 2010).

Além das diferentes situações relacionadas às mudanças no cotidiano e no estilo de vida, como a dificuldade de conviver com a doença crônica estigmatizada e incurável, a perda do emprego, o desânimo para o lazer, as atividades do lar prejudicadas, entre outras circunstâncias, as pessoas com Aids também revelaram sentimentos de medo, insegurança e revolta no seu cotidiano, conduzindo-as ao isolamento e à solidão. Esses sentimentos e valores são considerados como resposta à nova realidade vivenciada nos diferentes espaços da sociedade (CARVALHO; GALVÃO; SILVA, 2010). Da mesma forma que Kafka retrata em A Metamorfose, esses sentimentos, traz, não só, um impasse familiar, mas, consequentemente, uma drástica mudança de vida.

Inicialmente, Gregor está recém-metamorfoseado e se sente dominado por conflitos existenciais da condição de inseto, e observa-se também a maneira como é recebido por sua família em sua nova forma. Em seguida, observa-se uma drástica mudança em sua cotidianidade, na medida em que Gregor torna-se rejeitado e ameaçado por sua família através de um comportamento retrógrado. E finalmente, um Gregor abalado, incompreendido e repugnado, psicologicamente fraco e arruinado.

O estigma é tratado como uma rotulagem, definição de estereótipos, separação, perda de status e discriminação. Tal condição afeta grupos populacionais socialmente desfavorecidos, atrapalha ou inibe o acesso a vários recursos estruturais, interpessoais e psicológicos, que poderiam ser utilizados para evitar ou minimizar problemas de saúde, além de dificultar a eficácia das intervenções (DANTAS et al., 2015).

Nesse sentido, reduzir o estigma e a discriminação é uma das principais medidas para uma eficaz resposta à epidemia da Aids. Dessa maneira, destaca-se a necessidade de ações de prevenção que atuem, principalmente, na redução de preconceitos e quebra de tabus. Isso se faz necessário não apenas em relação ao HIV/Aids, mas também em relação a outras formas de opressão social, que colocam as pessoas em situações de vulnerabilidade, destacando aquelas associadas à questões de gênero, de orientação sexual, de raça e de classe social (SILVA; SILVA, 2011).

O suporte social é importante na diminuição do risco de doença e de morte associado a certas doenças, e melhora o prognóstico e a qualidade de vida. Pode-se afirmar que o suporte social familiar está positivamente associado ao bem-estar psicológico e que o suporte dos amigos é útil para a mudança de hábitos de vida, como o abandono de comportamentos de risco, consequentemente, contribuindo não só para a prevenção da doença, mas também para a adesão ao tratamento (BOTTI et al., 2009).

A Aids, como uma doença, traz inúmeras consequências psicossociais, como o preconceito, a segregação e o estigma. O esforço contra esses fatores resulta em grandes desafios, mas a prevenção e uma assistência de enfermagem de boa qualidade são os pontos iniciais para que se possa diminuir/amenizar o sofrimento das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Finalmente, ressalta-se que, por ser uma doença crônica e estigmatizante, as pessoas necessitam de um acompanhamento por equipes multidisciplinares. Os profissionais de saúde têm papel indispensável na adesão ao tratamento, auxílio de sua condição psicológica, física, estratégias de caráter emocional, suporte no fortalecimento dos laços com os familiares e esclarecimento de dúvidas visando à educação em saúde. Esta não só para os afetados, mas para toda população de forma geral, auxiliando na desmistificação da temática da Aids.

REFERÊNCIAS

BOTTI, M. L; LEITE, G. B; PRADO, M. F; WAIDMAN, M. A. P; MARCON, S. S. Convivência e percepção do cuidado familiar ao portador de HIV/Aids. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro. v. 17, n. 3, p. 400-5, jul/set, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de boas práticas em HIV/Aids na atenção básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. **Realização do Teste Rápido para HIV e Sífilis na Atenção Básica e Aconselhamento em DST/Aids**. 2012.

CARLESSO, A; CECCHETTO, F. H; SILVA, E. F. Mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência adquirida: sentimentos vivenciados relacionados à doença. **Rev enferm UFPE on line**. v. 5, n. 3, p. 771-77, 2011.

CARVALHO, S. M; PAES, G. O. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Cad. Saúde Colet.**, v. 19, n. 2, p. 157-63, 2011.

CARVALHO, C. M. L; GALVÃO, M. T. G; SILVA, R. M. Alterações na vida de mulheres com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida em face da doença. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 1, p. 94-100, 2010.

DANTAS, M. S; ABRÃO, F. M. S; COSTA, S. F. G; OLIVEIRA, D. C. HIV/AIDS: significados atribuídos por homens trabalhadores da saúde. **Esc Anna Nery**, v.19, n. 2, p. 323-330, 2015.

FERREIRA, R. C. M; FIGUEIREDO, M. A. C; SOUZA, L.B. trabalho, HIV/Aids: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 259-267, abr/jun 2011.

GALVÃO, M.T.G; PAIVA S.S. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. **Rev Bras Enferm**, Brasilia, v. 64, n. 6, p. 1022-7, 2011.

GALVÃO, M.T.G; BONFIM, D. Y. G; GIR, E; CARVALHO, C. M. L; ALMEIDA, P. C; BALSANELLI, A. C. S. Esperança em mulheres portadoras da infecção pelo HIV. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 38-44, 2012.

GARCIA, S; SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, supl.2, p.9-20, 2010.

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4 ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1988.

GOMES, A. M. T; OLIVEIRA, D. C; SANTOS, E. I; SANTO, C. C. E; VALOIS, B. R. G; PONTES, A. P. M. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da aids para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Esc Anna Nery (impr.)** v. 16, n. 1, p. 111-120, jan-mar 2012.

JUNIOR, J.S.M; GOMES, R; NASCIMENTO, E.F. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasil, v. 2, n. 17, p. 511-520, 2012.

KAFKA, F. **A Metamorfose**. São Paulo, Nova Alexandria, 2001.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os pacientes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LIMA, T. C; FREITAS, M. I. P. Comportamentos em saúde de uma população portadora do HIV/aids. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 1, p 110-5, jan-fev 2012.

LUZ, P.M; MIRANDA, K.C.L. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/aids como forma de cuidar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15(Supl. 1), p. 1143-1148, 2010.

MALISKA, I. C. A; PADILHA, M. I; VIEIRA, M; BASTIANI, J. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/aids. **Rev Gaúcha Enferm**., Porto Alegre (RS), v. 30, n. 1, p. 85-91, mar 2009.

MATOS, A. C; BOLETINI, R. S; KEATING, T. C; MATSUMOTO, N. F; GANDOLPHO, M. A. Tratamento da lipoatrofia facial em pessoas vivendo com HIV/Aids: afastando o preconceito e melhorando a qualidade de vida. O Mundo da Saúde, São Paulo. V. 34, n. 2, p:210-217, 2010.

MERÇON, F. E. S. **Uma Leitura Analítica da Novela A Metamorfose**, de Franz Kafka. São Paulo. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2006.

SILVA, J. M; SILVA, C. R. C. HIV/Aids e Violência: da opressão que cala à participação que acolhe e potencializa. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.3, p.635-646, 2011.

SONTAG, S. **AIDS e suas metáforas**. Tradução Paulo Henrique Brito. São Pau-

lo: Companhia das Letras, 1989.

WAIDMAN, M. A. P; BESSA, J. B; SILVA, F. L. C. Viver com aids e sofrer psiquicamente. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 173-80, jan/mar 2011.

CAPÍTULO 12

USO DE BUNDLES PARA SEPSE E CHOQUE SÉPTICO VISANDO A MELHORIA DOS CUIDADOS EM SAÚDE.

USE OF BUNDLES FOR SEPSE AND SEPTIC SHOCK SEEING IMPROVEMENT OF HEALTH CARE.

Micheline Veras de Moura[1]
Ana Elza Oliveira de Mendonça[2]
Andressa Mônica Gomes Fernandes[3]
Fábio Claudney da Costa Pereira[4]

1 Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília (UNB). Enfermeira do Hospital Universitário Onofre Lopes. E-mail: michelineverasenf@yahoo.com
2 Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente do Cursos de Graduação em Enfermagem e Pós-Graduação em Gestão da qualidade dos Serviços de Saúde (PPGQUALISAÚDE/UFRN). E-mail: anaelzaufrn@gmail.com
3 Especialista em urgência e Emergência pela Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia (FAMEC). Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário FACEX. E-mail: andressamonica@yahoo.com.br
4 Mestre em Enfermagem pela UFRN. Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário FACEX. E-mail: fabiocostafccp@gmail.com

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever o uso de bundles para sepse e choque séptico. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada em junho de 2018 com materiais disponíveis no Banco de dados de Enfermagem e na livraria on-line Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram incluídos artigos localizados por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Choque séptico; Sepse; Protocolo clínicos em inglês e português. A fim de incluir materiais atualizados sobre o assunto, também foram incluídos guidlines de organizações voltadas ao diagnóstico e tratamento da sepse em nível mundial. A adoção de uma estratégia institucional multidisciplinar focada na identificação precoce de pacientes com risco de sepse impede a evolução da síndrome para estágios mais graves, e resulta na diminuição do risco de morte associado a sepse grave e ao choque séptico. A sistematização de medidas e a busca por sinais sugestivos de infecção e implementação de protocolos com base nos bundles, possibilitam o diagnóstico precoce e contribuem para a redução da mortalidade por sepse.

PALAVRAS-CHAVE: Choque séptico. Sepse. Protocolos clínicos.

ABSTRACT

The purpose of this study was to describe the use of bundles for sepsis and septic shock. This is an integrative review of the literature, conducted in June 2018 with materials available in the Nursing Database and the Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) online bookstore. We included articles located through the Descriptors in Health Sciences (DeCS): Septic shock; Sepsis; Clinical protocol in English and Portuguese. In order to include up-to-date materials on the subject, we also included guidlines from organizations dedicated to the diagnosis and treatment of sepsis worldwide. The adoption of a multidisciplinary institutional strategy focused on the early identification of patients at risk of sepsis prevents the evolution of the syndrome to more severe stages and results in a reduction in the risk of death associated with severe sepsis and septic shock. The systematization of measures and the search for signs suggestive of infection and implementation of protocols based on the bundles, makes possible the early diagnosis and contributes to the reduction of sepsis mortality.

KEYWORDS: Shock. Septic. Sepsis. Clinical Protocols.

1 - INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil orienta que cada estabelecimento de saúde, deva reavaliar as práticas assistenciais prestadas aos pacientes e implantar programas de redução de infecção, de acordo com suas características, com a utilização de "bundles" ou pacotes de tratamento (BRASIL, 2010).

O número alarmante de pessoas com sepse, infecção generalizada, representa um grave problema de saúde mundial, sendo a disfunção de múltiplos órgãos a causa mais comum de morte em pacientes com este diagnóstico. Dentre os órgãos mais acometidos estão os pulmões, rins, coração e fígado. Já o sistema nervoso, quando acometido, traz como implicação a encefalopatia séptica. Outro aspecto que contribui para a mortalidade é a coagulopatia comum a todo processo microvascular que envolve a disfunção de múltiplos órgãos (TODESCHINI; TREVISOL, 2011; BARRETO et al., 2012; THE JOINT COMMISSION, 2012).

De acordo com a definição mais recente publicada pelo Journal of the American Medical Association (JAMA), a sepse resulta do conjunto de anormalidades, causadas pela desregulação da resposta inflamatória do paciente à uma infecção. Já o choque séptico é um subconjunto de sepse acompanhado por anormalidades severas no metabolismo circulatório, celular e metabólico. A diferença básica entre sepse e choque séptico diz respeito a gravidade e probabilidade de mortalidade do paciente (SINGER; DEUTSCHMAN; SAYMOUR et al., 2016).

Com a evolução da ciência foi possível estabelecer padrões de alterações fisiológicas, patológicas e bioquímicas que correlacionadas indicam se o paciente possui um quadro de sepse ou choque séptico, a gravidade desse quadro e o procedimento adequado a ser adotado. A carência de abordagem terapêutica correta diante de um paciente com quadro infeccioso está diretamente relacionada com as altas taxas de incidência e mortalidade da sepse (SALOMÃO; DIAMENT; RIGOTTO et al., 2011; SINGER; DEUTSCHMAN; SAYMOUR et al., 2016).

Em resposta a essa carência vem se buscando determinar e padronizar ações a serem implementadas, conhecidas como "bundles". O Institute for Healthcare Improvement (IHI), foi o pioneiro em conceituar os "bundles" em uma iniciativa conjunta com o Voluntary Hospital Association (VHA). O Projeto foi idealizado da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que na época envolveu 13 hospitais focados na melhoria de cuidados intensivos. O principal foco do projeto era melhorar os processos de cuidados intensivos para os mais altos níveis de credibilidade, o que resultaria em implicações amplamente melhores. A teoria era que o aprimoramento do trabalho em equipe e a comunicação multidisciplinar criasse as condições necessárias para uma assistência segura e garantida na UTI (RESAR; GRIFFIN; HARADEN, 2012).

Com a implantação dos pacotes (Bundles), as evidências mostraram que as mudanças clínicas foram robustas e houve pouca ou nenhuma controvérsia sobre sua eficácia. Além disso, as equipes precisariam encontrar maneiras novas e melhores de trabalhar juntas para produzir mudanças confiáveis e resultados superiores para os pacientes. Foi divulgado pelo IHI que, usando um bundle ou um pequeno pacote de intervenções basea-

das em evidências para uma população de pacientes definida e um ambiente de atendimento, as melhorias nos resultados dos pacientes superaram as expectativas das equipes e do corpo docente e assim os pacotes possibilitaram uma abordagem inovadora para melhorar a assistência (RESAR; GRIFFIN; HARADEN, 2012).

Diferente dos protocolos convencionais, nos bundles nem todas as estratégias terapêuticas possíveis precisam estar incluídas, já que o objetivo desse modelo não é ser uma referência abrangente do arsenal terapêutico disponível (SILVA; NASCIMENTO; SALES, 2012). Os bundles não foram propostos para um cuidado integral, mas, desenvolvido para testar uma teoria quando a adesão é medida por um conjunto de componentes de cuidados aceitos para um processo clínico, o que requer trabalho em equipe e cooperação dos profissionais (RESAR, 2012; SEPTIMUS; YOKOE; WEINSTEIN et al., 2014).

Os bundles para sepse são divididos em dois pacotes, cuidados das 03 e das 06 horas. O primeiro pacote deve ser iniciado durante as primeiras três horas, neste momento deve ser feito a coleta de lactato sérico e hemoculturas antes de iniciar a antibioticoterapia. Após a coleta, deve-se dar início a administração do antibiótico de largo espectro e a reposição volêmica nos pacientes hipotensos ou com o lactato aumentado (RHODES; EVANS; ALHAZZENI et al., 2016).

No pacote de cuidados das 06 horas, deve-se iniciar a administração de vasopressores para os pacientes hipotensos que não responderam à reposição volêmica inicial, tendo em vista manter a pressão arterial média acima de 65 mmHg, a reavaliação do status volêmico e de perfusão, e novamente a mensuração dos níveis de lactatos, quando inicialmente elevados (RHODES; EVANS; ALHAZZENI et al., 2016).

Apesar dos avanços científicos na área da saúde, principalmente no início do Século XX, ainda se busca nos dias atuais uma melhor compreensão sobre a sepse. Entretanto, sabe-se que houve avanços no diagnóstico precoce, por meio do rastreamento microbiano que se tornou mais eficaz, possibilitando uma ação mais rápida dos profissionais no tratamento (INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE, 2018). Contudo, a utilização mais otimizada das variáveis hemodinâmicas e de técnicas de suporte orgânico, ainda precisam ser aprimoradas para melhorar a qualidade das intervenções e reduzir mortalidade em pacientes com sepse.

Face ao problema representado pela elevada incidência, altos custos e mortalidade, o principal desafio é implementar, programas que levem as melhores evidências científicas disponíveis à beira do leito, visando assegurar práticas assistenciais seguras. Assim, o presente estudo objetivou descrever o uso de bundles para sepse e choque séptico.

2 - METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida de acordo com as seguintes etapas: 1) identificação do tema e elaboração da questão norteadora; 2) estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão de estudos e busca dos estudos; 3) categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; 6) síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados e apresentação da revisão (SOARES et al., 2014).

Para nortear o presente estudo, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: Como utilizar bundles para sepse e choque séptico?

As buscas foram realizadas em junho de 2018 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente no Banco de dados de Enfermagem e na livraria on-line Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para o levantamento de estudos pertinentes à temática utilizaram-se Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Choque séptico; Sepse; Protocolo clínicos. Reitera-se que foram incluídos também guidlines de organizações voltadas ao diagnóstico e tratamento da sepse em nível mundial, por meio de consultas eletrônicas em sites oficiais, justificadas pela necessidade de atualização da temática.

3 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para facilitar o entendimento sobre a aplicação dos bundles da sepse, bem como a apresentação dos resultados e discussões, optou-se por desenvolver subtópicos acerca do assunto.

3.1 - PROTOCOLO DE SEPSE BASEADO EM BUNDLES

O atendimento à sepse não se restringe às unidades de terapia intensiva, pois, sabe-se que entre 30% e 50% dos pacientes, o primeiro evento séptico de um determinado paciente, ocorre em unidades de urgência e emergência, enquanto 25% a 35% desenvolvem sepse em unidades de internação regulares e, somente entre 15% e 20% durante a internação em unidades de terapia intensiva. Assim, o protocolo institucional deverá ser disponibilizado para todas as áreas do hospital. Em cada uma delas é necessário estabelecer a forma como os pacientes sépticos serão detectados e qual será o fluxo de atendimento. Com o intuito de agilizar a implantação do protocolo de sepse, podem ser adotadas diferentes estratégias, como a adoção do “kit sepse” que devem reunir todos os materiais necessários para o atendimento inicial ao paciente com suspeita de sepse, como fichas de triagem, check list, requisição de exames e material para coleta, e também medicamentos para agilizar a primeira dose de antimicrobiano. As equipes devem ser treinadas em todos os setores do serviço e os kits devem estar disponíveis e acessíveis, visando favorecer a sua utilização (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017).

Observa-se que em geral os pacientes com quadro de sepse apresentam sinais de hipoperfusão ou elevação do lactato duas vezes acima do valor normal, sendo esses os critérios para iniciar o protocolo de tratamento ou bundle. A hipoperfusão tecidual pode ocorrer mesmo na ausência de sinais clínicos pronunciados, e nessa condição, o lactato elevado ou hiperlactemia pode ser o único marcador disponível. Justificando a necessidade da coleta de sangue e a resposta rápida do laboratório, para confirmar a hipoperfusão (INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE, 2018).

