



# Saúde

e aplicações interdisciplinares

**INALDO KLEY DO NASCIMENTO MORAES**  
**ORGANIZADOR**



**2021**



# Saúde

e aplicações interdisciplinares

**INALDO KLEY DO NASCIMENTO MORAES**  
**ORGANIZADOR**



**2021**

2021 by Editora e-Publicar  
Copyright © Editora e-Publicar  
Copyright do Texto © 2021 Os autores  
Copyright da Edição © 2021 Editora e-Publicar  
Direitos para esta edição cedidos à  
Editora e-Publicar pelos autores

**Editora Chefe**  
Patrícia Gonçalves de Freitas  
**Editor**  
Roger Goulart Mello  
**Diagramação**  
Roger Goulart Mello  
**Projeto Gráfico e Edição de Arte**  
Patrícia Gonçalves de Freitas  
**Revisão**  
Os Autores

## SAÚDE E APLICAÇÕES INTERDISCIPLINARES, VOL. 1

Todo o conteúdo dos capítulos, dados, informações e correções são de responsabilidade exclusiva dos autores. O download e compartilhamento da obra são permitidos desde que os créditos sejam devidamente atribuídos aos autores. É vedada a realização de alterações na obra, assim como sua utilização para fins comerciais.

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

### Conselho Editorial

Alessandra Dale Giacomini Terra – Universidade Federal Fluminense  
Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa  
Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia  
Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco  
Cristiana Barcelos da Silva – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro  
Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina  
Daniel Ordane da Costa Vale – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais  
Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes  
Dayanne Tomaz Casimiro da Silva - Universidade Federal de Pernambuco  
Diogo Luiz Lima Augusto – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro  
Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
Ernane Rosa Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás  
Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás  
Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Francisco Oricelio da Silva Brindeiro – Universidade Estadual do Ceará  
Glaucio Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense  
Helio Fernando Lobo Nogueira da Gama - Universidade Estadual De Santa Cruz  
Inaldo Kley do Nascimento Moraes – Universidade CEUMA  
João Paulo Hergesel - Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro  
Jordany Gomes da Silva – Universidade Federal de Pernambuco  
Jucilene Oliveira de Sousa – Universidade Estadual de Campinas



2021

Luana Lima Guimarães – Universidade Federal do Ceará  
Luma Mirely de Souza Brandão – Universidade Tiradentes  
Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo  
Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes  
Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará  
Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Rita Rodrigues de Souza - Universidade Estadual Paulista  
Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins

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

S255 Saúde e aplicações interdisciplinares [livro eletrônico]: volume 1 /  
Organizador Inaldo Kley do Nascimento Moraes. – Rio de  
Janeiro, RJ: e-Publicar, 2021.

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-89950-06-6

1. Saúde – Pesquisa – Brasil. I. Moraes, Inaldo Kley do  
Nascimento, 1978-.

CDD 613

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

**Editora e-Publicar**

Rio de Janeiro – RJ – Brasil  
contato@editorapublicar.com.br  
[www.editorapublicar.com.br](http://www.editorapublicar.com.br)



2021

## Apresentação

É com grande satisfação que a **Editora e-Publicar** vem apresentar a obra intitulada “**Saúde e aplicações interdisciplinares, Volume 1**”. Neste livro, engajados pesquisadores da área de saúde contribuíram com suas pesquisas. A obra é composta por 30 capítulos que abordam múltiplos temas.

Desejamos a todos uma excelente leitura!

**Editora e-Publicar**

Roger Goulart Mello

Patrícia Gonçalves de Freitas

# Sumário

CAPÍTULO 1 .....14

O CONTROLE DA MÍDIA SOBRE O CORPO: UMA VISÃO SOBRE A PRÁTICA ODONTOLÓGICA.....14

Alana Maria Gadelha de Medeiros  
Denner Aires Mendonça Fonseca  
Victória Escóssia Germano  
Ricardo Jorge Alves Figueiredo

CAPÍTULO 2 .....24

DECLÍNIO DO MECANISMO DE DEGLUTIÇÃO E SEU IMPACTO NA ALIMENTAÇÃO E NO ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS .....24

Amanda Morais de Farias  
Rikaelly Vital Costa  
Sandra Regina Baía Dantas

CAPÍTULO 3 .....36

CONTROLE DA ANSIEDADE EM PACIENTES CARDIOPATAS DURANTE O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO .....36

Beatriz Reis de Melo Veras

CAPÍTULO 4 .....45

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA .....45

Taiane Dias dos Santos  
Eliane Nascimento Ribeiro Milcent  
Carole Cavalcante da Conceição Aguiar  
Isis Nunes Veiga  
Eugênia da Silva Lima  
Rodrigo Silva Santos  
Silvia Cátia Rodrigues Gonçalves

CAPÍTULO 5 .....	57
ABORDAGEM DE NÚCLEO FAMILIAR NUMEROSO CONDUZIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO .....	57

Dianna Rodrigues Barboza  
Leonardo Soares Leles  
Barbara Quadros Tonelli  
Aline Soares Figueiredo Santos  
Sammantha Maryanne Soares Brito