Dada a necessidade de rápida intervenção, na impossibilidade de imediata trans-

ferência para as unidades de terapia intensiva, essas metas devem ser cumpridas ainda nos setores de urgência e de internação regular. Para isso, o delineamento dos passos necessários é fundamental para equacionar impedimentos estruturais, como a falta de monitores cardíacos nesses setores, ou deficiências de profissionais para a instalação de cateter venoso central e os passos necessários para a otimização hemodinâmica. Após transferência do paciente para a unidade de terapia intensiva, outras formas de monitorização hemodinâmica podem ser preferíveis. Todos os setores do hospital devem utilizar instrumentos de triagem contendo os principais critérios de síndrome da resposta inflamatório sistêmica (SRIS) e disfunção orgânica. A triagem configura a "abertura do protocolo", ou seja, o acionamento das ações a serem executadas em casos suspeitos de sepse. Os profissionais de enfermagem e em especial os enfermeiros devidamente treinados para detectar esses critérios, podem dar o start do protocolo para o diagnóstico e intervenções, resultando em repercussões positivas na sobrevivência dos pacientes. Um ponto crucial a definir é o critério para acionamento da equipe médica. Idealmente, para aumentar a sensibilidade da detecção, o médico deve ser acionado na presença de dois critérios de SRIS ou, logicamente, na presença de uma disfunção orgânica. A instituição pode optar por aumentar a especificidade ao não considerar, como um dos critérios, a taquicardia na presença de febre. Outras estratégias para reduzir a sensibilidade podem ser adotadas: uma delas, é restringir a abertura com base nesses critérios apenas a pacientes de grupos de risco, ou seja, idosos e portadores de comorbidades). A ficha de triagem deve contemplar os critérios para abertura do protocolo de sepse e deve ser aplicada tanto na triagem dos serviços de urgência e emergência, juntamente com as estratégias já existentes de estratificação de risco, como nas unidades regulares de internação e unidades de terapia intensiva. Nessas últimas, eventualmente, são necessárias adaptações para que a sensibilidade não seja excessiva, já que, o uso de critérios de SRIS nas unidades de terapia intensiva como estratégia de triagem não é recomendado. Nestas, a suspeita de sepse deve-se basear na discussão entre a equipe de plantão e na presença de disfunção orgânica. A enfermagem, ao identificar um paciente potencial, deve proceder a "abertura do protocolo" com o preenchimento da ficha e acionamento da equipe médica. Durante essa avaliação, investiga-se se há um foco infeccioso e define-se a continuidade no atendimento com base no diagnóstico de sepse. As equipes devem estar atentas ao diagnóstico, visando a abertura do maior número de protocolos de sepse, uma vez que, com o afastamento do diagnóstico encerra-se o mesmo sem nenhum prejuízo ao paciente. À medida que a suspeita de sepse (dois critérios de SRIS + foco infeccioso em situações compatíveis com sepse) for confirmada, os exames laboratoriais devem ser colhidos em todos os pacientes, pois, nesse caso há suspeita de sepse. Os exames são úteis ao diagnóstico tanto da presença de disfunção orgânica (elevação de bilirrubinas, creatinina ou plaquetopenia) como da presença de hipoperfusão (hiperlactatemia). Dessa forma, pacientes sob suspeita de sepse serão identificados e precocemente tratados. Essa estratégia também aumenta a detecção de hipoperfusão oculta, ou seja, pacientes que embora possam não apresentar disfunção clinicamente perceptível (dispneia, hipotensão, rebaixamento de nível de consciência ou oligúria) efetivamente possuem níveis elevados de lactato e necessitam de ressuscitação hemodinâmica. Outro aspecto importante dessa precocidade de acionamento, na presença de SRIS, é a possibilidade de se iniciar antibioticoterapia na primeira hora, ou seja, embo-

ra haja controvérsia, a primeira dose de antimicrobianos poderia ser administrada assim que se confirmar a possível etiologia infecciosa como causa da SRIS, mesmo antes da confirmação da presença de disfunção (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017).

3.2 - PACOTE DAS PRIMEIRAS 03 HORAS

O primeiro pacote deve ser implementado nas primeiras três horas, incluindo coleta de lactato sérico e de hemocultura, antes da administração de antibioticoterapia, seguido da administração de antibióticos de amplo espectro e da administração de cristaloides para reposição volêmica em pacientes hipotensos ou com lactato aumentado (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017; INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE, 2018).

3.3 - PACOTE DE CUIDADOS DAS 6 HORAS

Após a primeira fase, "Pacote de 3 horas", no grupo de pacientes mais graves, com choque séptico ou hiperlactemia, devem ser tomadas medidas adicionais em termos de ressuscitação hemodinâmica, ainda dentro das primeiras 6 horas. Essas medidas incluem: administração de vasopressores (para hipotensão que não responda à ressuscitação volêmica inicial), visando manter uma pressão arterial média acima de 65 mmHg; reavaliação do status volêmico e de perfusão e reavaliação dos níveis de lactato, quando os pacientes apresentarem lactato inicial elevado (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017; (INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE, 2018).

3.4 - A RELEVÂNCIA DA COLETA DE LACTATO

A determinação do lactato sérico é obrigatória nos casos suspeitos de sepse. Essa dosagem deve fazer parte dos exames coletados em pacientes com infecção, mesmo sem clara disfunção orgânica, visto que níveis acima do normal por si são considerados como disfunção e definem a presença de sepse. A hiperlactemia na sepse é atribuída ao metabolismo anaeróbio secundário à má perfusão tecidual. Apesar de haver outras possíveis razões para sua elevação, como a redução da depuração hepática e hipoxemia citopática, é considerado o melhor marcador de hipoperfusão disponível à beira leito. A lactatemia reflete a gravidade destes pacientes e tem valor prognóstico bem estabelecido, principalmente se os níveis persistirem elevados. Em pacientes cujos níveis se reduzem com as intervenções terapêuticas, ou seja, em que há clareamento do lactato, observa-se menor mortalidade. Níveis iguais ou superiores a 4,0 mm/L (36 mg/dL) na fase inicial da sepse indicam a necessidade das medidas terapêuticas de ressuscitação. Nesse caso, novas mensurações, a cada duas ou três horas, estão indicadas para acompanhamento do seu clareamento, como definido no Pacote de 6 horas. Essas medidas devem visar à normalização do lactato. Sugere-se a criação de "kit de sepse", com a inclusão de: hemograma, gasometria arterial, coagulograma, lactato, creatinina, bilirrubinas e hemocultura (duas amostras). Além do lactato, a coleta de creatinina, bilirrubinas e plaquetas permite a identificação da presença de disfunção orgânica (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017; INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE, 2018).

Vale mencionar que nas instituições que optarem pelo disparo do protocolo de sepse na presença de dois critérios de SRIS e não na disfunção orgânica, a coleta de exa-

mes de laboratório deve necessariamente ser feita após a avaliação médica com confirmação da presença de suspeita de foco infeccioso como causa da resposta inflamatória. O número de exames tende a aumentar e, com isso, sobrecarrega a rotina laboratorial de atendimento ao protocolo, principalmente em instituições de grande porte ou com intenso movimento nos setores de emergência. Não há consenso quanto à coleta de hemoculturas nesse momento. O custo do exame é elevado e nem sempre o diagnóstico de sepse será confirmado. Entretanto, como a recomendação é para coleta antes de iniciar a antibioticoterapia, a espera por eventuais resultados laboratoriais pode comprometer a sensibilidade do exame. Isso prejudicaria o escalonamento posterior dos antimicrobianos prescritos, o que não é desejável e pode, inclusive, aumentar custos (RESAR; GRIFFIN; HARADEN, 2012; VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017).

3.5 - COLETA DE CULTURAS

Juntamente com os exames iniciais em pacientes com suspeita de sepse devem ser colhidas culturas. Como existe indicação de antimicrobianos de amplo espectro, é fundamental que todos os esforços sejam feitos para a identificação do agente causador, de forma a permitir que a revisão dos antimicrobianos seja feito de maneira adequada. A coleta deve ser idealmente feita antes da administração da primeira dose de antimicrobianos, visando aumentar a sensibilidade. Em todos os pacientes, independente do foco infeccioso suspeito, devem ser colhidas hemoculturas. Entre 30 a 50% dos pacientes têm hemoculturas positivas, principalmente os acometidos de pneumonia e infecção intra-abdominal. Devem ser colhidos pelo menos dois pares de hemoculturas de sítios diferentes, com volume de sangue suficiente, de sorte a garantir maior sensibilidade. Trata-se de urgência, pois os antimicrobianos devem ser administrados na primeira hora após o diagnóstico. Embora a coleta durante o pico febril aumente a sensibilidade, não se deve aguardar o pico febril nem manter intervalos de tempo entre as coletas (SEPTIMUS; YOKOE; WEINSTEIN et al., 2014).

Além da coleta de hemoculturas, deve-se colher culturas de todos os sítios pertinentes ao foco suspeito de infecção, como espécimes de secreção do trato respiratório, urocultura, secreções de abcessos ou coleções, líquidos articulares, pontas de cateteres, líquor etc. Embora seja importante a questão do aumento da sensibilidade, não se deve aguardar a coleta por tempo excessivo para o início da antibioticoterapia. Além disso, as boas práticas em relação aos espécimes colhidos devem ser observadas. A antissepsia da pele e técnicas adequadas de coleta para evitar contaminação, o pronto envio e processamento das amostras devem ser observados (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017).

3.6 - ANTIBIÓTICOS E CONTROLE DO FOCO INFECCIOSO

Após obtenção de culturas apropriadas, deve-se administrar antibióticos de largo espectro, por via intravenosa, o mais rapidamente possível e, idealmente, na primeira hora após o diagnóstico. Além da importância em se prescrever o antibiótico correto, é importante que a primeira dose desse antibiótico seja administrada dentro da primeira hora de disfunção orgânica. A redução da carga bacteriana ou fúngica é fundamental para o controle da resposta inflamatória. A Campanha de Sobrevivência à Sepse conside-

ra essa recomendação como forte, tanto para pacientes com sepse como para aqueles com choque séptico. Nesse sentido, é fundamental viabilizar em todos os setores do hospital a rápida disponibilidade das principais drogas utilizadas. Sabe-se que o tratamento antimicrobiano inadequado ao agente em questão está associado ao aumento da mortalidade, mas existem evidências claras de que a demora no início da antibioticoterapia também aumenta o risco de óbito. Assim sendo, não se deve aguardar a identificação embora as evidências venham de estudos clínicos com pacientes em sepse ou choque, o benefício potencial dessa terapia precoce para pacientes que se apresentem somente com infecção, sem disfunção, é intuitivo. Além disso, apesar dos eventuais riscos associados à prescrição excessiva de antimicrobianos em termos de surgimento de resistência e custos, é difícil encontrar possíveis eventos adversos associados à administração precoce de antibióticos. Para que a administração dentro da primeira hora seja possível, é imprescindível disponibilizar de forma ágil essa primeira dose, sem necessidade de preenchimento de formulários ou de liberação pela Comissão de Controle de Infecções Relacionadas Assistência à Saúde (SCIRAS) (BRASIL, 2010; SEPTIMUS; YOKOE; WEINSTEIN et al., 2014; VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017).

3.7 - TRATAMENTO INICIAL DA HIPOPERFUSÃO

Nos casos de sepse com hipotensão arterial ou hiperlactatemia significativa, com níveis duas vezes acima do valor de referência, a principal intervenção terapêutica nas primeiras horas é a reposição volêmica agressiva, visa restabelecer o fluxo sanguíneo adequado e a oferta tecidual de oxigênio. A hipovolemia na sepse é multifatorial, sendo decorrente da venodilatação, do aumento da permeabilidade capilar, da redução da ingestão hídrica oral e aumento das perdas insensíveis por febre e taquipneia, por exemplo. Em decorrência disso, há redução do conteúdo intravascular e do enchimento do ventrículo direito, com consequente redução do débito cardíaco. Além disso, pode haver disfunção miocárdica com redução da contratilidade ventricular. Assim, a medida central para normalização da oferta de oxigênio é a reposição volêmica. Caso os pacientes permaneçam hipotensos mesmo após a reposição volêmica inicial, com pressão arterial média menor que 65 mmHg, deve ser iniciado vasopressor. Não se deve aguardar a passagem de acesso central para o seu início, haja vista o efeito deletério da hipotensão no fluxo circulatório. Assim, uma pressão arterial mínima precisa ser rapidamente obtida, ainda que a infusão seja em veia periférica, mesmo antes da reposição volêmica ter sido finalizada. O paciente deve receber vasopressor a despeito de ainda estar hipovolêmico caso haja hipotensão ameaçadora a vida. Assim que houver correção da hipotensão, deve-se iniciar a retirada dos vasopressores. A droga de escolha atualmente é a noradrenalina. Pode-se utilizar adrenalina ou vasopressina em adição ou substituição a noradrenalina (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017; INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE, 2018).

3.8 - OTIMIZAÇÃO HEMODINÂMICA GUIADA POR METAS

A atual recomendação da Campanha para os pacientes que persistem hipotensos a despeito da adequada reposição volêmica (choque séptico) ou naqueles em que, desde o início, o lactato sérico ultrapassava 4 mmol/L (> 36 mg/ dL) é a continuação da otimiza-

ção hemodinâmica. Para isso, eventualmente é necessária a passagem de cateter venoso central, continuação da reposição volêmica, utilização de inotrópicos ou transfusão sanguínea. Para a otimização hemodinâmica, além da reposição volêmica com cristaloides (ou albumina), pode ser utilizada dobutamina (2-20 mcg/kg/min) ou transfusão de hemácias para aumentar a oferta tecidual. O importante é, ainda dentro das 6 primeiras horas, proceder reavaliação do estado volêmico e de perfusão (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017; INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE, 2018).

Podem ser usados o tempo de enchimento capilar, a presença de livedo, melhora do nível de consciência e da diurese, além da avaliação da saturação venosa central. Além desses objetivos terapêuticos, atualmente se entende que em pacientes com hiperlactatemia, o clareamento do lactato não é só um sinal de melhor prognóstico, mas também um alvo terapêutico a ser perseguido. Assim, mensurações seriadas e intervenções visando à sua normalização são recomendadas e devem fazer parte dos protocolos assistenciais (SEPTIMUS; YOKOE; WEINSTEIN et al., 2014; VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017).

3.9 - OTIMIZAÇÃO DOS PACOTES

Alguns procedimentos podem ser feitos para otimizar os pacotes e aumentar a adesão ao protocolo, como check lists de ações sugere-se fortemente que, além da ficha de triagem, sejam disponibilizados, em todos os setores, check lists, de forma que os diversos passos do tratamento sejam seguidos pela equipe que atende ao paciente. É necessário que rotina para priorização de atendimento no centro cirúrgico. O controle de foco, quando pertinente, faz parte das medidas iniciais a serem tomadas em pacientes sépticos nas primeiras horas de atendimento. Como pode ser necessária intervenção em centro cirúrgico, as instituições devem prever fluxo diferenciado, com priorização desses pacientes. Outra questão é a adequação do banco de sangue Como parte da ressuscitação hemodinâmica, pode ser necessária a transfusão de hemácias. O banco de sangue deverá estar capacitado a atender esses pacientes com prioridade, pois o tempo disponível para otimização é de seis horas (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017; INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE, 2018).

4 - CONCLUSÃO

Os bundles para sepse e choque séptico devem ser implementados em todos os serviços de saúde, visando adequar os processos assistenciais e melhorar a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. Uma vez que, sistematizar medidas e buscar sinais sugestivos de infecção que venham a contribuir para implementação de protocolos com base nos bundles, viabilizam o diagnóstico precoce e contribuem para a redução da mortalidade por sepse.

Assim, ressalta-se a importância de difundir informações atualizadas sobre a sepse, e sensibilizar profissionais e instituições em diferentes níveis de atenção à saúde a aderirem a campanha mundial de sobrevivência a sepse e aos bundles de tratamento.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Analúcia Filgueira Gouveia et al. Infection of central venous catheter and the non-compliance of protocols in the intensive care unit. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 7, n. 2, p. 430-437, dec. 2012. Available from: < https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10252/10867 >. accessed 04 June 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos, Gerência Geral de Tecnologia. Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília, DF; 2010.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-0103-507X2011000200006 >. Accessed 04 June 2018.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE (ILAS). Roteiro de implementação de protocolo assistencial gerenciado. A linha de cuidado: da admissão aos cuidados após a alta hospitalar. Vila Clementino, SP: ILAS, 2018. 4 ed. 34p. Disponível em: < http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/roteiro-de-implementacao.pdf >. Acesso em 28 jul.2018.

RESAR, Roger; GRIFFIN, Frances A.; HARADEN Carol et al. Using Care Bundles to Improve Health Care Quality. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Available from: < http://www.ihi.org >. Accessed 22 June 2018.

RHODES, Andrew; EVANS, Laura E.; ALHAZZENI, Walled et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. **Crit. Care Med.**, v. 45, n. 3, Mar 2017. Available from: < http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/artigos/Surviving_Sepsis_Campaign%202016.pdf >. Accessed 10 June 2018.

SALOMAO, Reinaldo; DIAMENT, Décio; RIGOTTO, Otelo et al. Guidelines for the treatment of severe sepsis and septic shock - management of the infectious agent - source control and antimicrobial treatment. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 145-157, June 2011. Available from: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2011000200006&lng=en&nrm=iso >. Accessed 04 June 2018.

SEPTIMUS, Edward; YOKOE Deborah S.; WEINSTEIN Robert A. et al. Maintaining the momentum of change: the role of the 2014 updates to the compendium in preventing healthcare-associated infections. **Infect Control Hosp Epidemiol**. v. 35, n. 5, p. 460-463, 2014. Available from: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24709714 >. Accessed 10 June 2018.

SILVA, Sabrina Guterres da; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do Nascimento; SALLES, Raquel Kuerten de. Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 837-44, 2012. Disponível em: < http://www.redalyc.org/html/714/71425249014/ >. Acesso em: 12 jun 2018.

SINGER, Mervyn; DEUTSCHMAN, Clifford S.; SAYMOUR, Christopher Warren et al. The third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). Journal of the American Medical Association, New York, v. 315, n. 8, p. 801- 810, fev. 2016. Available from: < https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881 >. Accessed 06 June 2018.

SOARES, Cassia Baldini et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 48, n. 2, p.335-345, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200335&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 04 jun 2018.

THE JOINT COMMISSION (JCI). Preventing Central Line–Associated Bloodstream Infections: A Global Challenge, a Global Perspective. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources, May 2012. Available from: < http://www.preventingCLABSIs.pdf >. Accessed 25 June 2018.

TODESCHINI, Alexandre Baggio; TREVISOL, Fabiana Schuelter. Sepse associada ao cateter venoso central em pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Clín. Méd.**, São Paulo, v. 9, n. 5, p. 334-337, set-out. 2011. Disponível em: < http://www.sbcm.org.br/revistas/RBCM/RBCM-2011-05.pdf >. Acesso em 20 jun 2018.

VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; MACHADO, Flávia Ribeiro; SOUZA, Juliana Lubarino Amorim. **Sepse, um problema de saúde pública**: a atuação e colaboração da enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. – São Paulo: COREN-SP, 2017. 66p. Disponível em: < http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/livro-sepse-um-problema-de-saude-publica-coren-ilas.pdf >. Acesso em 22 jun 2018.

CAPÍTULO 13

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES NO PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: revisão integrativa.

NURSING DIAGNOSIS IN PATIENTS IN THE PERIOPERATORY OF CARDIAC SURGERY: integrative review.

Samanta Moreno Buriola[1]
Ana Elza Oliveira de Mendonça[2]
Andressa Mônica Gomes Fernandes[3]
Fábio Claudney da Costa Pereira[4]

1 Enfermeira, Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: samanta.buriola@hotmail.com
2 Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente do Cursos de Graduação em Enfermagem e Pós-Graduação em Gestão da qualidade dos Serviços de Saúde (PPGQUALISAÚDE/UFRN). E-mail: anaelzaufrn@gmail.com
3 Especialista em urgência e Emergência pela Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia (FAMEC). Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário FACEX. E-mail: andressamonica@yahoo.com.br
4 Mestre em Enfermagem pela UFRN. Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário FACEX. E-mail: fabiocostafccp@gmail.com

RESUMO

Objetivou-se identificar os Diagnósticos de Enfermagem (DE) mais frequentes em pacientes no período perioperatório de cirurgia cardíaca e as taxonomias utilizadas. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura realizada em fevereiro de 2018, nas fontes de dados indexadas à Biblioteca Virtual em Saúde. Foram incluídos estudos desenvolvidos nos períodos pré, trans e pós-operatório, publicados entre 2003 e 2015. Foram incluídos cinco estudos, que identificaram nove DE no período pré-operatório, nove no período transoperatório e 37 no período pós-operatório, dos quais 24 foram DE reais e 13 de risco, classificados segundo as taxonomias I e II da NANDA. Os DE com frequência igual ou superior a 50% no pré-operatório foram: Intolerância à atividade e Risco para disfunção neurovascular periférica. No transoperatório, oito diagnósticos apresentaram frequência de 100%, Risco para infecção, Risco para aspiração, Risco para disfunção neurovascular periférica, Risco para lesão perioperatória de posicionamento, Integridade da pele prejudicada, Risco para desequilíbrio no volume de líquidos, Proteção alterada e Troca de gazes prejudicada. No pós-operatório, o DE real Dor aguda foi comum aos três estudos, seguido dos diagnósticos que apareceram simultaneamente em dois estudos: Déficit no autocuidado para vestir-se, Mobilidade física prejudicada, Mobilidade no leito prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Desobstrução ineficaz das vias aéreas e Ansiedade. Os DE foram distintos para cada tempo operatório e a NANDA foi a taxonomia adotada nos estudos analisados.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia torácica. Diagnóstico de enfermagem. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the most frequent Nursing Diagnoses in patients in the perioperative period of cardiac surgery and the taxonomies used. This was an integrative review of the literature conducted in February 2018, in data sources indexed to the Virtual Health Library. We included studies developed in the pre, trans and postoperative periods published between 2003 and 2015 . Five studies were included, identifying nine DE in the preoperative period, nine in the intraoperative period and 37 in the postoperative period, of which 24 were real DE and 13 risk, classified according to NANDA taxonomies I and II. EDs with a frequency of 50% or more preoperatively were: Intolerance to activity and Risk for peripheral neurovascular dysfunction. In the transoperative period, eight diagnoses presented a 100% frequency, Risk for infection, Risk for aspiration, Risk for peripheral neurovascular dysfunction, Risk for perioperative positioning lesion, Impaired skin integrity, Risk for imbalance in fluid volume, Altered protection and Change of gazes impaired. In the postoperative period, real ED Acute pain was common to all three studies, followed by diagnoses that appeared simultaneously in two studies: Deficit in self-care for dressing, Impaired physical mobility, Impaired bed mobility, Impaired skin integrity, Ineffective clearing of the airways and Anxiety. SD were distinct for each operative time and NANDA was the taxonomy adopted in the studies analyzed.

KEYWORDS: Thoracic surgery. Nursing diagnosis. Nursing care.

1 - INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) se configuram como uma das principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo responsável pela morte de milhares de pessoas em todo mundo (BRASIL, 2017a).

Em 2017, ocorreram 92.837 óbitos no Brasil por DCV que corresponderam a 8,2% do total de internações por doenças do Aparelho Circulatório. Na Região Sudeste, foi registrado o maior número de óbitos representando 46,6% do total, seguida das Regiões Nordeste com 24%, Sul com 17,6%, Centro Oeste com 6,7% e Norte com 5,1 % (BRASIL, 2018).

O tratamento das DCV pode ser realizado sem intervenção cirúrgica por meio da mudança do estilo de vida e/ou medicamentoso e com intervenção cirúrgica por meio das cirurgias cardíacas indicadas conforme a necessidade de cada indivíduo que podem ser corretoras, reconstrutoras ou substitutivas (GALDEANO et al., 2003).

A revascularização do miocárdio (RM) é a cirurgia cardíaca realizada com maior frequência para o tratamento da doença arterial coronariana (DAC), quando os procedimentos convencionais não foram suficientes ou não foram otimizados. Nela, o fluxo sanguíneo obstruído pela aterosclerose é restabelecido com a criação de um trajeto alternativo com segmentos da veia safena e/ou artéria mamária nos pontos ocluídos (GALDEANO et al., 2003).

Cabe ao enfermeiro assegurar uma assistência de enfermagem integral e individualizada ao paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca. Como estratégias do gerenciamento do cuidado, a educação permanente e o julgamento clínico aprimoram habilidades e competências que contribuem para a assistência segura e de qualidade (AMORIM; SALIMENA, 2015).

A coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem são etapas do Processo de Enfermagem (PE) e constituem uma prática importante na recuperação e sobrevivência dos pacientes (AMANTE; ROSSETO; SCHNEIDER, 2009; HERDMAN; KAMITSURU, 2015; HINKLE; CHEEVER, 2018).

Como base para as intervenções que serão tomadas no cuidado do paciente cirúrgico cardíaco, utiliza-se o Diagnóstico de Enfermagem (DE). Este processo faz parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que proporciona ao enfermeiro uma assistência integral ao paciente, a organização da equipe de enfermagem e a prevenção de possíveis complicações. Os termos padronizados na utilizados na SAE são denominados de taxonomias de enfermagem (ALMEIDA et al., 2013).

Com o objetivo de universalizar, organizar e padronizar a linguagem utilizada pelos enfermeiros, foram criadas as taxonomias de enfermagem (BRASIL, 2009; BARROS et al., 2015). Assim, este estudo teve como objetivo identificar nas produções científicas os Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e as taxonomias utilizadas.

2 - METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura norteada pela seguinte questão de pesquisa: "Quais os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes no período perioperatório de cirurgia cardíaca no Brasil?".

A busca eletrônica dos estudos foi realizada em fevereiro de 2018 nas fontes de dados do Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) por intermédio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que permite a busca simultânea nas principais fontes nacionais e internacionais e na coleção Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para a busca dos estudos, foram utilizados descritores controlados contidos no índice de termos dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): "cirurgia torácica" or "cirurgia cardíaca" and "diagnóstico de enfermagem.

Os critérios de inclusão utilizados para a seleção da amostra foram artigos resultantes de pesquisas clínicas com pacientes submetidos a cirurgia cardíaca realizadas no Brasil, disponibilizados eletronicamente na íntegra. Foram excluídos estudos com neonatos, crianças e adolescentes, visando obter maior uniformidade dos diagnósticos de enfermagem. Estudos publicados duplamente em mais de uma fonte de dados, foram contabilizados uma única vez.

Para extração dos dados dos artigos, foi utilizado um formulário desenvolvido pelos pesquisadores, de modo a facilitar a análise e caracterização dos artigos da amostra com as seguintes informações: identificação dos autores, títulos, local de desenvolvimento, objetivos, delineamento do estudo e nível de evidência científica, resultados, conclusões e recomendações para a prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a apresentação dos dados dos estudos, foram elaborados quadros com os resultados que contribuíam para responder à questão de pesquisa proposta. E para a classificação do nível de evidência científica dos estudos, seguiu-se o modelo proposto por Stillwell et al. (2010), que classifica a qualidade da evidência em sete níveis, são eles: Nível I – revisão sistemática ou metanálise; Nível II – estudos controlados e aleatórios; Nível III – estudos controlados sem randomização; Nível IV – estudos caso-controle ou de coorte; Nível V – revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos; Nível VI – estudos qualitativos ou descritivos e Nível VII – opiniões ou consensos.

3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra estudada foi composta por cinco artigos, selecionados conforme a aplicação dos critérios de seleção. Todos os artigos foram publicados em periódicos da área de enfermagem e o primeiro autor era enfermeiro.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos sobre diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca no Brasil, de acordo com período perioperatório, autor/ano de publicação, tema do estudo, tipo de estudo e nível de evidência – Natal/RN, 2018.

Artigos	Período perioperatório	Autor/Ano de publicação	Título	Tipo do estudo	Nível de evidência
A1	Pré-operatório	GALDEANO; ROSSI; PEZZUTO, 2004	Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca	Transversal, quantitativo	VI
A2	Transoperatório	GALDEANO et al., 2003	Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca	Transversal, quantitativo	VI
A3	Pós-operatório	ROCHA; MAIA; SILVA, 2006	Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca	Transversal, exploratório	VI
A4	Pós-operatório	PIVOTO et al., 2010	Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas	Qualitativo	VI
A5	Pós-operatório	RIBEIRO et al., 2015	Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca	Transversal, descritivo	VI

Fonte: Galdeano; Rossi; Pezzuto, 2004; Galdeano et al., 2003; Rocha; Maia; Silva, 2006; Pivoto et al., 2010; Ribeiro et al., 2015; Stillwell et al., 2010.

Os artigos A1 e A2 foram desenvolvidos na região sudeste e publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP, o artigo A3 foi desenvolvido na região nordeste e publicado na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) e os artigos A4 e A5 desenvolvidos na região sul e publicados na Acta Paulista de Enfermagem e na Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE), respectivamente.

Quanto ao período perioperatório, observou-se que se sobressaiu estudos produzidos com pacientes acompanhados no período pós-operatório, correspondendo a 60% das publicações. Quanto ao intervalo entre as publicações, viu-se que correspondeu a 4,5 anos em média.

Quanto a caracterização das populações estudadas, houve predomínio de indivíduos do sexo masculino, compreendidos na faixa etária de 51 a 80 anos. Os diagnósticos médicos mais frequentes foram a DAC, insuficiência aórtica e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Os fatores de risco mais identificados na maioria dos pacientes foram tabagismo, DM, dislipidemias e obesidade. A indicação cirúrgica de maior frequência foi a revascularização miocárdica.

No Quadro 2 e 3, estão distribuídos os diagnósticos de enfermagem no período pré e transoperatório identificados no estudo A1 e A2, respectivamente. Para compor o

quadro, foram selecionados e incluídos os diagnósticos de enfermagem que obtiveram frequência igual ou superior a 50% na população estudadas

Quadro 2 – Diagnósticos de enfermagem, taxonomia e domínios no período pré-operatório de cirurgia cardíaca com frequência igual ou superior a 50% – Natal/RN, 2018.

Título diagnóstico (NANDA I)	Domínios	%
Intolerância à atividade Padrão respiratório ineficaz Perfusão tissular cardiopulmonar alterada Distúrbio no padrão do sono	Atividade/Repouso	88,2 70,6 70,6 52,8
Risco para disfunção neurovascular periférica Risco para infecção	Segurança/Proteção	82,4 76,5
Déficit de conhecimento	Percepção/Cognição	76,5
Dor	Conforto	70,6
Padrões de sexualidade alterados	Sexualidade	58,8

Fonte: Galdeano; Rossi; Pezzuto, 2004.

No período pré-operatório de cirurgia cardíaca, foram identificados nove diagnósticos de enfermagem, com predominância de diagnósticos do domínio Atividade/Repouso que se refere à produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos. Os diagnósticos de enfermagem na fase pré-operatória nesse domínio podem estar diretamente relacionados às repercussões das limitações dos mecanismos cardiopulmonares (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

O Quadro 2 indica como diagnóstico de maior frequência a Intolerância à atividade (88,2%) que possui como características definidoras alterações eletrocardiográficas (p. ex., arritmia, anormalidade na condução, isquemia), desconforto e dispneia aos esforços, fadiga, resposta anormal da frequência cardíaca e da pressão sanguínea à atividade. Tais características possuem como fatores relacionados o desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio, estilo de vida sedentário, fraqueza generalizada, imobilidade e repouso no leito (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

O Risco para disfunção neurovascular periférica (82,4%) foi o segundo diagnóstico com mais frequência, definido como vulnerabilidade a distúrbio na circulação, na sensibilidade e no movimento de uma extremidade, que pode comprometer a saúde, e, dentre os fatores de risco relacionados, temos a obstrução vascular (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Vale ressaltar que dentre as enfermidades que comprometem a atividade dos cardiopatas, a DAC produz sintomas e complicações de acordo com a localização e o grau de comprometimento da luz arterial, formação de trombo e obstrução do fluxo sanguíneo ao miocárdio. A manifestação mais comum da isquemia miocárdica consiste na dor torácica, porém, em pacientes idosos ou aqueles com história de diabetes ou insuficiência cardíaca podem relatar sintomas como dispneia aos esforços e fadiga (HINKLE; CHEEVER, 2018).

Quadro 3 – Diagnósticos de enfermagem, taxonomia utilizada e domínios no período transoperatório de cirurgia cardíaca com frequência superior a 50% – Natal/RN, 2018.

Título diagnóstico (NANDA I)	Domínios	%
Risco para infecção	Segurança/Proteção	100
Risco para aspiração		100
Risco para disfunção neurovascular periférica		100
Risco para lesão perioperatória de posicionamento		100
Integridade da pele prejudicada		100
Risco para temperatura corporal alterada		94
Risco para desequilíbrio no volume de líquidos	Nutrição	100
Proteção alterada	Promoção da Saúde	100
Troca de gases prejudicada	Eliminação e Troca	100

Fonte: Galdeano et al., 2003.

No período transoperatório, foram identificados nove principais DE e predominância de diagnósticos de risco do domínio Segurança/Proteção. Os diagnósticos de enfermagem de risco são baseados na probabilidade que um indivíduo tem de desenvolver o problema (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

O período transoperatório de RM é o momento da chegada do paciente ao Centro Cirúrgico até sua transferência para Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Por ser considerado um período crítico para o paciente mediante a complexidade dos procedimentos, exige especial atenção para manutenção da estabilidade hemodinâmica (GALDEANO et al., 2003).

Os Quadros 4 e 5 apresentam os DE identificados nos estudos A3, A4 e A5, segregados por diagnósticos reais e de risco.

Quadro 4 – Diagnósticos reais de enfermagem, taxonomia utilizada e domínios de cirurgia cardíaca no período pós-operatório com frequência superior a 50% – Natal/RN, 2018.

Título diagnóstico (NANDA I)	Domínios	A3	A4	A5
		%	%	%
Déficit no autocuidado para vestir-se	Atividade/Repouso	100	-	100
Mobilidade física prejudicada		90,9	-	100
Mobilidade no leito prejudicada		-	100	76,9
Disposição para autoconceito melhorado		-	-	69,2
Deambulação prejudicada		-	-	57,7
Déficit no autocuidado para alimentação		68,2	-	-
Padrão de sono perturbado		68,2	-	-
Padrão respiratório ineficaz		68,2	-	-
Ventilação espontânea prejudicada		50,0	-	-
Débito cardíaco diminuído		-	100	-
Insônia		-	100	-

Integridade da pele prejudicada	Segurança/Proteção	100	100	-
Integridade tissular prejudicada		90,9	-	-
Desobstrução ineficaz das vias aéreas		63,6	100	-
Hipotermia		-	100	-
Hipertermia		-	100	-
Troca de gases prejudicada	Eliminação e troca	-	100	-
Motilidade gastrintestinal disfuncional		-	-	57,7
Ansiedade	Enfrentamento/ tolerância ao estresse	68,2	100	-
Conforto prejudicado	Conforto	-	-	61,5
Dor aguda		59,1	100	53,8
Comunicação verbal prejudicada	Percepção/Cognição	-	100	-
Disposição para processos familiares melhorados	Papéis e Relacionamento	-	-	76,9
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	Nutrição	50,0	-	-

Fonte: Rocha; Maia; Silva, 2006; Pivoto et al.,2010; Ribeiro et al., 2015.

No período pós-operatório, foram identificados 24 principais DE reais com predominância do domínio Atividade/Repouso, relacionados à obtenção ou manutenção hemodinâmica. No Quadro 4, observa-se que apenas sete diagnósticos são semelhantes entre os pacientes que participaram dos estudos, são eles: Déficit no autocuidado para vestir-se, Mobilidade física prejudicada, Mobilidade no leito prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Desobstrução ineficaz das vias aéreas, Ansiedade e Dor aguda. Ressalta-se que o único diagnóstico presente simultaneamente nos três estudos foi Dor Aguda, referente ao domínio Conforto.

A dor é um fenômeno causado por estímulos nervosos que envolve aspectos biológico, psíquico e social do indivíduo, pode ocorrer de início súbito ou lento e intensidade variável (HERDMAN; KAMITSURU, 2015). É um fator que interfere diretamente na recuperação do paciente e deve ser prontamente identificada pela equipe de enfermagem para evitar complicações (PIVOTO et al., 2010; DUARTE et al., 2012; FARIA FILHO et al., 2012; MARMO; FOWLER, 2010).

Em 1996, a dor foi incorporada como 5º sinal vital pela American Pain Society, porém, no Brasil, foi implementada somente em 2003 por meio de uma Circular Normativa que orienta para avaliação, registro, controle e otimização terapêutica pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR, 2018).

Existem diversos instrumentos para avaliação da dor como escalas, questionários ou diários que permitem a mensuração da intensidade e comportamental (ARAUJO; ROMERO, 2015).

A dor aguda é um DE clássico no pós-operatório de cirurgia cardíaca, portanto, uma equipe de enfermagem bem preparada na identificação deste DE, contribui para ace-

lerar a recuperação do paciente (SANTOS; LAUS; CAMELO, 2015).

Quadro 5 – Diagnósticos de enfermagem de risco, taxonomia utilizada e domínios de cirurgia cardíaca no período pós-operatório com frequência superior a 50% – Natal/RN, 2018.

Título diagnóstico (NANDA I)	Domínios	A3	A4	A5
		%	%	%
Risco para infecção	Segurança/Proteção	100	100	100
Risco de sangramento		-	-	100
Risco de integridade da pele prejudicada		-	-	100
Risco de lesão por posicionamento perioperatório		-	-	100
Risco de quedas		-	-	100
Risco de trauma vascular		-	-	100
Risco de perfusão renal ineficaz	Atividade/Repouso	-	100	100
Risco para intolerância à atividade		50,0	-	-
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída		-	-	100
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	Nutrição	-	100	-
Risco de desequilíbrio eletrolítico		-	-	100
Risco de glicemia instável		-	100	76,9
Risco para constipação	Eliminação e troca	100	-	96,1

Fonte: Rocha; Maia; Silva, 2006; Pivoto et al., 2010; Ribeiro et al., 2015.

Foram identificados 13 principais DE de risco com predominância do domínio Segurança/Proteção. Observa-se no Quadro 5 que apenas quatro diagnósticos foram mais frequentes entre os pesquisados, são eles: Risco para infecção, Risco de perfusão renal ineficaz, Risco de glicemia instável e Risco para constipação. Entretanto, ressalta-se que o único diagnóstico presente nos três estudos foi Risco de Infecção.

Ao analisar o diagnóstico risco de infecção em todos os estudos, viu-se que esteve presente em 76,5% dos pacientes do período pré-operatório (Quadro 2), e em 100% dos pacientes do período transoperatório (Quadro 3) e pós-operatório (Quadro 5).

É de responsabilidade de toda equipe multiprofissional fazer uso dos métodos, procedimentos e recursos para minimizar a ocorrência de infecções em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, porém, existem os fatores relacionados às doenças crônicas dos pacientes que aumentam os riscos para infecções (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), é classificada como infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) aquela adquirida desde a admissão relacionada à internação ou procedimentos hospitalares até após a alta do paciente (BRASIL, 2017b).

As ISC relacionadas aos procedimentos de assistência à saúde incluem a inade-

quada higienização das mãos, preparo inadequado da pele, falta de protocolos ou não utilização destes na realização de curativos. Além disso, o tempo de internamento contribui para o aumento das chances de ISC com a exposição do paciente à microbiota do ambiente hospitalar (DOS SANTOS et al., 2016; FEITOSA et al., 2014; GARCIA et al., 2013).

Dentre as IRAS, podemos destacar as infecções de sítio cirúrgico (ISC) que além dos fatores relacionados a assistência à saúde, existem os fatores de risco relacionados ao paciente que contribuem com prolongamento do período de internação, custos e muitas vezes reinternação (BRASIL, 2017b).

Com esse entendimento, pode-se afirmar que os fatores de risco relacionados aos DEs do domínio Segurança/Proteção são clássicos no cenário hospitalar, por suas peculiaridades e condições de funcionamento.

4 - CONCLUSÃO

Os diagnósticos de enfermagem de maior frequência em pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca foram: Intolerância à atividade e Risco para disfunção neurovascular periférica. No período transoperatório, oito diagnósticos estiveram presentes em todos os pacientes avaliados, a saber: Risco para infecção, Risco para aspiração, Risco para disfunção neurovascular periférica, Risco para lesão perioperatória de posicionamento, Integridade da pele prejudicada, Risco para desequilíbrio no volume de líquidos, Proteção alterada e Troca de gazes prejudicada.