CAPÍTULO 6 .....	68
PRESENÇA DE CÁLCULOS PULPARES E DOENÇAS SISTÊMICAS .....	68

Edith Umasi Ramos  
Vinícius Ferreira Bizelli  
Ana Paula Farnezi Bassi

CAPÍTULO 7 .....	78
ADESÃO DA MACONHA MEDICINAL NO TRATAMENTO DA EPILEPSIA: UMA REVISÃO BIBLIOMÉTRICA.....	78

Aline Leite Barros  
Damara Zayane Barros Freitas  
Suzana Régis Araújo  
Everson Vagner de Lucena Santos

CAPÍTULO 8 .....	91
IMPACTOS DA MUSICOTERAPIA NO BEM-ESTAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA .....	91

Isabella Leandra Silva Santos  
Thais Emanuele Galdino Pessoa  
Maria Thalita Cardoso Rezende  
Carlos Eduardo Pimentel

CAPÍTULO 9 .....	103
FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA O USO DE DROGAS: CONSIDERAÇÕES DA LITERATURA NACIONAL E INTERNACIONAL .....	103

Carlos Eduardo Pimentel  
Isabella Leandra Silva Santos  
Giovanna Barroca de Moura  
Daniele de Fátima de Paiva Abreu

CAPÍTULO 10 .....	113
POLÍTICAS DE SAÚDE: A UTILIZAÇÃO DA VARIÁVEL RAÇA/COR EM SAÚDE PÚBLICA: LIMITES E POSSIBILIDADES.....	113

DOI 10.47402/ed.ep.c202166410066

Jacelino Batista da Silva

CAPÍTULO 11 .....	121
AVALIAÇÃO DA INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E SUA ASSOCIAÇÃO COM A ADEQUAÇÃO NUTRICIONAL: PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES.....	121

João Henrique Sousa do Nascimento  
Angelo Gabriel Cunha da Silva  
Carlos André Martins da Silva  
Lorrana Oliveira dos Santos Moura  
Pedro Lucas da Silva Oliveira  
Cecília Teresa Muniz Pereira  
Dalva Muniz Pereira

CAPÍTULO 12 .....	131
USO DE ÁLCOOL POR ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS NAS ENTRELINHAS DA REVISÃO INTEGRATIVA.....	131

Rayrane Clarah Chaveiro Moraes  
Marília Dutra Teixeira  
Aline Alves Fernandes  
Juliana Cristina Martins Souza  
Ana Izabela Barbosa da Silva  
Luma Nunes Camilo  
Ana Luiza Rodrigues Lins  
João Vitor Andrade

CAPÍTULO 13 .....	145
A EVOLUÇÃO DA REABILITAÇÃO ORAL ATRAVÉS DA IMPLANTODONTIA ..	145

Diana Cândido de Lima Alves  
Juliana Campos Pinheiro  
Marvin Felipe Oliveira  
Jabes Gennedyr da Cruz Lima  
Cristianne Kalinne Santos Medeiros  
Joaquim Felipe Junior  
Luiz Gustavo Xavier Filho  
Rafaella Bastos Leite



CAPÍTULO 14.....	159
HARMONIZAÇÃO DO SORRISO GENGIVAL: UMA ABORDAGEM DOS ASPECTOS PERIODONTAIS .....	159

Juliana Campos Pinheiro  
Jabes Gennedyr da Cruz Lima  
Cristianne Kalinne Santos Medeiros  
Dennys Ramon de Melo Fernandes Almeida  
Danielle Machado Farias  
Gabriel Coutinho Gonçalves  
Rafaella Bastos Leite

CAPÍTULO 15.....	168
TERAPIA PERIODONTAL NÃO CIRÚRGICA: QUAL A SUA IMPORTÂNCIA? .....	168

Herrison Félix Valeriano da Silva  
Jabes Gennedyr da Cruz Lima  
Cristianne Kalinne Santos Medeiros  
Luiz Gustavo Xavier  
Fernando Matheus Santana Tunel  
Juliana Campos Pinheiro  
Rafaella Bastos Leite

CAPÍTULO 16.....	179
DESAFIO TERAPÊUTICO: HEMORRAGIA DIGESTIVA POR ANGIOECTASIA BULBAR EM PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO RECENTE ...	179

**DOI: 10.47402/ed.ep.c202146916066**

José Rafael Araújo e Costa  
Fernanda Ferradeira Latorre  
Matheus Santana Luz  
Radmila Alessandra de Souza Oliveira  
Raquel Ida Ferreira  
Marcus Vinícius de Paula da Silva

CAPÍTULO 17.....	189
CÂNCER DE CÓLON E RETO: RELAÇÃO ENTRE IMUNIDADE E MICROBIOTA INTESTINAL E O USO DE PROBIÓTICOS, PREBIÓTICOS E SIMBIÓTICOS .....	189

Beatriz Ursinos Catelan Schneider  
Katrine Consoli  
Renata Matuo

CAPÍTULO 18 .....	206
ANÁLISE SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA PELA PERSPECTIVA DE MICHEL FOUCAULT: UMA REVISÃO INTEGRATIVA .....	
	206
	Alana Maria Gadelha de Medeiros Denner Aires Mendonça Fonseca Rodrigo José Fernandes de Barros
CAPÍTULO 19 .....	214
O PAPEL DAS RELAÇÕES DE “PODER-SABER” NA CONSTRUÇÃO DE UMA VERDADE SOBRE O LOUCO.....	
	214
	Rafaela Cardoso da Silva Rodrigo José Fernandes de Barros
CAPÍTULO 20 .....	226
A MODELIZAÇÃO PLÁSTICA DO CORPO COMO DISPOSITIVO DE VIGILÂNCIA: UM DIÁLOGO NA PERSPECTIVA DE MICHEL FOUCAULT .....	
	226
	Trinnye Luizze Santos Marcela Carvalho Villela Lucas Miguel Fernandes de Holanda Mariano Ingrid Albuquerque Araujo Gomes Self Rodrigo José Fernandes de Barros
CAPÍTULO 21 .....	236
PARTO HUMANIZADO COM ÊNFASE EM ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA .....	
	236
	Jayana Sahyra Piauhy Magalhães Farias Cindy Lopes Oliveira Eva de Castro Britto Muniz Ferreira Gabriela Neves Correia Jeslane Alves Oliveira Mariane Cardoso Chaves Ruana Farias Novaes Sarah Luana Novais Oliveira
CAPÍTULO 22 .....	247
O DIAGNÓSTICO PRECOCE DO AUTISMO: CONTRIBUIÇÕES PARA O CONTEXTO FAMILIAR E SOCIAL.....	
	247
	Laura Cristina Oliveira Magalhães Socorro Taynara Araújo Carvalho Francisca Liciane Marques Ana Karine Sousa Cavalcante

CAPÍTULO 23 .....	256
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA .....	256

Solange Maria Araújo Lima  
Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues  
Juliane de Oliveira Costa Nobre  
Kilmara Melo de Oliveira Souza

CAPÍTULO 24 .....	271
PARA ALÉM DO ASPECTO MÉDICO-BIOLÓGICO: A DETERMINAÇÃO DOS ASPECTOS SÓCIOECONÔMICOS NO ATRASO DO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER PEDIÁTRICO .....	271

Thiago de Oliveira Machado

CAPÍTULO 25 .....	277
POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES ESCOLARES <sup>1</sup> .....	277

**DOI: 10.47402/ed.ep.c202146825066**

Geissiane Felizardo Vivian  
Lays Hevécia Silveira de Farias  
Ingrede Tatiane Serafim Santana  
Priscilla Daisy Cardoso Batista  
Anny Giselly Milhome da Costa Farre

CAPÍTULO 26 .....	291
O ENSINO DE LIBRAS NA GRADUAÇÃO COMO FORMA DE INCLUSÃO SOCIAL DA COMUNIDADE SURDA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	291

**DOI: 10.47402/ed.ep.c202142726066**

Gleice Moura Silva  
Iago Prina Rocha  
Tayná Freitas Maia  
Agnes Claudine Fontes de La Longuiniere  
Luis Gustavo Oliveira Farias  
Vanise dos Santos Ferreira  
Yohana Pereira Vieira  
Leandro Oliveira Lopes

CAPÍTULO 27 .....	301
REFLEXÕES SOBRE AS VULNERABILIDADES DAS MULHERES NEGRAS NO CICLO GRAVÍDICO .....	301

**DOI: 10.47402/ed.ep.c202142827066**

Paloma Dias Duarte  
Iago Prina Rocha  
Norma Lopes de Magalhães Velasco Bastos  
Stela Almeida Aragão  
Luis Gustavo Oliveira Farias  
Yohana Pereira Vieira  
Maíra Machado da Silva  
Mariana Gautério Tavares

CAPÍTULO 28 .....	312
ANÁLISE DOS ÓBITOS MATERNS NO MARANHÃO ENTRE OS ANOS DE 2014 E 2018.....	312

**DOI: 10.47402/ed.ep.c202143628066**

Danielle Leal Pereira  
Leticia Silva de Castro  
Paulo Eduardo Lobato Paiva  
Stelma Regina Sodré Pontes  
Inaldo kley do Nascimento Moraes

CAPÍTULO 29 .....	329
CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE CASOS NOTIFICADOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL ENTRE 2015-2019 EM MUNICIPIOS ENDEMICOS NO MARANHÃO ..	329

**DOI: 10.47402/ed.ep.c202143729066**

Clara Elisa Pereira Souza  
Noemea Claudia Oliveira Peixoto  
Thayane Cristyny Bordalo Alves  
Stelma Regina Sodré Pontes  
Inaldo Kley do Nascimento Moraes

CAPÍTULO 30 .....	341
INTERNAÇÃO POR ABORTO ESPONTÂNEO: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO MARANHÃO ENTRE 2015-2019.....	341

**DOI: 10.47402/ed.ep.c202143830066**

Bethânia Bandeira Cavalcane  
Dannúbia Raquel Silva Arouche  
Luciana Stefanny Vieira dos Reis  
Stelma Regina Sodré Pontes  
Inaldo klêy do Nascimento Moraes



# CAPÍTULO 1

## O CONTROLE DA MÍDIA SOBRE O CORPO: UMA VISÃO SOBRE A PRÁTICA ODONTOLÓGICA

Alana Maria Gadelha de Medeiros, discente de Odontologia, FACENE/RN  
Denner Aires Mendonça Fonseca, discente de Odontologia, FACENE/RN  
Victória Escóssia Germano, discente de Odontologia, FACENE/RN  
Ricardo Jorge Alves Figueiredo, Mestrando, UNIFOR e Professor de Dentística, FACENE/RN