No período pós-operatório, o DE real Dor aguda foi o único presente nos três estudos, seguido dos diagnósticos que apareceram simultaneamente em dois estudos: Déficit no autocuidado para vestir-se, Mobilidade física prejudicada, Mobilidade no leito prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Desobstrução ineficaz das vias aéreas e Ansiedade. Dentre os DE de risco, destacou-se o Risco de infecção que foi identificado em todos os pacientes avaliados nos períodos pré, trans e pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Quanto as taxonomias utilizadas, viu-se que a NANDA I e II foram escolhidas pelos autores para classificação dos diagnósticos de enfermagem.

A produção científica sobre diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca no Brasil, mostrou-se insipiente frente a relevância da temática. Diante desse achado, revela-se a necessidade de pesquisas adicionais sobre o assunto, de modo a aprimorar diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca e apoiar a incorporação de inovações na assistência, visando fortalecer a enfermagem enquanto ciência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Débora Vieira de et al. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, v. 58, n. 2, p. 64-9. 2013.

AMANTE, Lúcia Nazareth; ROSSETTO, Annelise Paula; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009.

AMORIM, Thaís Vasconselos; SALIMENA, Anna Maria de Oliveira. Processo cirúrgico cardíaco e suas implicações no cuidado de enfermagem: reflexão. **HU Revista**, v. 41, n. 3 e 4, 2015.

ARAUJO, Lucimeire Carvalho de; ROMERO, Bruna. Dor: avaliação do 5º sinal vital. Uma reflexão teórica. **Rev. dor,** São Paulo, v. 16, n. 4, p. 291-296, 2015.

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de et al. **Processo de enfermagem**: guia para a prática. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo: COREN-SP, 2015. 113p. Disponível em: < http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2009. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 30 mai. 2018.

BRASIL. Governo do Brasil. **Saúde**. Cerca de 300 mil brasileiros morrem de doenças cardiovasculares por ano. Publicação: 29 set 2017a. Disponível em: www.brasil.gov.br › Saúde › 2017 › 09 http://www.brasil.gov.br/saude/2017/09/cerca-de-300-mil-brasileiros-morrem-de-doencas-cardiovasculares-por-ano. Acesso em: 05 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. Sistema de informação hospitalar. DATASUS, 2018. Disponível em: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 01 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direcção-Geral de Saúde**. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**. Série: Segurança do Paciente

e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2017b. 127p.

DOS SANTOS, Wanderlei Barbosa et al. Microbiota infectante de feridas cirúrgicas: análise da produção científica nacional e internacional. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 46-51, jun. 2016.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 657-665, Dec. 2012.

FARIA FILHO, Gutemberg Stival de et al. Dor aguda: julgamento clínico de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **REME rev min enferm**; v. 16, n. 3, p. 400-409, jul.-set. 2012.

FEITOSA, Roney Gonçalves Fechine et al. Análise de incidência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias oncológicas do aparelho digestivo no Hospital Geral de Fortaleza. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 47, n. 2, p. 157-164, 2014.

GALDEANO, Luzia Elaine; ROSSI, Lídia Aparecida; PEZZUTO, Termutes Michelin. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 307-316, 2004.

GALDEANO, Luzia Elaine et al. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 199-206, 2003.

GARCIA, Lúcia Maria et al. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares por bactérias multidrogarresistentes em um hospital do norte de Minas Gerais. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 2, p. 45-49, 2013.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, FNI Shigemi. NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA** (North American Nursing Diagnoses Association) Definições e classificação (2015-2017). Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2015.

HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H. Manejo de Clientes com distúrbios cardíacos estruturais, infecciosos e inflamatórios. In: **Brunner & Suddarth**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13 ed, v. 2, cap. 28, p. 770- 795, 2018.

MARMO, Liza; FOWLER, Susan. Pain assessment tool in the critically ill post–open heart surgery patient population. **Pain Management Nursing**, v. 11, n. 3, p. 134-140, 2010.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação

de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

PIVOTO, Flávia Lamberti et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 665-670, Oct. 2010.

RIBEIRO, Carla Portolan et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste,** v. 16, n. 2, 2015.

ROCHA, Luciana Alves da; MAIA, Ticiane Fernandes; SILVA, Lúcia de Fátima da. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 321-326, 2006.

ROSCANI, Alessandra Nazareth Cainé Pereira et al. Validação de checklist cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 553-565, 2015.

SANTOS, Ana Paula Azevedo; LAUS, Ana Maria; CAMELO, Silvia Helena Henriques. O trabalho da enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 1, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR. Hospital sem dor: diretriz para implantação da dor como 5º sinal vital. [online]. Disponível em: < http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=65 >. Acesso em: 21 mai. 2018.

STILLWELL, Susan B. et al. Evidence-based practice, step by step: Searching for the evidence. **AJN The American Journal of Nursing**, v. 110, n. 5, p. 41-47, 2010.

CAPÍTULO 14

SEGURANÇA DO PACIENTE RELACIONADA A ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS PELA ENFERMAGEM.

SAFETY OF THE PATIENT RELATED TO ERRORS IN THE ADMINISTRATION OF DRUGS BY NURSING.

Marilândia Freitas Silva Xavier[1]
Rafaela Costa de Medeiros Moura[2]
Felipe Jairo Rebouços[3]
Calebe de Medeiros Costa[4]

1 Acadêmica do Curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Facex – UNIFACEX. marilandiaxavier@hotmail.com
2 Enfermeira, Mestre em Enfermagem – UFRN. Educadora de Semiologia e Semiotécnica I e II da Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Facex – UNIFACEX . rafaelamedeiros@facex.edu.br
3 Acadêmico do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Facex – UNIFACEX, integrante do grupo de pesquisa em enfermagem intitulado enfermagem nas ações promocionais à saúde: uma abordagem interdisciplinar. felipejairo.r@gmail.com
4 Acadêmico do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Facex – UNIFACEX, integrante do grupo de pesquisa em enfermagem intitulado enfermagem nas ações promocionais à saúde: uma abordagem interdisciplinar. calebe_medeiros@hotmail.com

RESUMO

O objetivo desse estudo foi identificar, na literatura científica nacional, como é abordado o tema Segurança do paciente relacionado ao erro na administração de medicamentos pela enfermagem. Metodologia: Trata-se de um estudo de revisão de literatura através da base de dados em Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDEnf) de março a outubro de 2017. Foram localizados 64 artigos, sendo utilizados 09 com recorte temporal dos últimos sete anos (2011 a 2017). Os critérios de inclusão foram artigos e publicações oficiais na língua portuguesa, disponíveis e que compartilhassem da temática e objetivo proposto, manual do Ministério da Saúde (MS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resultados: o olhar relacionado a temática de segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde é de grande relevância e ao mesmo tempo preocupante, pois, os erros podem ocorrer em qualquer local onde se prestam cuidados de saúde e na maioria das situações poderiam ser evitados se certos cuidados e procedimentos corretos fossem adotados. Conclusão: Os artigos apontam os principais riscos relacionados aos erros na assistência de enfermagem diante da administração de medicamento, assim como fatores que levam a estes riscos, mostrando uma incorporação de práticas seguras baseadas em evidências para um cuidado seguro.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente. Enfermagem. Erro de medicamentos.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify, in the national scientific literature, how the topic of patient safety related to the error in medication administration by nursing is addressed. Methodology: This is a literature review study using the Latin American and Caribbean Health Sciences Literature database (LILACS) and the Nursing Database (BDEnf) from March to October of 2017. It was located 64 articles, being used 09 with temporal cut of the last seven years (2011 to 2017). The inclusion criteria were articles and official publications in the Portuguese language, available and sharing the theme and proposed objective, manual of the Ministry of Health (MS) and the National Agency of Sanitary Surveillance (ANVISA). Results: The patient's safety related issue as a dimension of the quality of health care is of great relevance and at the same time worrying, since errors can occur in any place where health care is provided and in most situations could be avoided if certain care and correct procedures were adopted. Conclusion: The articles point out the main risks related to errors in nursing care in the face of drug administration, as well as factors that lead to these risks, showing an incorporation of safe practices based on evidence for a safe care.

KEYWORDS: Patient Safety. Nursing. Medication Error.

1 - INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) se caracteriza pelos eventos adversos relacionados à segurança do paciente. Este programa foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria 529, Art. 4°, em 1° de abril de 2013, com o propósito de orientar, normatizar e viabilizar práticas e procedimentos concernentes à assistência em todos os estabelecimentos de saúde no território nacional seja em instituições públicas e privadas, de acordo com a prioridade dada à segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Desta forma, através da referida Portaria, o MS afirma que o PNSP visa evitar lesões, redução de risco e danos ao paciente decorrentes do cuidado, ou seja, incidente e/ou consequências desnecessárias de atos inseguros para alcançar os melhores resultados possíveis e aceitáveis para o paciente (BRASIL, 2015).

Portanto, essa portaria evidencia de maneira clara, objetiva e didática a preocupação com a Segurança do Paciente nas instituições de saúde, haja vista que a falta de segurança é um problema de saúde antigo e de envolvimento mundial, pois não há como ofertar uma boa assistência, se esta não for feita com segurança (BRASIL, 2013; CALDANA et al., 2015).

Com relação às consequências da falta de segurança no paciente, esta pode ocasionar lesão, sofrimento, incapacidade, morte e doença. Quando ocasiona doença e esta não se trata de doença de base, é denominado de Eventos Adverso (EA), sendo este denominado como um indicador da distância entre um cuidado ideal e um cuidado real. Para evitar esse tipo de situação, faz-se necessário executar medidas de prevenção às quais evitaria perda de vidas, mais sofrimento para o paciente, além de economia de recursos (ANVISA, 2013).

Para que se entendam as reais dimensões da ocorrência da insegurança do paciente e, especificamente com relação ao erro na administração de medicamentos, segundo Ministério da Saúde (MS), de acordo com estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA), estes apontam que cada paciente internado em um hospital norte-americano está sujeito a um erro de medicação por dia. Assim, estima-se uma incidência de no mínimo 400.000 casos, todos relacionados a medicamentos, o que ocasiona mais de 7.000 mortes por ano (BRASIL, 2015).

No Brasil a realidade não é diferente no que se refere a eventos adversos. De março a dezembro de 2014, foram notificados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 111 eventos adversos graves e 70 óbitos de pacientes. Isso exige uma interação e um cuidado mais efetivo por parte dos membros integrados ao Sistema Nacional de Vigilância de Saúde (SNVS) na prevenção destes danos. Para isso, é de suma importância o monitoramento, o fortalecimento e a ampliação de ações práticas visando o cumprimento da legislação vigente (ANVISA, 2013).

Obviamente, a segurança do paciente passa necessariamente pelas práticas do cuidado, em que o envolvimento do profissional de saúde nos procedimentos pode garantir a segurança e reduzir a níveis mínimos os riscos e danos desnecessários, proporcionando benefício com promoção, prevenção, proteção e recuperação do paciente. Portanto,

o processo de preparo e administração de medicamento é de competência da equipe de multiprofissionais que faz parte do trabalho na área da saúde (AZEVÊDO et al., 2014; CARRARO et al., 2015).

De acordo com Azevedo et al. (2014), a administração de medicamentos é um processo que envolve diferentes profissionais da área de saúde, com maior ênfase nos profissionais de enfermagem e, especificamente, técnicos e auxiliares de enfermagem. Estudos apontam como causas principais de iatrogenias: a falta de atenção, a inexperiência de alguns profissionais, a sobrecarga de trabalho e os problemas estruturais de algumas instituições. Assim, percebe-se a importância dessas práticas serem executadas com supervisão de um profissional de nível superior.

Segundo Oliveira et al. (2014), pesquisas indicam que os enfermeiros são os principais responsáveis na elaboração e implementação de práticas seguras nos serviços de saúde. Esta prática segura pode ser por meio de ações educativas com ênfase na qualidade e cuidado prestado, abordando os tipos de erros e suas causas, e ainda motivando e incentivando a uma proposta de melhoria na assistência e segurança do paciente.

Diante do exposto e, através de experiências vivenciadas em uma instituição hospitalar, percebe-se a importância deste tipo de estudo para o enfermeiro, porque apresenta uma relevância e interesse no tocante a enfermagem no cuidado seguro.

Observa-se que profissionais de enfermagem enfrentam dificuldades durante o preparo de medicamentos devido alguns indicadores como os a seguir destacados: caligrafia ilegível na prescrição médica, leitos sem identificação, rótulos em frascos com fontes pequenas e frascos parecidos, ocasionando eventos que causam prejuízos de maior ou menor gravidade na vida dos pacientes.

Com isso questiona-se: como é abordado, na literatura científica nacional, o tema Segurança do Paciente relacionado ao erro na administração de medicamentos pela enfermagem?

Esse estudo tem por objetivo identificar na literatura científica nacional, como é abordado o tema Segurança do Paciente relacionado ao erro na administração de medicamentos pela enfermagem.

2 - METODOLOGIA

Trata-se de um estudo alicerçado na revisão de literatura, método que apresenta um movimento da prática baseada em evidência, possibilitando uma busca científica através de uma avaliação crítica do tema investigado com base em pesquisas bibliográficas (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Para a construção desta revisão literária, foram utilizadas as seguintes etapas: seleção das questões temáticas; coleta de dados através da base de dados eletrônica, com alguns critérios de inclusão e exclusão para selecionar a amostra; elaboração de um instrumento de coleta com informações de interesse a serem extraídas dos estudos; análise crítica da amostra; interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

A busca ocorreu através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), mais precisamente, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF) de março a outubro de 2017,

a partir das palavras-chave: “Segurança do Paciente” and “enfermagem” and “Erro de medicamentos”. Foram detectados 40 artigos.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos e publicações oficiais publicados na língua portuguesa nos últimos sete anos (2011 a 2017), disponíveis na forma gratuita e online, e que compartilhassem da temática e do objetivo proposto, bem como manuais do Ministério da Saúde (MS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Ao final, foram selecionados 09 artigos.

Para a análise crítica dos artigos, realizou-se leitura completa com as respectivas sínteses. Os dados utilizados neste estudo foram devidamente referenciados, respeitando e identificando seus autores e demais fontes de pesquisa, observando rigor ético quanto à propriedade intelectual dos textos científicos que foram pesquisados, no que diz respeito ao uso do conteúdo e de citação das partes das obras consultadas.

3 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após leitura dos artigos selecionados, foi formulado o quadro abaixo, com informações quanto ao ano de publicação, título, tipo/abordagem do estudo e principais conclusões.

Quadro 1 – Síntese das principais informações dos artigos quanto ao ano de publicação, título, tipo/ abordagem do estudo e principais conclusões. Natal, 2017.

Ano de publicação	Título	Tipo/abordagem do estudo	Principais conclusões
2014	Dificuldades vivenciadas por técnicos de enfermagem no preparo de medicamentos	Revisão integrativa	A dificuldade vivenciada entre os técnicos de enfermagem para realizar de maneira correta o preparo de medicamento no ponto de vista organizacional, físico, estrutural e profissional.
2013	Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)	Manual	Regularizam as normas de segurança do paciente de acordo com as cláusulas demonstradas em suas atribuições, assim esclarecendo os riscos e danos evitáveis de acordo com suas definições, dando relevância a qualidade e segurança praticadas na assistência do cuidado.

2014	Análise de erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em pacientes pediátricos	Trata-se de um estudo exploratório, prospectivo de natureza quantitativa e qualitativa.	Os erros ocorrem não somente no processo de preparo de medicamentos, mas também no ato da administração realizada em uma enfermaria pediátrica, sendo esse um desafio de grande porte, ficando vulnerável a erros em consequência de outras etapas adquiridas como a prescrição e a distribuição.
2015	Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: Desafios e perspectivas	Trata-se de um relato de experiência.	Ao completar seis anos da implementação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, as perspectivas são positivas, haja vista que a cada ano novos membros são inseridos e novos polos e núcleos são abertos, criando assim uma cultura de prática segura, e superando os desafios de insegurança frente à assistência ao paciente.
2012	A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem	Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório	O conhecimento da biossegurança na visão dos acadêmicos de enfermagem é de grande relevância para o enfermeiro durante a administração de medicamentos, pois proporciona a prevenção de riscos e segurança no ambiente de saúde.
2014	Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências.	Estudo descritivo e qualitativo	As estratégias no âmbito hospitalar para promoção de segurança do paciente por enfermeiros assistenciais visam mapear os riscos ocupacionais, promover a mudança cultural dos profissionais para a segurança através de educação continuada, utilizar indicadores de qualidade da assistência e sugerir melhorias na política de segurança do paciente instituída nacionalmente.
2013	A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura	Revisão bibliográfica	O tema Segurança do Paciente teve sua preocupação e importância a partir do XXI por diversos países do mundo. Existem muitos desafios apresentados para tornar um cuidado assistencial de qualidade e seguro principalmente com relação a administração segura de medicamentos, sendo este um problema global de saúde pública.
2011	O estresse de acadêmicas de enfermagem e a Segurança do paciente	Pesquisa qualitativa	Diante da pesquisa é destacado resultados pela carga de estresse ocorrida em estágios na formação acadêmica desses futuros profissionais, fazendo com que a segurança desses pacientes sofra maiores riscos. Estudo merece refletir como interferir para melhorar no cuidado seguro e na segurança do paciente.

2013	Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e Administração de medicamento.	Manual	Em se tratando dos nove passos de administração de medicamentos para que haja redução de danos e riscos na enfermagem com pacientes e/ ou usuários na assistência de saúde.

Fonte: Dados Coletados, 2017.

Com relação aos artigos utilizados para análise e discussão, é possível inferir que os anos de 2013 e 2014 foram os anos que mais publicaram estudos sobre a segurança do paciente relacionada a erros na administração de medicamentos. No que diz respeito ao tipo/abordagem do estudo, a pesquisa qualitativa foi a mais utilizada como metodologia de pesquisa.

Assim, a partir da leitura das conclusões dos artigos e, principalmente, como se posiciona Reis et al. (2013), quando afirma que o olhar relacionado à temática de segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde é de grande relevância e ao mesmo tempo preocupante, pois os erros podem ocorrer em qualquer local onde se prestam cuidados de saúde e, na maioria das situações, poderiam ser evitados se certos cuidados e procedimentos corretos fossem adotados.

Desta forma, percebe-se que a tomada de decisões corretas é imprescindível na prevenção de erros como os Eventos Adversos (EA), ou seja, lesão ou danos aos pacientes no cuidado de saúde. O referido autor ainda afirma que esse tipo de situação está relacionado mais ao ambiente de trabalho hospitalar, em consequência de uma supervisão inadequada, falta de treinamento ou formação deficiente, estresse, sobrecarga de trabalho e sistema de Comunicação ineficiente (REIS et al., 2013).

Já o estudo de Oliveira et al. (2014) infere que os eventos adversos, na maioria das vezes, estão relacionados ao erro humano individual, devido a má condição de trabalho, isto em termos estruturais e complexos das atividades exercidas, situações que incluem a deficiência no avanço tecnológico com deficiente aperfeiçoamento dos recursos humanos, desmotivação, a não execução da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), delegação de cuidados sem supervisão adequada e sobrecarga de serviços.

Outra situação de EA são os erros de comunicação, os quais são percebidos na prática em ambientes institucionais no processo de administração de medicamentos, a comunicação deficiente entre os profissionais da farmácia no momento da dispensação do medicamento, o médico que prescreve e o membro da equipe de enfermagem que administra. Indicadores apontam que esses EA possibilitam a avaliação na qualidade do cuidado da enfermagem, trazendo benefícios de medidas de prevenção, supervisão por parte dos enfermeiros para minimizar os problemas e assim, identificando áreas e grupos que se encontram em maiores riscos (OLIVEIRA et al., 2014).