### RESUMO

Michel Foucault destaca em sua obra que “o poder é um produtor de individualidade e que o indivíduo é uma produção do poder e do saber”, logo, a corporeidade de cada indivíduo, desde seus hábitos, instintos, impulsos até seus sentimentos e emoções, funcionam como um ponto fundamental, no qual atua uma série de lutas e de confrontos inerentes ao processo de produção de poder. Dessa maneira, o presente artigo busca compreender como essas relações interferem sobre o corpo dentro dos meios das práticas odontológicas, levando em consideração todos os aspectos da modernidade e compreendendo a mídia e o capital como importantes ditadores dos padrões sociais. Em vista disso e compreendendo o paciente como indivíduo que sofre diante da lógica mercantilista, faz-se necessário que o profissional tenha prudência e guie o paciente da melhor forma possível.

**PALAVRAS-CHAVE:** Corpo. Relação de Poder. Odontologia.

### INTRODUÇÃO

A pressão estética e os padrões relacionados à autoimagem estabelecidos de forma geral pela sociedade capitalista e pela mídia, são dois dos grandes contribuintes para o impulsionamento do mercado de procedimentos estéticos. Esse sistema capitalista ao ser responsável por ditar padrões sociais, utilizam disso para criar a ideia do perfeito, estabelecendo ideais de consumo, transformando o conceito do belo em algo comercial, procurado e lucrativo para a economia (LOURENÇO et al., 2014).

A crescente demanda por procedimentos estéticos configura-se como resultado da medicalização dos discursos e práticas sociais e da difusão da sedução e volatilidade, como princípios estruturadores da cultura de consumo. Além disso, a realização de intervenções estéticas também é vista como uma modalidade de consumo cultural que envolve uma dimensão simbólica e impalpável pela busca dos ideais de beleza, prestígio, aceitação social, bem-estar e elevação da autoestima (CASTRO, 2011).

A realização de procedimentos estéticos confirma a ideia de que produzir beleza não representa apenas uma imposição social infligida sobre o indivíduo, mas sim um objetivo que pode promover benefícios sociais significativos (SABINO, 2002). A produção estética corporal está associada a certas vantagens e recompensas decorrentes da ordem moral contemporânea, que considera o corpo como centro das realizações pessoais (FOUCAULT, 1999).

Conforme descrito por Michel Foucault, o corpo e o poder estão intimamente relacionados, de maneira que o corpo simboliza uma das formas de controle social, sendo assim, não é possível existir o “corpo natural”, espontâneo e livre, por ser sempre o resultado de investimentos de poder e de exposição de saberes. Essa forma de poder pode ser expressa de diferentes formatos, na sociedade contemporânea, ele é exercido de um modo mais diversificado, por passar a falsa ideia de liberdade e de autonomia (SOL, 2017).

Com isso, a relação de poder sobre os corpos atualmente pode ser percebida através do constante reforço da descrição da estética do belo sendo incessantemente exposta e internalizada pelas pessoas, ao traçar padrões cada vez mais inalcançáveis, podendo ser definido pela afirmativa de que “a busca da felicidade por meios voltados à adequação corporal baseia-se em uma dicotomia de exclusão e inclusão” (MISKOLCI, 2006).

Essa dependência das crescentes pressões estéticas e mercadológicas, quando exacerbados, se tornou um requisito opressivo para se conseguir um bom desempenho e aceitação em todos os âmbitos da sociedade. Como consequência, esse tipo de comportamento refletiu diretamente na Odontologia, uma vez que os pacientes começaram a buscar cada vez mais tratamentos que visassem um padrão de estética oral e facial, e sobretudo, os próprios profissionais da área podem estar sujeitos a ter sua visão profissional comprometida em razão de apelos da mídia e do mercado.

Diante do exposto, o artigo objetiva explicar sobre a relação de poder sobre os corpos de acordo com a visão Foucaultiana e como isso afeta a Odontologia através nos padrões estéticos impostos e vendidos atualmente.

## **CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

Para a revisão integrativa, foram pesquisados artigos científicos nas bases eletrônicas Scielo, PubMed e Google Acadêmico, durante o período de janeiro e fevereiro de 2021. A pesquisa foi direcionada a publicações sobre Michel Foucault e sua concepção sobre a relação entre corpo e poder, a relação da mídia e o modelo capitalista com a percepção estética e a influência que a hipervalorização estética ocasionou sobre a Odontologia.

No total foram encontrados 53 artigos sobre o tema, dos quais foram selecionados 18, publicados entre 1979 e 2017. Como critério de inclusão, foram adotadas publicações que abordaram temas como “corpo”, “poder”, “pressão estética”, “distúrbio de imagem”, “procedimentos estéticos na odontologia”. Dito isto, foram excluídos estudos não pertinentes à temática escolhida.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **MICHEL FOUCAULT E SEU CONCEITO DAS RELAÇÕES DE PODER SOBRE O CORPO**

Michel Foucault (1926-1984) foi um conhecido filósofo contemporâneo, graduado em história, filosofia e psicologia, e cujos estudos envolveram principalmente o biopoder e a sociedade disciplinar, analisando o discurso, o poder e a subjetivação. Dessa forma, ele acreditava ser possível a luta contra padrões de pensamentos e comportamentos, mas que era impossível se livrar das relações de poder (FERREIRINHA; RAITZ, 2010).

Através disso, Foucault passou a definir o poder como algo que: intervém materialmente, atingindo a realidade mais concreta dos indivíduos - o seu corpo - e que se situa ao nível do próprio corpo social, e não acima dele, penetrando na vida cotidiana e por isso podendo ser caracterizado como micropoder ou subpoder. (MACHADO, 1979).

Da maneira que é tratado o corpo dentro do conceito de poder, pode-se compreender que este é um volume concreto e não natural, sendo resultado sempre de investimentos de poder (PRADO; TRISOTTO, 2008). Sendo assim, a corporeidade de cada indivíduo, desde seus hábitos, instintos, impulsos até seus sentimentos e emoções, funcionam como um ponto fundamental, no qual atua uma série de lutas e de confrontos inerentes ao processo de produção de poder (SILVEIRA, 2009).

Segundo Foucault, com a noção de biopoder, as ciências biológicas, especialmente a medicina, vêm desempenhando uma função de controle social, atuando na promoção da docilização e disciplinamento do corpo e assumindo o papel anteriormente desempenhado pelo discurso moral (CASTRO, 2011).

De acordo com esse pensador, não há a possibilidade de se pensar o sujeito moderno como uma entidade que pré-existe ao mundo social. Em *Vigiar e Punir* (2000), é demonstrada a construção, fabricação e modelação que se efetiva sobre os corpos dóceis dos indivíduos, no meio social, como característica de uma modalidade de subjetivação, que perdurará até os nossos dias, com firmes propósitos de normalização e regularização da sociedade. Um corpo,



visto como um objeto de investimentos pela sociedade, é capaz de se modificar, modelar, se tornar hábil, treinar e obedecer, permanecendo subjugado no interior de poderes que o limita, proíbe ou sobre ele é favorecido uma série ampla de obrigações (SILVA, 2008).

Nesse contexto, o poder da mídia exerce uma função de dominação capaz de transformar corpos em objetos cujas características estéticas devem revelar o máximo de controle e perfeição. A mídia, por estar associada à necessidade de mostrar e de tornar visível o corpo, desempenha o papel de reproduzir certos tipos corporais enquanto modelos de autossatisfação e sucesso. Dessa forma, além de estimular a busca por alternativas de construção corporal, o culto ao corpo fomentado pela mídia, transforma a beleza num objeto de consumo e fonte de obsessão ligada ao sucesso e distinção social (TEIXEIRA, 2014).

A distinção social, como posição transitória e vantajosa que permite aos sujeitos exercer uma influência mais significativa sobre a conduta dos outros, pode ser obtida a partir da produção da beleza manifestada através da padronização do corpo, do poder da sedução, da competição e da admiração. A existência de uma “hierarquia” da aparência denota a concepção foucaultiana de estados de dominação, onde a beleza corporal permite o indivíduo assumir uma posição favorável nos jogos de poder contemporâneos (FOUCAULT, 2006).

### **MICHEL FOUCAULT E AS RELAÇÕES ENTRE MÍDIA E PRESSÃO ESTÉTICA**

É notório que cada momento histórico possui sua própria estética e que os padrões são intensamente modificados ao decorrer dos anos. Não só isso, como também a produção dessas modificações também é alterada, mudando as condições de desenvolvimento dessas percepções estéticas.

Foucault concluiu que a articulação do corpo com a história deve mostrar o corpo marcado de história e a história deteriorando o corpo. Sendo assim, há as diferenciações de padrões advindos da localização do indivíduo, pois cada sociedade possui uma espécie de “cultura de si”, em que há estéticas e éticas próprias e difundidas entre aqueles que a compõem. Mas, a partir do final do século XX, com a intensificação tecnológica muitos conceitos culturais que antes eram difundidos dentro de micro sociedades, tornaram-se influências globais, interseccionando com outras culturas nativas, em que, muitas vezes, prevalece a cultura economicamente mais forte, principalmente tratando-se de um sistema capitalista (FOUCAULT, 1999).

As relações do sujeito com o próprio corpo, para Foucault, são de ordem ética e, conseqüentemente, extremamente individualistas. Essa individualidade foi exacerbada no

Ocidente, a partir do final do século XX, em direção a um certo narcisismo. A divulgação do corpo como objeto de aprimoramento em um discurso de ideal estético sustentado em um pretexto argumentativo de qualidade de vida e saúde é frequente, conseguindo atingir e assustar qualquer indivíduo a ele exposto (FOUCAULT, 1999).

O argumento é forte, pois há uma grande parcela dos profissionais da saúde como médicos, nutricionistas, educadores físicos e cirurgiões-dentistas, que se envolvem e apoiam esse discurso, colocando o indivíduo como o único culpado de qualquer problema, seja estético ou de saúde por ele desenvolvido no decorrer dos seus anos de vida. Envelhecer, engordar ou adoecer tornaram-se displicência em uma medicina sintetizada à economia capitalista.