Em outras palavras, de acordo com Carraro et al. (2015), a segurança no cuidado de saúde tem relação direta com as incessantes falhas operacionais dos sistemas o qual desviam as ações dos enfermeiros para uma correção imediata de tais dificuldades, impossibilitando esse profissional a colocar em prática o seu aprendizado e assim disponibilizar um atendimento rápido, eficiente e satisfatório para seus pacientes.

Portanto, o ensino sobre biossegurança se faz necessário com o objetivo de capacitar alunos como futuros profissionais, e ainda, utilizar estratégias através de uma educação permanente que busque melhoria de desempenho, sensibilizando esse profissional, garantindo a segurança, a redução de riscos e danos desnecessários aos pacientes (CARRARO et al., 2015).

Oliveira et al. (2014) apontam as dificuldades relativas ao preparo de medicamentos, destacando-se as prescrições médicas com caligrafias manuscritas e ilegíveis bem como a identificação da nomenclatura dos medicamentos nos rótulos dos recipientes cuja a fonte desta identificação, encontra-se pequenas e com frascos parecidos. Além destas dificuldades, o estudo ainda infere sobre a utilização de locais impróprios para a armazenagem dos medicamentos, além de conversas paralelas, distrações, excesso de pessoas e ruídos que provocam a ocorrência de erros no momento do preparo da medicação.

No entanto, ainda temos outro agravo que é no momento da dispensação pela farmácia na qual, muitas vezes, ocorre a desorganização na distribuição dos medicamentos no posto de enfermagem. Outro fator relevante é o excesso de atribuições/funções delegadas aos profissionais de enfermagem com número elevado de pacientes, sobrecarregando o profissional e contribuindo para ocorrência de agravos para o usuário (OLIVEIRA et al., 2014).

Diante do exposto, na visão de Santos e Radünz (2011) desde a formação acadêmica, as instituições ensinam o "saber-fazer", o "saber-ser", o "saber-com", sem levar em consideração os riscos à saúde desses acadêmicos, até mesmo os cuidados dos próprios pacientes e ainda sumarizando a essas condições dependendo do ambiente de trabalho e da organização, excesso de funções incumbidas a esses profissionais gerando tensões e estresse, devido ao grau de exigências e responsabilidades, fator esse que acaba gerando os maiores riscos e danos para si, para o cliente e até mesmo para comunidade ali assistida.

Ainda no que diz respeito ao processo de formação acadêmica desses profissionais, na maioria das vezes, não existe capacitação para avaliar e prevenir esses erros, o que ocasiona por vezes falta de esclarecimento a esses futuros profissionais, induzindo ao risco e dano por alguma atitude e/ou decisões precipitadas em consequência do seu estado emocional, físico e até mesmo cultural. Com esse intuito, estudiosos despertaram para tal situação devido à disparidade no crescimento de processos no âmbito da justiça, bem como pedidos de indenizações por erro na assistência em saúde (SANTOS, RADÜNS, 2011).

Um exemplo comum está relacionado a erros na administração de medicação devido a uma interpretação equivocada do que foi prescrito, ou prescrição incorreta, ou por erro no preparo, na diluição e/ou na via de administração e até por troca de paciente. Responsabilidades essas da enfermagem que tem um papel fundamental nas etapas finais desse processo (SANTOS, RADÜNS, 2011).

Portanto, Baptista (2014), aborda em sua pesquisa que para a realização do processo de administração de medicamentos isento de erros, é de valia a aquisição de conhecimentos por meio da prática baseada em evidências, bem como a criação de protocolos da própria instituição e da ANVISA. Além desses cuidados, é possível destacar a importância da utilização dos nove passos para administração de medicamentos.

De acordo com o protocolo da ANVISA (2013) na verificação para administração segura de medicação, já existiam os 05 certos na administração de medicamentos, o qual foi acrescido mais 04 certos para reforçar a segurança desse paciente. Inicialmente, destaca-se como a primeira certeza na administração de medicamentos a verificação do paciente certo, identificado por meio do seu nome completo, e ainda se certificando da pulseira, leito e prontuário.

Além desta certeza, também se destaca o medicamento certo que deve ser conferido junto à prescrição médica no prontuário do paciente, observando se o paciente é alérgico, estando atenta a pulseira de identificação. A via certa, onde deve se identificar e verificar a via correta na prescrição para administrar determinado medicamento; A hora certa, a qual o preparo do medicamento deve ocorrer no horário correto para que esse medicamento não perca sua estabilidade garantindo assim a eficácia do tratamento (ANVISA, 2013).

Ainda é possível destacar a dose certa, sendo esta indispensável à conferência da dose do medicamento na prescrição, assim como a sua checagem após a administração. O registro certo da administração deve constar o horário administrado, bem como a orientação correta a qual visa garantir ao paciente e/ou usuário a segurança e o esclarecimento, informando a razão pela qual ele está tomando determinado medicamento (ANVISA, 2013).

Em referência ao protocolo da ANVISA (2013), destaca-se a forma certa, na qual deve ser é realizada a checagem do medicamento quanto a sua formulação e via de administração, e a resposta certa, estando à enfermagem a observar e identificar os seguintes itens: o efeito desejado no que se refere ao medicamento administrado; informar e registrar todo e qualquer efeito inesperado a equipe médica; manter uma comunicação clara e objetiva com paciente/acompanhante; levar em consideração relatos do paciente/acompanhante no tocante a efeitos colaterais e situações adversas diferentes do habitual.

Dentro desta perspectiva, o processo de administração de medicamentos na enfermagem passa por várias etapas e diferentes profissionais, devido a isso os erros são comuns em todas as fases desse processo. Porém, o que chama mais atenção é a própria administração do medicamento por ser o último momento para se evitar o evento adverso, até porque esse processo já é decorrente de outras etapas como a prescrição e a distribuição (BAPTISTA, 2014).

Os erros de medicação são os processos mais divulgados na mídia, fazendo com que essa veiculação promova um descrédito por parte da população no sistema de saúde. Em virtude disso, existem etapas e todo um preparo, estrutura e processos para o desenvolvimento de boas práticas, a classificação dos erros de medicação e seus indicadores (BAPTISTA, 2014).

4 - CONCLUSÃO

Tendo em vista os aspectos abordados aqui, é possível inferir que na literatura científica nacional, o tema Segurança do Paciente relacionado ao erro na administração de medicamentos pela enfermagem, é abordado de forma correlacionada à qualidade dos

serviços de saúde e do cuidado de enfermagem. Assim, fica evidente na literatura a complexidade deste tema, bem como a dependência de inúmeros fatores relacionados à estrutura e ao processo na administração de medicamentos pela enfermagem.

Além das disparidades entre teoria e prática profissional, existem outros fatores que corroboram com a ocorrência dos erros. Assim, de acordo com o cargo ocupado, tempo de trabalho na profissão e até mesmo de instituição, o profissional acaba tomando suas decisões de acordo com o clima de segurança predominante em cada local.

Ainda diante da leitura dos artigos selecionados, percebe-se que muitos enfatizam os erros cometidos diante da administração de medicamentos e pouco direcionam medidas cabíveis para minimizá-los, o que proporciona lacunas nos resultados destes artigos, e déficit das soluções a esses erros. Temas como esse devem ser abordados nas reuniões e instituições: hospitalar, atenção básica ou até mesmo acadêmica, a fim de promover uma educação permanente enfatizando a humanização, a responsabilidade para com o próximo diante de uma sociedade e tratar de forma coerente e prudente no exercício profissional, minimizando erros e danos ao ser humano.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração**. 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/.../seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>. Acesso em: 12/10/ 2017.

AZEVEDO, O. et al. Dificuldade vivenciadas por técnicos de enfermagem no preparo de medicamento. **Revista da Rede de Enfermagem no Nordeste**. v.15, n.4, 2014. Disponível em: <www.revistarene.ufc.br/revista/index. php/revista/article/viewFile/1609/pdf>. Acesso em: 02/04/2017.

BAPTISTA, S.C.F. **Análise de erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em pacientes pediátricos**. 2014 Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 529, DE 1o DE ABRIL DE 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) Brasília: 2013. Disponível em:<bvsms.saude.gov.br/bvs/.../documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acessado em 02/04/2017.

_____, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde**. Brasília: 2015. Disponível em:<www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/.../13-boletim-seguranca-do-paciente-e-q.>. Acessado em 07/04/2017.

CALDANA, G. et al. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: Desafios e Perspectivas. **Revista Texto e Contexto Enfermagem.** v.24, n.3, , 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf> Acesso em 04/09/2017

CARRARO, T.E. et al. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** v.33, n.3, 2012. Disponível em: < http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/24196> Acesso em: 03/04/2017.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem, **Texto Contexto Enfermagem**. v.17, n.4, 2008. Disponível em: <<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018>> Acesso em: 04/07/17.

OLIVEIRA, R.M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** v.18, n.1, 2014. Disponível em:<www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100122...>. Acesso em: 20/04/2017.

REIS, C.T. et al. A Segurança do Paciente como Dimensão da Qualidade do Cuidado de Saúde – Um Olhar Sobre a Literatura. **Ciência de Saúde Coletiva**. v.18, n.7, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018>. Acesso em: 20/04/2017.

SANTOS, V.E.P; RADÜNZ, V. O estresse de acadêmicos de enfermagem e a segurança do paciente. **Revista de enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**. v.19, n.4, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a19.pdf. > Acesso em: 04/07/2017.

CAPÍTULO 15

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DIABÉTICO EM CETOACIDOSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

WORK OF THE PATIENT NURSING DIABETIC IN CETOACIDOSE IN INTENSIVE CARE UNIT.

Thaynã Fonseca Pereira[1]
Felipe Jairo Rebouças[2]
Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento[3]

1 Graduada no Curso Bacharelado de Enfermagem - UNIFACEX – thaynafonsekp@hotmail.com
2 Aluno do Curso de Enfermagem do Centro Universitário - UNIFACEX – felipejairo.r@gmail.com
3 Docente e Mestre em Enfermagem- UNIFACEX- luziakelly@unifacex.edu.br

RESUMO

O diabetes mellitus é uma doença endócrina que se caracteriza pela ausência ou diminuição de insulina pelo pâncreas. Uma das complicações dessa patologia é a cetoacidose diabética, que traz um quadro de descompensação metabólica, o paciente deve ser tratado na UTI. Objetivou-se conhecer por meio da literatura científica nacional, como ocorre atuação da equipe de enfermagem ao paciente diabético em cetoacidose na unidade de terapia intensiva. METODOLOGIA: Estudo do tipo revisão integrativa na qual a busca ocorreu através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Banco de Dados da Enfermagem (BDENF) e Elthon B. Stepfen Com (EBSCO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Após busca por cruzamento dos descritores e refinamento com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão a amostra final foi composta de nove artigos. RESULTADOS: O profissional enfermeiro intensivista realiza suas intervenções com intuito de reduzir os agravos e melhorar o quadro clinico do paciente que está na unidade de terapia intensiva com quadro de cetoacidose diabética. As intervenções são: monitorar sinais vitais, atentando para respiração de Kussmaul, hipotensão, taquicardia; realização do exame físico, balanço hídrico, observar hálito cetônico, cetonuria, entre outros. CONCLUSÃO: Atuação da equipe de enfermagem ao paciente diabético em cetoacidose diabética na unidade de terapia intensiva é de extrema importância, pois o profissional enfermeiro passa a maior parte do tempo junto aos pacientes, monitorando e controlando suas funções hemodinâmicas, no intuito de garantir o cuidado seguro e de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de Terapia Intensiva. Cetoacidose diabética. Enfermagem.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is an endocrine disease characterized by the absence or decrease of insulin by the pancreas. One of the complications of this pathology is diabetic ketoacidosis, which brings with it metabolic decompensation, the patient must be treated in the ICU. The objective was to know through the national scientific literature, how the nursing team performs the diabetic patient in ketoacidosis in the intensive care unit. METHODOLOGY: An integrative review study in which the search was performed through the Virtual Health Library (VHL) in the following electronic databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO) , Nursing Database (BDENF) and Elthon B. Stepfen with (EBSCO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). After searching for the intersection of descriptors and refinement with application of inclusion and exclusion criteria, the final sample consisted of nine articles. RESULTS: The intensive care nurse practitioner performs his interventions in order to reduce the damages and improve the clinical picture of the patient who is in the intensive care unit with diabetic ketoacidosis. The interventions are: monitor vital signs, attending to Kussmaul breathing, hypotension, tachycardia; physical examination, water balance, ketone breath, ketonuria, among others. CONCLUSION: Nursing team performance in the diabetic ketoacidosis patient in

diabetic ketoacidosis is extremely important, as the nurse practitioner spends most of the time with patients, monitoring and controlling their hemodynamic functions, in order to guarantee the care safe and quality.

KEYWORDS: Intensive Care Unit. Diabetic ketoacidosis. Nursing.

1 - INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença endócrina caracterizada pela ausência ou diminuição da secreção de insulina pelo pâncreas o que consequentemente eleva os níveis de glicose sérica, ocasionando um estado hiperglicêmico e prejudicando a homeostase no organismo (FERREIRA et al., 2011).

Essa doença pode ser dividida em vários tipos, porém dentre eles vale destacar o diabetes mellitus tipo I ou insulinodependentes, este acontece devido a destruição de células betas do pâncreas prejudicando assim a produção de insulina, e, se não tratado adequadamente pode gerar consequências graves ao paciente devido ao quadro crônico e suas complicações (FERREIRA et al., 2011).

Dessa forma, umas das complicações do diabetes mellitus tipo I é a Cetoacidose Diabética que é uma condição grave que necessita de cuidados na unidade de terapia intensiva. Comumente essa situação ocorre quando o paciente passa por algum momento estressante como quadro emocional, interrupção do tratamento insulínico, infecções, entre outros (SMELTZER et al, 2011).

Partindo desse pressuposto, e também do quadro clínico citado, observa-se um descontrole metabólico com hiperglicemia, desidratação, acidose metabólica e cetose acarretando graves consequências a saúde do paciente como edema cerebral, coma e até mesmo óbito (SMELTZER et al, 2011).

Devido ao descontrole metabólico e suas complicações que são desenvolvidas pela cetoacidose diabética, e por possuir um caráter grave colocando a vida do paciente em risco de morte ou trazer sequelas graves, faz-se necessário encaminhar esse paciente para unidade de terapia intensiva (UTI) (NÓBREGA; NETO; FONTES, 2013).

Por essa razão, o tratamento ao paciente diabético deve ser realizado na UTI, na medida em que esse local oferece um aparato tecnológico físico e técnico permitindo a monitorização continua das funções vitais, como por exemplo, eletrocardiograma, pressão arterial invasiva, ventilação mecânica invasiva, bomba de infusão continua, drogas vasoativas, gasometria arterial, cateter venoso central, o que irá possibilitar o acompanhamento da evolução ou involução do quadro clínico do paciente que está com suas funções metabólicas descompensadas (VARGAS; RAMOS, 2011).

Além disso, a unidade de terapia intensiva possui profissionais da área da saúde, evidenciando a equipe de enfermagem, que está diretamente centrada em prestar uma assistência técnica, científica e humanescente, com intuito de intervir em qualquer situação de emergência (AGUIAR et al., 2012).

Buscando sempre promover e recuperar através de procedimentos, técnicas a saúde do paciente; e acompanhar a evolução do quadro clínico, desenvolve-se a assistência de enfermagem, para assim melhorar a qualidade de vida do paciente diabético em cetoacidose favorecendo sua recuperação (AGUIAR et al., 2012).

Destaca-se a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), na medida em que irá nortear o trabalho da equipe de enfermagem no desenvolvimento de um adequado plano de cuidados ao paciente em cetoacidose diabética na UTI (MASSAROLI et al., 2015).

Para isso, o profissional enfermeiro intensivista deve obter o conhecimento sobre a SAE, principalmente sobre o processo de enfermagem que está inserido nela, para usá-la como instrumento do seu trabalho melhorando o planejamento do enfermeiro em relação ao diagnostico, intervenção e resultado de enfermagem, isto é, direcionando um cuidado mais especializado, garantindo assim melhorar a qualidade de vida e promover a reabilitação do paciente em cetoacidose na UTI (MASSAROLI et al., 2015).

Pelo exposto, o diabetes mellitus é considerado um problema de saúde pública no Brasil devido os altos gastos públicos com o tratamento, prevenção das complicações (cetoacidose diabética, incapacitações e mortalidade) e recuperação da saúde do paciente na UTI (AGUIAR et al., 2012).

O trabalho tem como justificativa a carência de estudos brasileiros, que foram identificados no decorrer da pesquisa, referentes aos cuidados desenvolvidos pela equipe de enfermagem ao paciente diabético em cetoacidose na UTI.

O estudo visa contribuir com a exposição desse grave problema de saúde que é a cetoacidose diabética levando informação científica aos profissionais e estudantes de enfermagem, na medida em que as produções científicas a cerca do assunto abordado neste trabalho são insatisfatórias e com referenciais teóricos que apresentam dados antigos.

Por conseguinte, o estudo levantou o seguinte questionamento de pesquisa: Como ocorre a atuação da equipe de enfermagem ao paciente diabético em cetoacidose na unidade de terapia intensiva?

Portanto, delineou-se como objetivo, conhecer por meio da literatura científica nacional, como ocorre atuação da equipe de enfermagem ao paciente diabético em cetoacidose na UTI.

2 - METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo revisão integrativa que consiste em descrever os fenômenos e/ou os dados coletados no decorrer das pesquisas de forma simples e concisa, os resultados encontrados são interpretados e avaliados pelo pesquisador, mas sem sua interferência (OLIVEIRA, 2011).

A revisão integrativa da literatura é um instrumento de pesquisa capaz de proporcionar a síntese dos resultados das pesquisas realizadas, obtendo assim um conhecimento profundo sobre o tema de estudo com bases em estudos anteriores (FERREIRA et al, 2011).

No desenvolvimento dessa pesquisa, seguiu-se as seguintes etapas: definição do tema, relevância e justificativa; levantamento de uma questão temática; procura e escolha dos descritores no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS); seleção dos critérios de inclusão e exclusão; coleta de dados através da base de dados eletrônica com o cruzamento dos descritores e refinamento com os critérios de seleção da amostra; análise crítica da amostra com leitura e apontamentos dos dados que respondessem a questão norteadora do estudo e por fim , apresentação e discussão dos resultados.

A busca ocorreu no período de setembro de 2017 a abril de 2018, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura

Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Banco de Dados da Enfermagem (BDENF), Elthon B. Stepfen Com.(EBSCO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados para pesquisa foram: Unidade de Terapia Intensiva, cetoacidose diabética e enfermagem. Para refinamento do material, utilizou-se o operador booleano and combinados da seguinte forma: UTI and enfermagem (646 artigos) dos quais foram utilizado 3 ; UTI and cetoacidose diabética(79 artigos) dos quais foram utilizados 1; cetoacidose diabética and enfermagem (124 artigos) dos quais foram utilizados 3 ; cetoacidose diabética and enfermagem and UTI (4 artigos) dos quais foram utilizados 2, totalizando 853 estudos, porém após refinamento dos mesmos, foram utilizados 09 artigos para efetivação deste trabalho.

Os critérios de inclusão adotados foram: estudos publicados na língua portuguesa e disponíveis na forma gratuita e online, e que compartilhassem da temática e objetivo proposto, publicados nos últimos 10 anos (2009-2018). E quanto aos critérios de exclusão, destaca-se: artigos duplicados, em forma de resumos e carta ao editor.

A amostra desse estudo foi composta por 09 artigos nas bases de dados pesquisadas que abordavam a temática em relação a atuação da equipe de enfermagem ao paciente diabético em cetoacidose na unidade de terapia intensiva.

Para análise crítica dos artigos, realizou-se leitura completa com as respectivas sínteses. Os resultados foram apresentados em um quadro que contém informações sobre autoria do artigo, ano de publicação, local de publicação ou base de dados, tipo de estudo, objetivo e principais resultados.

3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quadro 1 – Síntese das principais informações dos artigos, quanto à autoria, ano de publicação, local de publicação ou base de dados, tipo de estudo, objetivo e resultados. Natal, 2018.