Os exercícios de poder para Foucault, em uma sociedade moderna como a nossa, acontecem em um campo de produção de verdades em que discursos se dão em rede de poderes, concluindo que seríamos forçados a produzir a verdade pelo poder. Isso é facilmente visualizado quando pensamos o quanto uma rede pode torna-se orgânica e intimista se alimentada e exposta frequentemente por estímulos de um mesmo tipo (FOUCAULT, 1999).

A mídia que, duas décadas atrás, possuía grandes, embora recursos limitados, para exposição e imposição de suas verdades, hoje não só evoluiu para uma exposição ilimitada como também utiliza seus próprios usuários para refinar sua rede através de informações privadas, muitas vezes, inocentemente concedidas. Um verdadeiro guia logarítmico em como atingir não só um país, região ou mesmo um grupo específico, mas recortes extremamente personalizados para atingir cada pessoa individualmente (FOUCAULT, 1999).

A difusão de mensagens específicas ficou ainda mais facilitada, o público-alvo mais sensível ou até interessado no conteúdo dessas mensagens vai encontrá-lo frequentemente e o público menos interessado também, porém em níveis diferentes. Essa certa onisciência dos logaritmos midiáticos resulta em uma mercantilização de possibilidades infinitamente expansivas e bem sucedidas. E como já sabido por Foucault, o controle social inicia no corpo, com o corpo, sendo no corporal que antes de tudo, investiu a sociedade capitalista (FOUCAULT, 1999).

Posto isto, naturalmente o corpo em nossa sociedade moderna tornou-se não só uma mercadoria como o principal consumidor. Os conceitos de magreza, firmeza, força e vigor são todos associados, exemplificados, integrados e explorados no aspecto da juventude e é nela que encontramos a grande maioria dos produtos divulgados amplamente pela mídia (MISKOLCI, 2006).

As marcas de envelhecimento tornaram-se objeto de uma batalha incessante a favor dos famosos procedimentos estéticos. Cirurgias de lipoaspiração, drenagem linfática, rinoplastia, próteses de silicone, aplicação de botox e preenchimentos faciais e corporais são apenas uma pequena parcela das possibilidades médicas recomendadas amplamente por alguns profissionais de saúde, ilustradas assiduamente pelas mais diversas celebridades, tidas como ícones incontestáveis de sucesso, beleza e boa forma (SOL, 2017).

Além de exaustivamente propagandeado pelos mais diversos tipos de mídia, executando uma das maiores produções de verdades sobre o corpo, este deve ser magro, definido, com um rosto cirurgicamente simétrico, dentes perfeitamente grandes e brancos, lábios volumosos, mandíbula demarcada e pele ausente em rugas. Deve ser tão perfeito e exaustivamente padronizado dentro da estética propagandeada que, muitas vezes, inviabiliza o seu próprio argumento pautado em um discurso biológico de saúde e bem-estar (SOL, 2017).

## **A ODONTOLOGIA FRENTE AO DILEMA DA MANUTENÇÃO DE UM PADRÃO ESTÉTICO**

A relação das áreas da saúde com o corpo, mesmo dentro da fase da modernidade, apresenta diferentes abordagens e formas de se relacionar. Sendo possível observar a partir da ênfase nas práticas clínicas sobre as apreensões dietéticas e estéticas, que se acentuou desde o final do século XX, trazendo uma preocupação em torno da regulação dietética do corpo, buscando mais saúde, ao mesmo passo que busca trazer mais beleza (PRADO; TRISOTTO, 2008).

Com isso, a modernidade é vista para Foucault como um tempo histórico no qual predomina o exercício de um biopoder através de diversas práticas “positivas”, nas quais incidem sobre a vida e toma os corpos dos indivíduos como objetos, para que possam investir e produzir sobre eles, conforme uma ordem moral, social, política, produtiva e normativa capitalista-burguesa (FOUCAULT, 1988).

Diante disso, no campo da saúde, valores acerca da estética do corpo estão cada vez mais presentes e influenciando a construção da identidade do próprio indivíduo e a maneira como ele se vê, além de afetar a percepção sobre o que ele entende como saúde. Nos últimos anos, na Odontologia, a busca dos pacientes por uma excelência estética vem aumentando consideravelmente, fazendo com que os profissionais sintam a necessidade de buscar aperfeiçoamento nessas áreas (SILVA, 2015).

Essa crescente busca é constantemente fomentada pela propulsão do consumo pela imagem que é amplamente divulgada e imposta pelo apelo midiático, no qual são vendidos modelos ideais de sorriso, como dentes extremamente brancos e perfeitos, muitas vezes sem se atentar para as peculiaridades de sorriso, gosto ou face dos pacientes. Além disso, amplia a valorização da estética e não necessariamente se alinha ao cuidado e a manutenção da saúde bucal (MAIO, 2007).

Entretanto, é importante compreender que a saúde bucal hoje em dia passou por uma reforma de conceito, na qual ela é entendida como multifacetada e inclui a capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e transmitir uma gama de emoções por meio de expressões faciais, sem apresentar dor ou qualquer desconforto (GLICK et al., 2016). Logo, é possível notar que a necessidade de tratamento odontológico pode vir de diversas causas, mas é fundamental compreender, que mesmo dentro desta ampla abrangência, existem procedimentos que podem ser considerados apenas como “realizador de desejo”, que podem ser reconhecidos biológica e financeiramente como desnecessário (AGHABARARY; NAYERI, 2016).

Em razão disso, torna-se imprescindível que as intervenções clínicas sejam baseadas em razões clínicas, científicas e morais (BRYANT; MACENTEE; BROWNE, 1995). Assim, pode ser utilizado como exemplo a estrutura de “moralidade comum” de Beauchamp e Childress, que dita que os princípios para julgar um tratamento devem ser pautados na autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013; GILLON, 2015), no qual, a autonomia pessoal pode ser violada desde que os desejos dos pacientes sejam resultados de pressão social ou interesses comerciais (CEG, 2015).

Diante de uma situação em que os cuidados com o que é considerado saudável sofrem influência direta desses parâmetros, é válido compreender que a reabilitação estética é um dos pontos a serem levados em consideração durante a elaboração de um plano de tratamento, entretanto este não poderá ser o único nem o principal foco (MAIO, 2007).

Dito isto, é importante observar que o apelo do marketing pautado na estética pode fazer com que muitos profissionais adotem decisões baseadas intrinsecamente na pressão do mercado, sendo possível fazer com que isso gere uma indução para que o paciente se submeta a um tratamento de necessidades que ele jamais havia sentido, seja em relação ao seu sorriso quanto em relação a sua face. Portanto, torna-se necessário explicar todas as possibilidades de tratamento, incluindo possíveis melhoras estéticas, mas sem nunca deixar de se atentar ao uso

do bom senso e sem realizar imposições, para que desta maneira, seja possível compreender que os pacientes pensam de forma diversificada, individual e subjetiva (MACHADO et al., 2014).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade moderna atual está cada vez mais globalizada, conectada e, conseqüentemente, estimulada. Esses estímulos de natureza capitalista atingem cada vez mais o indivíduo e, especificamente, o seu corpo, fazendo de mecanismos médicos para aperfeiçoamento físico uma realidade defendida e exposta amplamente pela mídia e até mesmo por profissionais da área, sobre o pretexto de saúde e bem-estar.

Por conseguinte, a compreensão do paciente como indivíduo sofre diante da lógica mercantilista, podendo resultar em práticas médicas equivocadas ou exacerbadas, prejudicando desde a saúde física até a saúde mental do paciente. Cria-se então maiores necessidades de profissionais que utilizem de seus conhecimentos para guiar o paciente por meio de tantos procedimentos estéticos e diante de tantas imposições criadas pela sociedade, desenvolvendo planos de tratamento coerentes, verdadeiramente saudáveis, harmônicos e que propiciem a manutenção da autoestima.

## REFERÊNCIAS

AGHABARARY, Maryam; NAYERI, Nahid Dehghan. Medical futility and its challenges: a review study. **Journal of medical ethics and history of medicine**, v. 9, 2016.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. Principles of Biomedical Ethics. 7. Aufl **New York**. 2013.

BRYANT, S. Ross; MACENTEE, Michael I.; BROWNE, Alister. Ethical issues encountered by dentists in the care of institutionalized elders. **Special Care in Dentistry**, v. 15, n. 2, p. 79-82, 1995.

CASTRO, Ana Lúcia de. Saúde e estética: a medicalização da beleza. **RECHS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 14-23, dez. 2011.

CEG (Netherlands Centre for Ethics and Health). Wensgeneeskunde, Signalering ethiek en gezondheid, Den Haag, 2015.

FERREIRINHA, Isabella Maria Nunes; RAITZ, Tânia Regina. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Revista de Administração Pública**. v. 44, n. 2, p. 367-383, 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. Vol. 1: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Tradução Raquel Ramallete. 23. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos: Ética, Sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2006.

GILLON, Raanan. Defending the four principles approach as a good basis for good medical practice and therefore for good medical ethics. **Journal of medical ethics**, v. 41, n. 1, p. 111-116, 2015.

GLICK, Michael et al. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. **British dental journal**, v. 221, n. 12, p. 792-793, 2016.

LOURENÇO, Ana Carolina Silva; ARTEMENKO, Natália Pereira; BRAGAGLIA, Ana Paula. A “objetificação” feminina na publicidade: uma discussão sob a ótica dos estereótipos. In: **XIX Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste; Vila Velha, ES**. p. 1-15, 2014

MACHADO, Marcelo Afonso et al. Procedimentos estéticos em Odontologia: orientações para uma prática clínica segura. **Rev Dent Press Estét.** 2014;11(2):90.

MAIO, Giovanni. Medizin auf Wunsch?. **DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift**, v. 132, n. 43, p. 2278-2281, 2007.

MISKOLCI, Richard. Corpos elétricos: do assujeitamento à estética da existência. **Rev. Estud. Fem. Florianópolis**, v. 14, n. 3, p. 681-693, 2006

FILHO, Kleber Prado; TRISOTTO, Sabrina. O corpo problematizado de uma perspectiva histórico-política. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 1, p. 115-121, 2008.

SABINO, Cézar. **Anabolizantes: drogas de Apolo**. In: GOLDENBERG, M. Nu e vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 139 – 188.