Autoria do artigo	Ano de publicação	Local de publicação/ Base de dados	Tipo de estudo	Objetivo	Resultados
ALMEIDA, Luiz Guilherme Camargo; et al.	2009	Arquivo Brasileiro de endocrinologia e metabologia/ SCIELO	Estudo de caso clínico	Relatar que cetoacidose diabética é uma entidade frequente nos serviços de emergência que requer tratamento rápido e eficaz.	Mostra a paciente em estado de emergência que foi admitida na UTI devido o quadro de cetoacidose diabética associada hipertrigliceridemia grave. Descreve também, como deve ser as intervenções da equipe de enfermagem na UTI que é através do controle Glicêmico pela 1° hora e monitorização constante dos sinais vitais, da glicemia capilar e avaliação de exames laboratoriais (enfatizando o triglicerídeos), além de controle hídrico, observar cetonúria.

BORGES, Franciane Neves Nunes; et al.	2011	Revista eletrônica de Enfermagem e Nutrição/ BDENF	Estudo do tipo bibliográfico e exploratório da literatura.	Identificar e analisar as pesquisas científicas relacionadas à atuação do enfermeiro no serviço de emergência na assistência ao cliente com cetoacidose diabética.	Descreve atuação do enfermeiro frente ao paciente grave em cetoacidose diabética que deve ser monitorado continuamente. As intervenções prioritárias são: avaliar os sinais e sintomas como desidratação, dor abdominal, alterações respiratórias, nível de consciência- fazer controle glicêmico; reposição de eletrólitos; monitorização hemodinâmica, realizar balanço hídrico, entre outros.
CRUZ, Isabel; DORIA, Elma Fonseca.	2009	Journal of specialized nursing care/ SCIELO	Pesquisa bibliográfica.	Identificar a produção científica determinando os cuidados de enfermagem ao cliente e a família na cetoacidose.	O enfermeiro deve intervir na cetoacidose diabética com cuidados específicos direcionados à terapia intensiva, diminuindo a chance de maiores complicações. A atuação ocorre a partir da: monitorização dos sinais vitais, monitorização hemodinâmica; gasometria arterial; avaliar a densidade urinária; avaliar turgor cutâneo; verificar glicemia capilar; controle hídrico rigoroso, entre outros.

FEDERLE, Cecilia Aparecida; et al.	2011	Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá/ BDENF	Estudo de revisão integrativa da literatura.	Identificar as intervenções de enfermagem ao paciente com cetoacidose.	Assistência de enfermagem frente ao paciente em cetoacidose diabética na UTI, são: exame físico; Sinais vitais; Peso; Avaliar grau de desidratação; Investigar presença de respiração de Kussmaul; Verificar a existência de hálito cetônico; examinar a possibilidade de processos infecciosos como fatores precipitantes da cetoacidose diabética.

MASCARE-NHAS, Nildo Batista; et al. .	2010	Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) / MEDLINE	Estudo de caso clínico.	O objetivo do estudo do caso clínico é contribuir para a compreensão de determinadas situações e a consequente aplicação de condutas compatíveis, para auxiliar os profissionais em sua prática.	Destaca a importância da assistência tanto para promoção quanto recuperação da saúde do paciente que possui diabetes em todos os âmbitos hospitalares, tendo o foco na UTI, usando medidas educativas com os profissionais para os mesmo aprenderem sobre a doença e melhorar sua conduta, e assim colocar em prática as intervenções para o paciente em cetoacidose diabética, como: monitorar sinais vitais, atentar para sinais de infecção, controle hídrico, insulinoterapia, entre outros.

NOGUEIRA, Luciana Gomes Furtado; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da.	2015	Revista escola de enfermagem USP/ SCIELO	Pesquisa metodológica estruturada.	Construir enunciados de diagnósticos de enfermagem relacionados a prática de enfermagem para pessoas com diabetes na Atenção Especializada, com base no Banco de Termos da Linguagem de Enfermagem relacionado a diabetes, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e na Teoria das Necessidades Humanas Básicas e valida-los com enfermeiros especialistas da área.	Apontaram uma lista de diagnósticos de enfermagem como: desequilíbrio hidroeletrolítico; nutrição desequilibrada; hiperglicemia, que serviu como base para promover as intervenções da equipe de enfermagem para o paciente em cetoacidose diabética na UTI, como promover o conforto como sono e repouso; melhorar a nutrição; prevenir desidratação; atentar para integridade da pele prejudicada devido a restrição ao leito.
VALENÇA, Cecilia Nogueira; MARQUES, Elisabeth Elaine de Castilho; GERMANO, Raimunda Medeiros.	2010	Revista de enfermagem UFPE/ EBSCO	Ensaio teórico fundamentado em uma revisão bibliográfica do tipo narrativa.	Discutir sobre as intervenções equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva no tocante à cetoacidose diabética.	As intervenções de enfermagem que devem ser realizadas em terapia intensiva são: realizar exame físico, balanço hídrico, monitorar sinais vitais, verificar cetonúria e, além disso o enfermeiro deve ter liderança, trabalho, sensibilidade, iniciativa, habilidade de ensino, maturidade e estabilidade emocional.

SILVA, Lucicláudia Menacho da; MOURA, Olga Luisa Regis de; GOMES, Tatiana Marques da Silva.	2012	Revista COFEN/ BDENF	Revisão Bibliográfica da literatura	Abordar conceitos fundamentais sobre equilíbrio e distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-básicos.	Os distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-básicos estão associados a condições de saúde dos pacientes de UTI, como cetoacidose diabética e a síndrome da resposta inflamatória sistêmica. Destaca-se então, a equipe de enfermagem que está pronta a reconhecer um distúrbio quando ele acontece e apta para assistir como por exemplo: verificar sinais vitais; monitorar os níveis de eletrólitos, colher amostras sanguíneas para exame; observar anúria ou cetonúria; perda de peso, desidratação, convulsões entre outros.

SCHOELLER, Soraia Dornelles; et al.	2014	Actua Paul Enferm./ SCIELO	Pesquisa qualitativa	Investigar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre assistência nas complicações agudas do diabetes mellitus em serviço de emergência	Destaca o cuidado ao paciente com cetoacidose diabética, ressaltando: verificar a glicemia; monitorar sinais vitais; viabilizar acesso venoso calibroso; correção do desequilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico; atentar para hálito cetônico, entre outros. Além disso, todos os enfermeiros enfatizaram a importância de encaminhar o paciente para a UTI, pois existem procedimentos específicos que são realizados como a gasometria arterial.

Fonte: Dados coletados, 2018.

Identificou-se que os objetivos e os resultados dos artigos utilizados evidenciam de forma significativa às intervenções de enfermagem ao paciente diabético em cetoacidose na unidade de terapia intensiva, os quais descrevem as condutas realizadas pelo profissional enfermeiro frente ao manejo do paciente que possuem essa comorbidade, ressaltando o conhecimento técnico-científico do enfermeiro para prevenir demais complicações e intervir para melhorar a qualidade de vida do paciente dentro da unidade de terapia intensiva.

A deficiência na produção de insulina que ocorre com pacientes acometidos pela diabetes mellitus tipo 1 origina umas das principais complicações aguda grave que é a cetoacidose diabética. Esta provoca um quadro de descompensação metabólica como cetose, acidose, hiperglicemia, desidratação, entre outros. Quando não tratada imediatamente poderá trazer grandes problemas para saúde do paciente, como edema cerebral, coma ou óbito (FERDELLE et al. 2011).

Nesse contexto, o paciente com diabetes descompensada com quadro clínico de cetoacidose diabética deve ter tratamento na unidade de terapia intensiva (UTI), na medida em que neste lugar se vislumbra um aparato tecnológico que irá monitorar as funções vitais do paciente, e também possui profissionais capacitados, destacando a equipe de

enfermagem, capaz de agir em qualquer urgência para assim contribuir para melhora da qualidade de vida do paciente em cetoacidose diabética que está na unidade de terapia intensiva (GERMANO; MARQUES; VALENÇA, 2010).

Diante deste cenário, a equipe de enfermagem, como parte integrante do processo de cuidar, tem um papel fundamental no manejo intensivo ao paciente em cetoacidose diabética. Logo, o enfermeiro como líder da equipe deve buscar o conhecimento teórico e prático que irão ajudá-lo tanto no repasse de informação e ensino para sua equipe de enfermagem quanto a identificação dos sinais e sintomas da cetoacidose diabética e promover um tratamento intensivo e continuo para melhorar as funções vitais desse paciente que se encontra com instabilidade hemodinâmica (MASCARENHAS; SILVA; SILVA, 2010.)

Com relação às práticas intervencionistas, propriamente dita de enfermagem, realizada ao paciente em cetoacidose diabética na UTI, destaca-se a aferição dos sinais vitais que inclui prioritariamente a pressão arterial e o pulso, na medida em que a cetoacidose diabética traz problemas macrovasculares que alteram o calibre dos vasos sanguíneos, além de deixar o sangue mais denso devido a diminuição do potencial de hidrogênio (PH), podendo o paciente apresentar taquicardia e hipotensão, e também como complicações desse quadro, infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular encefálico (CRUZ; DORIA,2009; FERDELLE et al. 2011; MASCARENHAS; SILVA; SILVA, 2010; SCHOELLER et al. 2014; SILVA; MOURA; GOMES, 2012; SMELTZER et al. 2011).

Além disso, devem-se verificar outras alterações cardiológicas como arritmias cardíacas por meio do eletrocardiograma. Através desse exame os enfermeiros juntamente com o médico irão observar as possíveis alterações cardíacas que mostrem precocemente desequilíbrio nos níveis de potássio, e assim prevenir problemas associados como citados a cima (CRUZ; DORIA, 2009; FERDELLE et al. 2011; MASCARENHAS; SILVA; SILVA, 2010; SCHOELLER et al. 2014; SILVA; MOURA; GOMES, 2012; SMELTZER et al. 2011).

Vale ressaltar que o enfermeiro no momento que está verificando os sinais vitais deverá atentar também um parâmetro muito importante, a respiração do paciente, principalmente no momento de auscultar os murmúrios vesiculares, observando se há sons anormais, como por exemplo, a respiração de Kussmaul (respiração ampla e acelerada) que é uma peculiaridade do paciente que está em cetoacidose diabética, pois o organismo realiza uma hiperventilação compensatória para eliminar dióxido de carbono com intuito de aumentar o potencial de hidrogênio (PH), sabendo disso o enfermeiro intervém elevando o decúbito do paciente entre 30 ou 45 graus, viabilizando oxigenoterapia, além de avaliar, anteriormente, frequência respiratória e saturação de oxigênio por meio da oximetria de pulso (FERDELLE et al. 2011; FIGUEIREDO et al. 2012; POTTER; PERRY, 2013).

O enfermeiro deve realizar o exame físico céfalo-caudal no paciente. Por meio dessa técnica, o enfermeiro irá observar as condições físicas na busca de alterações anatômicas ou fisiológicas que podem ocorrer devido a presença de doenças de bases, no caso o diabetes, utilizando-se a inspeção, percussão, palpação e ausculta (CRUZ; DORIA,2009; FERDELLE; et al. 2011; POTTER; PERRY, 2013).

No exame físico, o enfermeiro irá atentar para a integridade da pele do paciente, avaliando turgor cutâneo, perfusão periférica, presença de descontinuidade da pele; realizar avaliação neurológica para observar o nível de consciência, além da avaliação

das pupilas; avaliação cardiorrespiratória; realizar avaliação abdominal atentando para ausculta de ruídos hidroáeros e investigação da dor (CRUZ; DORIA, 2009; FERDELLE; et al. 2011; POTTER; PERRY, 2013).

Pelo exposto, é de extrema importância avaliação primária realizada pelo enfermeiro intensivista quando recebe o paciente, na unidade de terapia intensiva, que está com a diabetes descompensada e possui um quadro clínico de cetoacidose diabética, pois a avaliação dos sinais vitais e exame físico do paciente irão conduzir as práticas do enfermeiro para estabilizar o paciente que está com suas funções vitais agravadas pela cetoacidose diabética.

O profissional de enfermagem deve atentar se o paciente com cetoacidose diabética apresenta hálito cetônico, também é uma característica da cetoacidose diabética. A presença do hálito cetônico ocorre devido a diminuição da insulina e do aumento das catecolaminas e dos hormônios contrarreguladores, como por exemplo, o glucagon. A partir disso, haverá o catabolismo do tecido adiposo produzindo assim em grande quantidade ácido graxos que a nível hepático serão convertidos em corpos cetônicos que em excesso são eliminados pelo organismo através da urina (cetonúria) e do hálito (SBD, 2009).

Sabendo da fisiopatologia de como ocorre a formação dos corpos cetônicos e a forma que o enfermeiro pode identificá-lo, traz uma informação muito importante pois o aumento de corpos cetônico no organismo deixa o sangue mais ácido, ou seja, diminui o potencial de hidrogênio (PH) ocasionando acidose metabólica (SBD, 2009).

Nessa perspectiva, o profissional enfermeiro da unidade de terapia intensiva poderá sugerir ao médico a realização de exames laboratoriais, teste de sangue que identifiquem a presença de cetonas, gasometria arterial que é um procedimento realizado pelo enfermeiro dentro da unidade de terapia intensiva. Esse teste fornece os valores de dióxido de carbono (CO2), pressão de oxigênio (PO2), bicarbonato (CHO3) e o potencial de hidrogênio (PH), extraído do sangue arterial do paciente, e, a partir desses valores é que a equipe irá controlar e manter o equilíbrio acidobásico (ALMEIDA et al. 2009; MASCARENHAS; SILVA; SILVA, 2010; POTTER; PERRY, 2013).

Ainda com relação a atuação da equipe de enfermagem ao paciente diabético em cetoacidose na unidade de terapia intensiva, o enfermeiro como profissional atuante deve orientar a sua equipe e também ficar sempre atento na realização do balanço hidroeletrolítico rigoroso do paciente que consiste em monitorar o volume de líquido e eletrólitos que é ofertado para o paciente (BORGES; et al. 2011; VALENÇA; MARQUES; GERMANO, 2010; SMELTZER; et al. 2011).

Esse monitoramento dos eletrólitos pode se dá através de exames laboratoriais de eletrólitos séricos, e o hídrico pode ser pela observação e anotações dos volumes por meio dos dispositivos que podem estar no paciente como sonda nasoenteral, sonda nasogástrica, sonda vesical de demora, hidratação venosa, bomba de infusão, entre outros (BORGES; et al, 2011; SMELTZER; et al. 2011).

Por isso, é de fundamental importância que o enfermeiro avalie rigorosamente o estado hídrico e o débito urinário devido ao alto risco de insuficiência renal secundária a desidratação, pois se o paciente tiver uma diurese menor que 300 ml nas 24 horas e observar a densidade da urina, o enfermeiro já fica em alerta, comunicando a equipe, e tem um olhar diferenciado para função renal (BORGES; et al. 2011; VALENÇA; MARQUES;

GERMANO, 2010; SMELTZER; et al. 2011).

Outro fator necessário e crucial para garantir melhora significativa do quadro clínico do paciente com cetoacidose diabética é a monitoração conforme protocolo da unidade de terapia intensiva e, de acordo com a orientação médica, é a glicemia capilar realizada através do hemoglicoteste que irá medir a quantidade de glicose sérica que não pode ultrapassar 150 mg/dl em jejum e deve ser monitorada a cada 3 ou 4 horas ou conforme orientação médica, e ainda, anotar os valores no prontuário do paciente (ALMEIDA et al. 2009; VALENÇA; MARQUES; GERMANO, 2010; SMELTZER; et al. 2011; SBD, 2009).

O enfermeiro deve estar atento ao paciente que possui cetoacidose diabética, pois é um paciente que tem suas funções vitais instáveis e precisa ser monitorado constantemente, primordialmente em relação à glicemia capilar, na medida em que a hiperglicemia ocasionará glicosúria e poliúria que estimulam a diurese osmótica, provocando a desidratação devido a perda de líquido; além de apresentar polidipsia, visão turva, fraqueza e cefaleia. Logo, o enfermeiro deve ser um profissional proativo, ou seja, antecipar suas ações antes que agrave o quadro clínico do paciente, desfavorecendo sua evolução (FIGUEIREDO; et al. 2012; VALENÇA; MARQUES; GERMANO, 2010; SMELTZER; et al. 2011).

Em caso de níveis elevados de glicose sérica, a equipe de enfermagem deve alertar o médico intensivista e o enfermeiro iniciará o protocolo de insulinoterapia. O protocolo de insulinoterapia é realizado de acordo com a instituição de saúde, ou em alguns casos, é realizado de acordo com a orientação médica que avalia o quadro clínico do paciente. Mas, a responsabilidade da administração da insulina é da equipe de enfermagem que, para isso é necessário saber que de acordo com o valor apresentado pelo hemoglicoteste irá ser administrado unidades de insulina. Porém, para a cetoacidose diabética grave, o tratamento de escolha e a utilização da insulina regular endovenosa por bomba de infusão contínua (VALENÇA; MARQUES; GERMANO, 2010; SBD, 2017).

Vale frisar que a equipe de enfermagem deveria realizar suas intervenções ao paciente em cetoacidose diabética na unidade de terapia intensiva baseado na sistematização da assistência, pois a SAE iria nortear o trabalho do enfermeiro. Por meio dela, o profissional planeja suas principais ações, na medida em que estabelece os diagnósticos de enfermagem que irá conduzir para escolha das melhores intervenções que irão corroborar para melhorar o quadro clínico do paciente e assim possuir os resultados esperados, que no caso seria de redução de danos e promoção da qualidade de vida na unidade de terapia intensiva (MASSAROLI; et al. 2015).

Diante dos resultados apresentados, pode se inferir a forma como ocorre atuação da equipe de enfermagem ao paciente diabético em cetoacidose na unidade de terapia intensiva, na medida em que destaca as mais variadas intervenções que corroboram para melhorar o quadro clínico do paciente em cetoacidose e prevenir possíveis consequências.

Nesse contexto, percebe-se o quão relevante é o trabalho da equipe de enfermagem no manejo ao paciente diabético em cetoacidose na unidade de terapia intensiva, pois é uma doença grave que se não monitorada corretamente e intervindo de forma eficaz poderá trazer grandes problemas ao paciente.

Destaca-se o papel do enfermeiro como parte integrante no cuidar e nas relações interpessoais de confiança e liderança que deve estabelecer entre sua equipe, a fa-

mília do paciente e com o próprio paciente para assim concluir sua linha de cuidado e proporcionar uma melhor qualidade de vida, proporcionando conforto, garantindo a segurança do paciente e promovendo a recuperação do quadro clínico, revertendo assim a cetoacidose diabética.

Vale ressaltar que o enfermeiro deve sempre obter uma postura de líder perante sua equipe, mas para isso é necessário sempre atualizar-se para possuir conhecimento científico e técnico em relação a cetoacidose diabética e suas principais complicações, para assim proporcionar uma assistência com segurança e qualidade evitando erros que comprometam a saúde do paciente.

Sabendo disso, o enfermeiro ao adquirir conhecimento das condições clínicas dos paciente que são admitidos na UTI, como no caso da cetoacidose diabética, saberá nortear o trabalho da sua equipe, por meio da elaboração de um plano de cuidados, desenvolvendo a sistematização da assistência de enfermagem, através do processo de enfermagem, pois ajuda o profissional para uma avaliação clínica mais aprofundada como realizar anamnese, conhecendo o histórico da doença; aspectos socioculturais e exame físico.

Contribui também com a multidisciplinariedade, na medida em que, inclui na terapia a prescrição dietética com apoio da nutricionista, pois sabemos que um das formas de controlar a glicemia é com alimentação adequada. Além disso, enfatiza-se o apoio psicoterapêutico realizado pelo psicólogo da unidade de saúde, que irá ajudar a família e o próprio paciente na aceitação e no enfrentamento da enfermidade. Vale frisar, atuação dos médicos especialistas que também são responsáveis pela manutenção das funções vitais do paciente, intervindo de maneira efetiva e eficaz, como avaliando a condição clínica do paciente; controle e prescrição medicamentosa; abordagem com exames de imagens e análise laboratorial, entre outros. A união da equipe multidisciplinar ajudará a recuperação do paciente e ao mesmo tempo a família que também está aderida no processo de cuidar.

4 - CONCLUSÃO

Evidencia-se, neste estudo, que é indubitável a importância da atuação da equipe de enfermagem ao paciente diabético em cetoacidose na unidade de terapia intensiva, na medida em que o profissional enfermeiro está diretamente ligado a estabelecer seus planos de cuidados, visando monitorização, por meio dos aparatos tecnológicos dispostos na UTI, e o controle das funções vitais para manter a homeostasia do organismo do paciente com cetoacidose diabética.

Destaca-se que durante o desenvolvimento do estudo, identificou-se a escassez de pesquisas atuais sobre a atuação da equipe de enfermagem ao paciente diabético com cetoacidose na unidade de terapia intensiva. Apesar dessa escassez, é necessário que os profissionais enfermeiros intensifiquem estudos sobre a temática para que haja mais publicações em relação a atuação da equipe de enfermagem ao paciente com cetoacidose diabética na UTI, pois existem muitas publicações em periódicos sobre a doença diabetes mellitus tipo 1, e pesquisas mínimas em relação a sua principal complicação que é a cetoacidose diabética.

Logo, é imprescindível que os estudantes de enfermagem e os profissionais da área desenvolvam pesquisas para fortalecer as bases de dados sobre a cetoacidose diabética, pois a maximização de estudos sobre essa complicação ajudará na atuação de muitos profissionais intensivistas, na medida em que as informações repassadas servem de embasamento científico para delinear os planos de cuidados dos enfermeiros.

A realização do estudo poderá contribuir junto aos profissionais de enfermagem na obtenção de um conhecimento científico maior em relação a cetoacidose diabética, o que poderá ajudar durante a prática da assistência de enfermagem a identificar os sinais e sintomas da cetoacidose diabética e a partir disso, desenvolver planos de cuidados ao paciente com esse grave problema de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Luiz Guilherme Camargo; et al. Hipertrigliceridemia grave na cetoacidose diabética: relato de caso. **Arquivo brasileiro de endocrinologia e metabologia**, n. 56, v. 7, p. 880- 885, São Paulo, 2009. Disponível em<http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n7/13.pdf> Acesso em: 20 de abril de 2018.

AGUIAR, Adriana Sousa Carvalho; et al. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Escola Enfermagem USP**. n. 46, v. 2, p. 428-35, 2012. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200022 > Acesso em: 26 de setembro.

Sociedade brasileira de diabetes. Departamento de enfermagem da sociedade brasileira de diabetes. **Manual de enfermagem**. São Paulo, 2009. Disponível em<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/13403686111118_1324_manual_enfermagem.pdf> Acesso em: 20 de abril de 2018.

BORGES, Franciane Neves Nunes; et al. Atuação do enfermeiro no serviço de emergência na assistência ao cliente com cetoacidose diabética: uma revisão bibliográfica. **Revista eletrônica de enfermagem e nutrição**. n.3, v.3, p. 1-15, Agt/dez 2011. Disponível em< http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/7mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Atua%C3%A7%C3%A3o%20do%20enfermeiro%20no%20servi%C3%A7o%20de%20emerg%C3%AAncia.pdf> Acesso em: 20 de abril de 2018.

CRUZ, Isabel; DORIA, Elma Fonseca. Assistência de enfermagem na complicação de cetoacidose diabética – Revisão Sistematizada da Literatura. **Journal of specialized nursing care**, n. 1, v. 2, 2009. Disponivel em<http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/j.1983-4152.2009.2027/451 > Acesso em: 20 de abril de 2018.

FERDELE, Cecilia Aparecida; et al. Atuação do enfermeiro na cetoacidose diabética. **Revista polidisciplinar eletrônica da faculdade de guairacá**. Ed. 02, v. 03, p. 54-67, 2011. Disponível em <http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/viewArticle/219> Acesso em: 20 de abril de 2018.

FERREIRA, Tadeu Leandro; SAVIOLLI, Israel Hideo; ABREU, Luiz Carlos. Diabetes Mellitus: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciência da Saúde**. v.36, n. 3, p. 182-8, Set/Dez 2011. Disponível em< http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n3/a2664.pdf> Acesso em: 26 de setembro.

FERREIRA, A.S.M. et al. Aspectos éticos no exercício da enfermagem: **Revisão integrativa da literatura**. Cogitare Enfermagem. Out/Dez; n.16, v.4, p.727-33, 2011. Disponível em< http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/25444/17067> Acesso em: 18 de outubro.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; et al. **Tratado cuidados de enfermagem médico- cirúrgico**. editora. Roca. v. 1, São Paulo, 2012.

MASCARENHAS, Nildo Batista; et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. **Revista brasileira de enfermagem**.n.64, v. 1, p.203-08, Brasilia, jan/ fev 2010. Disponível em<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a31.pdf> Acesso em: 20 de abril de 2018.

NÓBREGA, Maria Miriam Lima; NETO, Jose Melquiades Ramalho; FONTES, Wilma Dias de. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. **Revista brasileira de enfermagem**.n. 66, v. 4, p. 535-42, 2013. Disponível em<> Acesso em: 18 de outubro 2017.

NOGUEIRA, Luciana Gomes Furtado; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada **Revista escola de enfermagem USP**.n. 49, v. 1, p- 54-60, São Paulo, 2015. Disponível em<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0054.pdf>Acesso em: 20 de abril de 2018.

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira de. Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração Catalão: UFG. 72 p. 2011. Disponível em< https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf>Acesso em: 18 de outubro.

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem. Editora**. Elsevier, p. 1568. Rio Janeiro, 2013.

SCHOELLER, Soraia Dornelles; et al. Conhecimento da equipe deenfermagem nas complicações do diabetes mellitus em emergência **Acta Paul enferm**.n. 27, v. 6, p.520-5. 2014. Disponível em<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0520.pdf> Acesso em: 20 de abril de 2018.

SMELTZER, Suzanne C.; et al. **Tratado de enfermagem medico- cirúrgico**. v. 3, Ed. 12, editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2011.

SILVA, Lucicláudia Menacho da; MOURA, Olga Luisa Regis de; GOMES, Tatiana Marques da Silva. Estudo bibliográfico sobre os distúrbios hidroeletrolíticos e Ácido-básicos. **Revista COFEN**.p. 7-35, 2012. Disponível em< http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainsncri%C3%A7oes/arquivostrabalhos/estudos%20%20bibiografico%20sobre%20os%20desturbios.pdf. > Acesso em: 20 de abril de 2018.

VALENÇA, Cecila Nogueira; MARQUES, Elisabeth Elaine de Castilho, GERMANO, Raimunda Medeiros. Intervenções da enfermagem em unidade de terapia intensiva no manejo da cetoacidose diabética. **Revista de enfermagem UFPE**.n. 4, p.

1145-142. 2010. Disponível em<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:YBCUlWrVScgJ:https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/6271/5518> Acesso em: 20 de abril de 2018.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; RAMOS, Flávia Regina Souza. Responsabilidade no cuidar: do tempo que nos toca viver como enfermeiros/as intensivistas. **Revista Escola Enfermagem USP**. n. 45 v.4 p.876-83, 2011. Disponível em< http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a12.pdf > Acesso em: 26 de setembro.

CAPÍTULO 16

CORRELAÇÃO ENTRE IMC E DOBRAS CUTÂNEAS EM PRÉ-ESCOLARES EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO PRIVADA DE NATAL/RN.

CORRELATION BETWEEN BMI AND DOUBLES SKINS IN PRE-SCHOOLS IN A TEACHING INSTITUTION PRIVATE OF CHRISTMAS / RN.

Vanessa Adelino do Nascimento[1]
Viviane Evelyn Lima dos Passos[2]
Genykléa Silva de Oliveira[3]
Marcos Felipe Silva de Lima[4]

1 Nutricionista, graduada pela Unifacex. Contato: vanessa1995adelino@gmail.com
2 Nutricionista, graduada pela Unifacex. Contato: evelynzinha05@hotmail.com
3 Professora Mestra, dos cursos de nutrição e de enfermagem do Unifacex. Doutoranda em Saúde Coletiva PpGSCOL/UFRN.Contato: genyklea@yahoo.com.br
4 Professor Mestre, dos cursos de nutrição do Unifacex. Doutorando em Saúde Coletiva PpGSCOL/UFRN.Contato: genyklea@yahoo.com.br

RESUMO

No Brasil nas últimas décadas vem aumentando a prevalência de sobrepeso e obesidade, no qual um dos fatores determinantes desse aumento é a alimentação não saudável. O presente estudo tem como objetivo analisar a correlação entre o diagnóstico das dobras cutâneas e IMC de pré-escolares de uma instituição privada de Natal-RN. O estudo é do tipo transversal e foi realizado com 82 crianças de 2 a 6 anos de idade matriculadas em uma escola privada no município de Natal, em que foram aferidas medidas de peso, estatura e dobras cutâneas tricipital e subescapular. Sendo utilizado o indicador IMC/Idade avaliado através do padrão de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS). Além disto, foi verificada a correlação das medidas antropométricas IMC e dobras cutâneas através da correlação de Pearson. Foi possível verificar que existe uma correlação forte e positiva entre o IMC e o somatório das dobras cutâneas tricipital e subescapular para ambos os sexos ($r = 0,761$, $p < 0,0001$). Entretanto, 37% da população estudada apresentaram excesso de peso de acordo com o parâmetro de IMC/Idade e em relação ao somatório das dobras cutâneas tricipital e subescapular foram encontrados percentuais de 3,7% para excesso de adiposidade. Após a análise conclui-se que há correlação entre os resultados do IMC/Idade e o somatório das dobras cutâneas nos pré-escolares.

PALAVRAS-CHAVE: Estado nutricional. Antropometria. Saúde da criança.

ABSTRACT

In Brazil in recent decades has been increasing the prevalence of overweight and obesity, in which one of the determinant factors of this increase is the cord is not healthy. The present study aims to analyze the correlation between the diagnosis of the skinfold thickness and BMI pre-schoolchildren from a private institution of Natal-RN. The study is cross-sectional and was carried out with 82 children from 2 to 6 years of age enrolled in a private school in the city of Natal, in which they were calibrated measurements of weight, height, and triceps and subscapular skinfolds. Being used the indicator BMI/age evaluated through the reference pattern of the World Health Organization (WHO). Furthermore, it was observed the correlation of anthropometric measurements BMI and skinfolds using Pearson correlation. It was possible to verify that there is a strong and positive correlation between BMI and the sum of triceps and subscapular skinfold measurements for both genders ($r = 0.761$, $p < 0.0001$). However, 37% of the population studied were overweight according to the BMI/age and in relation to the sum of triceps and subscapular skinfolds were found percentages of 3.7% for excess adiposity. After the analysis concludes that there is a correlation between the results of BMI/age and sum of skinfolds in preschoolers.

KEYWORDS: Nutritional status. Anthropometry. Child Health

1 - INTRODUÇÃO

O Brasil nas últimas décadas vem aumentando de maneira exorbitante seus indicadores de sobrepeso e obesidade, e esse quadro se torna ainda mais preocupante, pois acometem diferentes grupos da sociedade, assim como, várias faixas etárias. O instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE) constatou através da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF, 2008/2009) que crianças a partir de cinco anos de idade já apresentam uma prevalência de 33,5% no excesso de peso em todas as regiões do Brasil (IBGE, 2010).

Um dos fatores determinantes do sobrepeso/obesidade é a alimentação não saudável, por isso as crianças em idade pré-escolar devem ter uma alimentação apropriada as suas necessidades a fim de assegurar uma saúde adequada ao longo da vida, evitando o excesso de peso e, consequentemente, as doenças crônicas não transmissíveis advindas desta condição (NASCIMENTO et al,2010).

Outro aspecto que deve ser levado em consideração na formação dos hábitos alimentares das crianças são os alimentos que são oferecidos a elas, pois com os avanços tecnológicos a indústria de alimentos oferece ao público infanto-juvenil alimentos ricos em gorduras, açúcares, sódio e corante o que põe em risco a saúde das crianças uma vez que estes produtos possuem ligação direta com o aumento de doenças crônicas não transmissíveis, como por exemplo, diabetes, hipertensão, obesidade e dislipidemias (SOUZA, 2017).

O acompanhamento do estado nutricional pode ser realizado a partir de índices antropométricos que se utilizam das medidas corporais, como o peso, a altura, perímetro da cintura, do quadril, braço e as dobras cutâneas. As vantagens do uso da antropometria é que são métodos não invasivos, de fácil e rápida execução, e de baixo custo (VITOLO, 2015).

O Índice de Massa Corporal (IMC) é visto como um bom método para avaliar o estado nutricional, tanto em crianças, adolescentes, como em indivíduos adultos. Porém, não é considerado um procedimento conclusivo (ZAMBON MP et al, 2003), tendo em vista que o IMC se trata de uma equação matemática que leva em consideração duas medidas corporais, o peso e a estatura, supondo que toda massa corporal que excede os indicadores de referência deverá ser classificada como excesso de gordura corporal (MÔNICA et al,2009). Já a aferição das dobras cutâneas é um método mais sensível para indicar a composição de gordura corporal (JANUARIO et al, 2008).

Diante do exposto, o objetivo do referente estudo é analisar a correlação entre o diagnóstico das dobras cutâneas e IMC de pré-escolares de uma instituição privada de Natal-RN. Este tipo de estudo possui grande relevância por estar avaliando os métodos utilizados na avaliação nutricional de crianças, contribuindo assim, para o aperfeiçoamento no uso desses métodos.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ESTADO NUTRICIONAL DE PRÉ-ESCOLARES

Os últimos quinze anos evidenciam um novo cenário no estado nutricional das crianças brasileiras, mostrando a diminuição da desnutrição e o aumento da obesidade (PINHO et al, 2010). Tem sido observado na população brasileira o aumento do índice de obesidade em crianças, o que indica o fator obesidade nessa faixa etária como um risco para o desenvolvimento precoce de doenças crônicas (MIRANDA et al, 2015).

De acordo com a POF 2008- 2009, o número de crianças com excesso de peso é de uma para cada três crianças, representando 33,5% das crianças de 5 a 9 anos com sobrepeso (POF, 2008-2009). A alta prevalência de obesidade em crianças traz preocupação, pois o risco delas se tornarem adultos obesos é maior, apresentando doenças associadas à obesidade (SILVA et al, 2005).

Silva et al (2005) relatam que a obesidade na infância traz consequências de curto a longo prazo, como desordens ortopédicas, distúrbios respiratórios, doenças metabólicas e aumenta o risco de mortalidade entre os adultos que foram obesos na infância.

A obesidade tem sido relacionada com o consumo alimentar, não apenas quanto a quantidade de alimento ingerida, mas também com a composição e qualidade da alimentação. Pode-se citar como fatores determinantes das mudanças do padrão alimentar: o baixo consumo de frutas e hortaliças e a elevação no consumo de alimentos de alta densidade calórica como os salgadinhos, bolachas recheadas, doces e refrigerantes, o que explica em parte o continuo aumento do sobrepeso e obesidade nas crianças (TRICHESA; GIUGLIANIB, 2005).

O estudo de Oliveira et al (2003) observou que a falta de atividade física, associado a grande parte do tempo diante no computador, videogame e TV, aliados ao baixo consumo de verduras, frutas e hortaliças estão associados ao desenvolvimento da obesidade infantil. É diante deste cenário que se caracteriza a transição nutricional que se relaciona com o aumento sobrepeso em crianças e diminuição da desnutrição.

2.2 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA EM CRIANÇAS

O uso de métodos antropométricos é tido como um bom meio para avaliar o estado nutricional. Entre as vantagens de se usar indicadores antropométricos (IMC e Dobras Cutâneas) estão: a facilidade de coleta dos dados e simplicidade quanto à interpretação dos resultados (JANUARIO et al,2008; PINHO et al, 2010).

Os resultados antropométricos permitem avaliar o ajustamento genético de crescimento e os fatores ambientais favoráveis e prejudiciais, que poderão influenciar nos resultados da avaliação nutricional de um indivíduo ou população. Uma limitação desse método, é que a antropometria não mostra se há deficiências de micronutrientes tão comuns em crianças, como a Hipovitaminose A, a anemia ferropriva e a deficiência de cálcio, sendo então nestes casos, necessários exames bioquímicos como complemento ao diagnóstico (SIGULEM, 2000).

O IMC é um método bastante usado para medir de forma indireta a gordura corporal (BERGMANN,2011). O estudo de Zambon et al (2003) mostra que o Índice de

Massa Corporal (IMC) tem sido visto como um bom método para se fazer avaliação da obesidade em todos os ciclos da vida. Porém, o mesmo autor relata que o IMC não contribui para o estudo da distribuição de gordura corporal, pois os valores de IMC nem sempre estão associados à gordura corporal.

Um procedimento complementar para ser usado em estudos populacionais é o indicador de dobras cutâneas, que são medidas da espessura do tecido adiposo corporal subcutâneo, porém esse método apresenta algumas limitações relacionadas ao meio de treinamento do avaliador, precisão e reprodução fiel dos resultados (ZAMBOM et al, 2003).

Maffeis et al (2003) relatam que as dobras cutâneas são indicadores do excesso de tecido adiposo corporal, que serão interpretados como risco para doenças cardiovasculares em crianças. As medições das dobras cutâneas podem ser feitas em várias partes do corpo, com a ajuda de um adipômetro ou plicômetro. As dobras mais utilizadas em crianças são a tricipital e a subescapular.

A avaliação da dobra tricipital é feita no ponto médio entre o acrômio e o olécrano com o auxílio do adipômetro, já a aferição da dobra subescapular é feita um centímetro abaixo do ângulo inferior da escapula. É recomendado para a avaliação em crianças, o uso do valor médio do somatório das duas aferições (VITOLO, 2015).

3 - METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, observacional e individual. A população de estudo foi composta por 82 pré-escolares estudantes de uma escola de ensino infantil privada de Natal/RN. As crianças foram avaliadas por meio da antropometria, a partir das medidas de peso, altura e dobras cutâneas.

E que atendiam os critérios de seleção, sendo estes critérios: crianças entre 2 a 6 anos idade, de ambos os sexos, que não estivessem em uso de corticosteróides e que tivesse a concordância em participar da pesquisa através da assinatura do TCLE pelos pais ou responsáveis.

3.2 COLETA DE DADOS

As coletas dos dados ocorreram no período de junho a setembro de 2016 no município de Natal/RN no laboratório de avaliação nutricional de uma instituição de ensino superior privada de Natal. Antes da realização da coleta, foram feitas capacitações, com todos os avaliadores da pesquisa, sobre os procedimentos de avaliação antropométrica a serem realizados.

O peso corporal (kg) e a altura (cm) foram aferidos utilizando-se uma balança eletrônica (Balmak, BK50F, São Paulo, Brasil) e um estadiômetro (Estadiometrofíxo Modelo E5T220 Balmak, São Paulo, Brasil), respectivamente. Para aferição do peso, a criança manteve-se em pé sobre a balança vestindo roupas leves e sem calçados. Para aferição da altura, a criança manteve-se em pé, sem calçados, com a cabeça livre de adereços e com os calcanhares juntos, os braços estendidos ao longo do corpo e o corpo o mais ereto possível. Os calcanhares, glúteo, ombros e cabeça tocaram a superfície vertical do equipamento de medida (BRASIL, 2011).

A avaliação antropométrica foi baseada no indicador IMC/idade por meio do padrão de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS), no qual para a faixa etária de menores de cinco anos. De acordo com esse padrão de referência, utilizaram-se os seguintes cortes: risco de sobrepeso: >+1SD; sobrepeso: >+2SD; obesidade: >+3SD; magreza: <-2SD; e magreza acentuada: <-3SD. Para as crianças com cinco anos ou mais foram utilizados os seguintes cortes: sobrepeso: >+1SD; obesidade:>+2SD; obesidade grave: >+3SD; magreza: <-2SD; e magreza acentuada: <-3SD (WHO, 2006; WHO, 2007).

A dobra cutânea tricipital (mm) foi aferida, utilizando-se um adipômetro científico digital (DG + da marca Prime med®), sendo medida na face posterior do braço direito das crianças, paralelamente ao eixo longitudinal, no ponto que compreende a distância média entre o acrômio e o processo do olécrano da ulna. Já a dobra cutânea subescapular (mm), foi aferida utilizando-se um adipômetro científico digital e a medida foi aferida obliquamente com relação ao eixo longitudinal do corpo, seguindo a orientação dos arcos costais, e localizados dois centímetros abaixo do ângulo inferior da escapula (FRISANCHO, 1990 apud MUSSOI,2015).

3.3 ANÁLISES DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva dos índices IMC/Idade e do somatório das dobras cutaneas triciptal e subescapular/idade. Em seguida, foi realizado o teste de correlação para medir a relação entre as duas variáveis em cada sujeito, utilizando o coeficiente de correlação de Pearson. Todas as comparações foram consideradas estatisticamente significativas ao nível de 5% e foram realizadas utilizando-se o software IBM® SPSS® v. 24.0.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior intitulado “Avaliação Nutricional de Escolares de Uma Instituição Privada de Natal/RN, que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Liga Rio-grandense Contra o Câncer. Cujo parecer de aprovação foi o de número 1486.612. Após aprovação do comitê foi assinado o TCLE pelos pais ou responsáveis pelas crianças.

4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

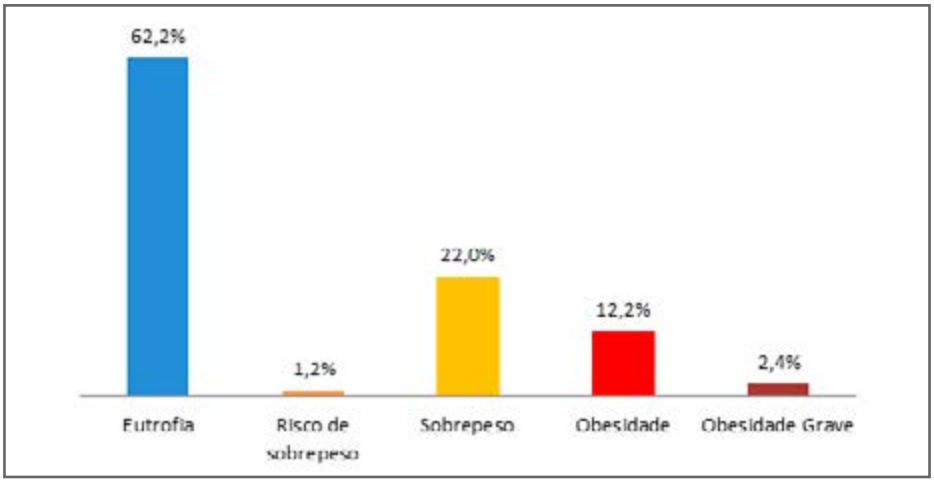
Foram avaliados 82 pré-escolares quanto ao indicador de IMC para idade e 81 em relação às dobras cutâneas, pois uma das crianças não aceitou realizar a coleta do dado citado. Sendo então avaliadas 46 do sexo masculino (53,1%) e 36 do sexo feminino (43,9%). Ao analisar os dados da figura 1, percebe-se ao somar as categorias que abrangem o excesso de peso (sobrepeso, obesidade, obesidade grave e risco de sobrepeso) que 37,8% das crianças encontram-se nessa condição. Como observado na tabela 1, à média do IMC foi 16,74kg/m2e do somatório das dobras foi 12,17mm.

Tabela 1. Estatística descritiva das medidas coletadas em pré-escolares de uma escola privada em Natal/RN, 2016.

Medida	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Peso (Kg)	82	12,40	36,50	20,75	4,35
Estatura (m)	82	0,88	0,94	1,11	0,09
IMC (Kg/m^2)	82	12,66	23,73	16,74	2,11
DCT+DCSE (mm)	81	4,90	26,40	12,17	4,55

Fonte: autoria própria

Figura 1. Distribuição percentual do índice IMC/Idade em pré-escolares de uma escola privada em Natal/RN, 2016.



Fonte: autoria própria

Os resultados encontrados estão em concordância com o atual perfil da população brasileira, em que a prevalência de crianças com sobrepeso e obesidade mostra-se cada vez maior (IBGE,2010). O percentual elevado de excesso de peso observado pode estar associado aos maus hábitos alimentares como citado por Trichesa e Giuglianib (2005) que citaram em seu estudo: o alto consumo de alimentos ultraprocessados, baixo consumo dos alimentos in natura, e a falta de atividade física (OLIVEIRA et al,2003).

Ao verificar o estado nutricional dos escolares separadamente por sexo, constataram-se concordâncias semelhantes nos índices de eutrofia e sobrepeso, no entanto o índice de obesidade se mostrou mais elevado para o sexo feminino 17,64% em relação ao sexo masculino 10,86% (figura 2).

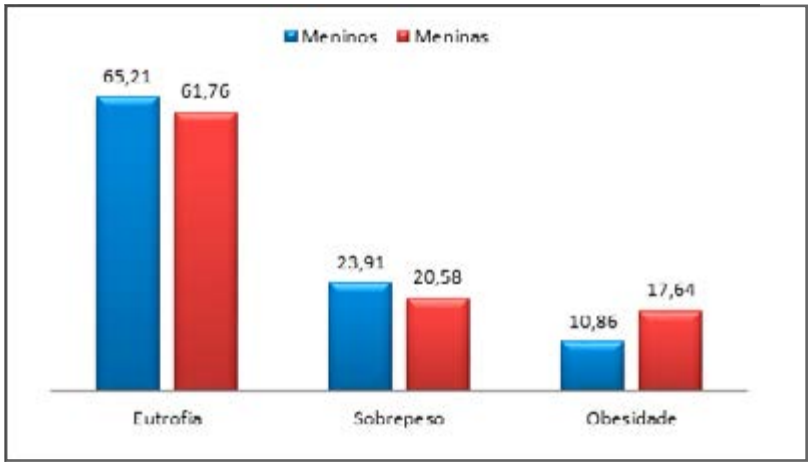
Ao relacionar os dados do estudo em questão, com os da Pesquisa de Orçamento Familiar (IBGE,2010), é possível verificar que a porcentagem de crianças do sexo feminino, que participaram do presente estudo, apresenta uma porcentagem maior de obesidade (17,64%), quando comparada com a média nacional (11,8%). Ao relacionar estes mesmos valores para o sexo masculino, têm-se os seguintes resultados, meninos que participaram da pesquisa apresentam uma porcentagem de obesidade de (10,86%), desta forma se posicionam inferiores a média nacional (16,6%),

De acordo com um estudo realizado no ano de 2012 em Ribeirão Preto-SP para avaliar o estado nutricional de pré-escolares que são assistidos pelo programa de saúde da

família (PSF), em que foram avaliados 155 pré-escolares com idades entre 2 a 5 anos, a classificação do estado nutricional a partir do Escore-Z do Índice de Massa Corporal por idade, mostrou que o IMC se encontrava elevado para idade por volta de 16,8% e excesso de peso de 9%, tanto no sexo feminino como no masculino. Ao avaliar o estado nutricional das crianças separadamente por sexo, foi visto uma maior prevalência de valores de IMC abaixo do adequado para idade em meninas (20,1%) e IMC acima do adequado para idade com maior prevalência para os meninos (30,7%) (FERREIRA-MARIM, FABBRO,2012).

Mônica et al (2009) concluíram, em sua revisão bibliográfica sobre os diversos métodos de avaliação da composição corporal em crianças que, quando for o caso de avaliar o estado nutricional de crianças por meio da antropometria, aspectos como tempo de aplicabilidade, custos do método, capacidade técnica dos avaliadores assim como também características próprias da população estudada devem ser levadas em consideração, para assim obter resultados fidedignos.

Figura 2. Distribuição percentual do estado nutricional de pré-escolares, conforme IMC/idade, por sexo, de uma instituição privada em Natal/RN, 2016.



Fonte: autoria própria

Na figura 3, estão descritos os valores em porcentagens do somatório das dobras cutâneas tricipital e subescapular, no qual foi encontrado um maior percentual de crianças com baixa adiposidade (35,5%) do que com excesso de adiposidade (3,7%).

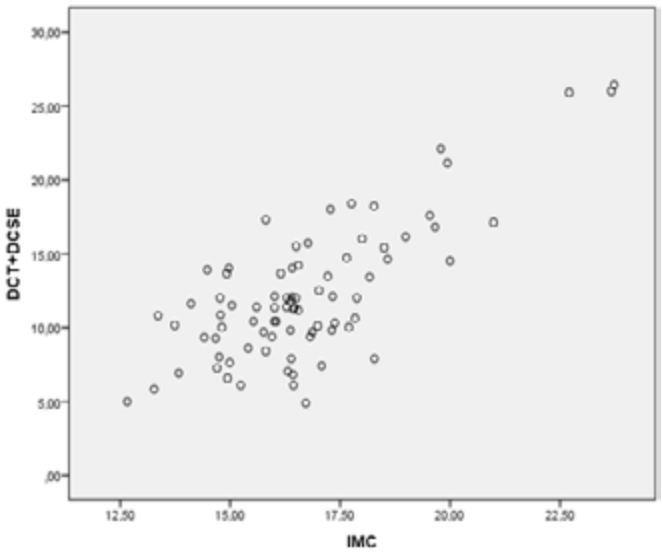
Figura 3. Distribuição percentual da classificação do somatório das dobras cutânea subescapular e tricipital em pré-escolares de uma escola privada em Natal/RN, 2016.

Fonte: autoria própria

De acordo com resultados adquiridos, observou-se que existe uma correlação forte e positiva no IMC e no somatório das dobras cutâneas tricipital e subescapular para ambos os sexos (r = 0,761, p< 0,0001), como apontado no gráfico da figura 4.

Porém, ocorreu uma divergência entre o diagnóstico do IMC e somatório de dobras, pois o IMC apontou um percentual de 37,8% de excesso de peso e no somatório de dobras ocorreu um percentual semelhante de baixa adiposidade corporal, o que pode indicar uma maior quantidade de massa magra do que gordura corporal nas crianças avaliadas, tendo em vista que o IMC não diferencia a massa magra de tecido adiposo em sua mensuração.

Figura 4. Gráfico de dispersão do somatório das dobras tricipital e subescapular pelo índice de Massa Corporal com reta ajustada dos pré-escolares de 2-6 anos. Natal-RN, 2017.



Fonte: autoria própria

O uso do IMC como método para diagnosticar sobrepeso e obesidade é bastante frequente pelos diferentes autores, pois é um método de fácil aplicabilidade e baixo custo. No entanto, ainda de acordo com Monteiro e Fernandes Filho (2002), o IMC não leva em consideração a composição corporal por área, de forma mais completa sem mensurar partes especificas do corpo.

Já o estudo Januário et al (2008) apontou o IMC como um bom método para detecção de obesidade, pois apresentou um ótimo desempenho no que se refere à sensibilidade (>90%) e especificidade (87%) do procedimento, sendo um bom meio para a triagem de adolescentes de ambos os sexos e diferentes faixas etárias.

Ao relacionar o presente estudo com um feito por Giugliano (2004) em escolares entre 6 e 10 anos em uma instituição de ensino privado de Brasília (DF), que possui as mesmas características que é correlacionar os resultados obtidos de IMC/idade e as dobras cutâneas em escolares, foi possível verificar que os índices de sobrepeso e obesidade são semelhantes em ambos estudos, ou seja, mostram-se com valores elevados para ambos os sexos. Os resultados do IMC/idade apresentaram concordâncias sensíveis quando relacionado com a adiposidade corporal. Por fim, é certo que o IMC/idade é considerado por diversos autores como um bom método de avaliação do estado nutricional, e é muito utilizado em estudos como estes. Porém, as informações do estado nutricional poderão se

tornar ainda mais fidedignas quando realizada as medidas das dobras cutâneas nos indivíduos, uma vez que a última medida citada aborda separadamente por áreas corporais a densidade de massa magra e massa gorda.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) destaca em sua nova versão de 2012, a diretriz que ressalta a importância do controle de alimentos, dando ênfase para a vigilância nas propagandas alimentícias, para assim assegurar o consumidor de informações reais e seguras a sua saúde (BRASIL, 2013). A legislação brasileira determina que durante a vinculação de propagandas de gêneros alimentícios, independente do meio de comunicação, que seja voltada para crianças é considerado como uma prática ilegal, segundo o Superior Tribunal de Justiça. Portanto, ações dessa natureza são de extrema importância para que seja possível minimizar o crescente número de sobrepeso e obesidade nas crianças brasileiras.

Para que seja possível reverter o atual perfil de saúde da população infantil no Brasil, faz-se necessário a criação de políticas públicas especificas a este grupo, como forma de barrar os principais problemas que os acometem atualmente, como o sobrepeso e obesidade. Pensando nisto, a Organização Pan-Americana de saúde (OPAS) publicou no ano de 2012 um documento que trata sobre as formas de como a publicidade infantil de alimentos e bebidas não alcoólicas são vinculadas para as crianças das Américas. Neste documento, foram criadas 13 diretrizes, indicando quais devem ser as responsabilidades dos Ministérios da saúde dos países das Américas diante das normas para a publicidade e promoção de alimentos voltados ao público infantil (HARTUNG, 2017).

Ao realizar uma revisão bibliográfica Araújo et al (2017) concluíram que as ações de educação alimentar e nutricional (EAN) realizadas com escolares possuem bons resultados em relação à prevenção do sobrepeso e da obesidade. A revisão também concluiu que os escolares que passaram pelas ações de EAN mostraram um aperfeiçoamento nos comportamentos e escolhas alimentares, o que mostra que a escola possui um papel fundamental na formação dos hábitos alimentares de seus escolares.

Quanto às limitações do referente estudo, pode-se citar o tamanho da população, assim como também as referências para o somatório de dobras cutâneas, pois de acordo com Mussoi (2015) a referência que é utilizada para diagnosticar o excesso de adiposidade nas crianças através do somatório de dobras (subescapular e tricipital) é a de Frisancho (1990). Portanto, para que haja uma maior eficácia nos resultados de estudos como este, é necessário que haja uma atualização nos estudos que trazem o padrão de referência a fim de verificar o somatório de dobras cutâneas. Por isso, sugerimos que sejam realizados novos estudos com o objetivo de atualizar os padrões de referência para a avaliação do somatório de dobras e/ou formular novas equações de predição.

5 - CONCLUSÃO

Conclui-se que existe uma correlação forte e positiva entre o IMC e o somatório das dobras cutâneas tricipital e subescapular para ambos os sexos. No entanto, de acordo com a análise dos dados, o diagnóstico do IMC/Idade mostrou-se com elevados valores de excesso de peso (37,8%), enquanto que os resultados obtidos a partir do somatório das

dobras cutâneas que indicam excesso de adiposidade mostraram um valor bem inferior (3%). Portanto, é importante a associação dos métodos IMC/Idade e das dobras cutâneas na avaliação da composição corporal de pré-escolares. Além disto, recomenda-se que para obter um diagnóstico nutricional mais preciso seja utilizada a associação entre diferentes métodos como: a antropometria, semiologia nutricional, consumo alimentar e exames bioquímicos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Aillen Leite et al. O impacto da educação alimentar e nutricional na prevenção do excesso de peso em escolares: uma revisão bibliográfica. **RBONE- Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 11, n. 62, p. 94-105, 2017.

BERGMANN, Gabriel Gustavo et al. Índice de massa corporal para triagem de fatores de risco para doenças cardiovasculares na infância. **ArqBrasEndocrinolMetab**, v. 55, n. 2, p. 114-20, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional--SISVAN. 2011.

FERREIRA-MARIM, Marina M.; FABBRO, Amaury LD. Estado nutricional avaliado por medidas antropométricas em pré-escolares atendidos pelo Programa de Saúde da Família de Ribeirão Preto-SP. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 45, n. 1, p. 23-30, 2012.

GIUGLIANO, Rodolfo; MELO, Ana LP. Diagnóstico de sobrepeso e obesidade em escolares: utilização do índice de massa corporal segundo padrão internacional. **J Pediatr**, v. 80, n. 2, p. 129-34, 2004.

HARTUNG, Pedro Afonso Duarte; KARAGEORGIADIS, Ekaterine Valente. A regulação da publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças no brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 3, p. 160-184, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. P**esquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. IBGE, 2010.

JANUÁRIO, Renata Selvatici Borges et al. Índice de massa corporal e dobras cutâneas como indicadores de obesidade em escolares de 8 a 10 anos. **Ver.BrasCineantropom Desempenho Hum**, v. 10, n. 3, p. 266-70, 2008.

MAFFEIS, C. et al. Waist Circunference as a Predictor of Cardiovascular and Metabolic Risk Factors in Obese Girls. **Eur J Clin Nutr.**, v. 57, n. 4, p. 566-72, 2003.

MIRANDA, João Marcelo de Queiroz et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil em instituições de ensino: públicas vs. privadas. **Rev. bras. med. esporte**, v. 21, n. 2, p. 104-107, 2015.

MÔNICA DE SOUZA, L.; PRIORE, Silvia Eloíza; SYLVIA DO CARMO, C. Franceschini. Métodos de avaliação da composição corporal em crianças. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 3, p. 315-321, 2009.

MONTEIRO, Ana Beatriz; FERNANDES FILHO, José. Análise da composição corporal: uma revisão de métodos. **Revista Brasileira de Cineantropometria& Desempenho Humano**, v. 4, n. 1, p. 80-92, 2002.

MUSSOI, Thiago Durand. **Avaliação nutricional na pratica clinica**: da gestação ao envelhecimento. Editora Guanabara koogan,2015.

NASCIMENTO, Ana Paula Branco do; FERREIRA, Maurício Lamano; MOLINA, Silvia Maria Guerra. Avaliação antropométrica de pré-escolares em Piracicaba, SP: da desnutrição para a obesidade. **ConScientia Saúde**, v. 9, n. 4, p. 707-13, 2010.

OLIVEIRA, Cecília L. de; FISBERG, Mauro. Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia,** v. 47, n. 2, p. 107-108, 2003.

PINHO, Cláudia Porto S. et al. Avaliação antropométrica de crianças em creches do município de Bezerros, PE. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 3, p. 315-321, 2010.

SIGULEM, Dirce M.; DEVINCENZI, Macarena U.; LESSA, Angelina C. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. **J Pediatr,** v. 76, n. 3, p. 275-84, 2000.

SILVA, Giselia Alves Pontes da; BALABAN, Geni; MOTTA, Maria Eugênia F. de A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2005.

SOUZA, Elton Bicalho. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFOA**, v. 5, n. 13, p. 49-53, 2017.

TRICHESA, Rozane Márcia; GIUGLIANIBE, lsa Regina Justo. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. **Rev saúde pública**,2005 Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp.Acesso em: 03 jun 2017.

VITOLO, Márcia Regina. **Nutrição - da gestação ao envelhecimento**. Editora Rubio, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **WHO child growth standards: length/height for age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age, methods and development**. World Health Organization, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The WHO Child Growth Standards**. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/en/>. Acesso em: 18 maio 2017.

ZAMBON, Mariana Porto et al. Body mass index and triceps skinfold correlation in children from Paulinia city, Sao Paulo, SP. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 2, p. 137-140, 2003.

UF
UNIFACEX