SILVA, Weider. et al. Restabelecimento estético e funcional multidisciplinar. **Fulldent**, v.6, n.23, Brasília, jul. 2015. p.210-219.

SILVA, Marcos Vinícius Paim da. Controle e normalização: Michel Foucault e a relação entre corpo e poder. **Rev. Teor. Pol. Soc. Cidad. Salvador**, v. 3, p. 87-98, jan./dez. 2008.

SILVEIRA, Fern Almeida. Corpos Sonhados-Vividos: a dimensão onírica do poder em Michel Foucault e sua relação com a psicologia. **Psicologia USP**, v. 20, n. 1, p. 31-46, 2009.

SOL, Ana Figueiredo. Corpo, poder e saúde: notas sobre o contributo de Michel Foucault para uma visão das práticas de Saúde Pública. **Texto apresentado no I Webcongresso de Direito Sanitário, organizado pela Fundação Oswaldo Cruz, Brasília. O texto será publicado no mês de Dezembro de 2017 numa edição dos Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário (ISSN 2358-1824).**, 2017.

TEIXEIRA, Fábio Luís Santos; FREITAS Clara Maria Silvestre Monteiro de; CAMINHA, Iraquitã de Oliveira. A beleza feminina como poder: desvendando outros sentidos para a

construção estética de si. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte. Florianópolis**, v. 36, n. 2, p. 485-500, abr./jun. 2014.

# CAPÍTULO 2

## DECLÍNIO DO MECANISMO DE DEGLUTIÇÃO E SEU IMPACTO NA ALIMENTAÇÃO E NO ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS

Amanda Morais de Farias, Nutricionista, FMN  
Rikaelly Vital Costa, Graduanda do Curso de Nutrição, FMN  
Sandra Regina Baía Dantas, Mestre em Engenharia de Recursos Naturais, UFCG

### RESUMO

Diversas mudanças e alterações fisiológicas e psicológicas são sinalizadas no processo de envelhecimento do indivíduo. Frente a essas determinadas transformações ocorridas, ao decorrer dos anos pode-se observar frequentes distúrbios que modificam a qualidade da saúde por meio da alimentação e nutrição do idoso, caracterizando-se por complexidades que se relacionam pela desorganização da passagem do bolo alimentar da cavidade oral até a condução ao estômago, propiciando de forma involuntária o emagrecimento do idoso e o desenvolvimento da desnutrição. O estudo caracteriza-se como revisão sistemática de literatura, elaborado sobre a coleta de artigos destacados nos idiomas de inglês e português, remetidos a datas de publicações definidas entre os dez últimos anos, com exceção a duas citações diretas adicionadas para aprimorar o conteúdo apresentado. As bases eletrônicas utilizadas foram ScieLo, Lilacs, PubMed e Google acadêmico. Conclui-se que o declínio da funcionalidade do mecanismo de deglutição cessa de maneira ampla a constituição dos hábitos alimentares desses indivíduos, demonstrando a necessidade de um acompanhamento nutricional adequado com a finalidade de evitar complicações e maiores impactos na saúde do idoso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Envelhecimento, Estilo de vida, Saúde.

### INTRODUÇÃO

Define-se o envelhecimento como um processo natural e irreversível a todo e qualquer indivíduo humano. Mediante esse aspecto, Birren & Schroots (1996 p. 3), abordam que o envelhecimento pode ser compreendido a partir de três subdivisões, sendo, respectivamente: “envelhecimento primário, envelhecimento secundário e envelhecimento terciário”.

Sobre esse conceito, Fachine & Trompieri (2012) descreve as três fases do envelhecimento sobre algumas características distintas, sendo o envelhecimento primário delimitado como o processo que se desenvolve através da evolução dos anos e acomete o organismo de forma natural, sem vínculo aos aspectos externos como alimentação e exercícios, enquanto que o envelhecimento secundário se propicia sobre a interligação externa, delimitado pela ocorrência de fatores patológicos. Por fim, o envelhecimento terciário é elencado sobre a ocorrência do diminuído funcionamento de alguns mecanismos físicos e cognitivos.



O processo de envelhecimento no Brasil vem destacando alto crescimento nos últimos séculos, acometendo grande parte da população de forma acelerada. De acordo com dados estatísticos do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, análises apontam que a população idosa no país define valores acima de 29 milhões de indivíduos, seguindo a estimativa de crescimento para até 73 milhões de indivíduos idosos até o ano de 2060, o que ultrapassa em grande escala as porcentagens de indivíduos de faixa etária infantil, jovens e adultos jovens, propagando a visão do Brasil como um país considerado acima da terceira idade (IBGE, 2018).

Dado o exposto, diversas mudanças e alterações marcam o desenvolvimento do indivíduo para o envelhecer, variando de alterações fisiológicas e psicológicas. Apesar do envelhecimento ser algo natural, observa-se a influência de alguns fatores que determinam aspectos benéficos ou maléficos em suas alterações, sendo os fatores econômicos, culturais, étnicos-raciais, sociais e comportamentais observados em larga escala como fatores que apresentam relevante interferência nesse processo de desenvolvimento humano (GEIB, 2012).

Frente a essas determinadas transformações ocorridas, pode-se observar as alterações fisiológicas e funcionais como ocorrências que abordam a necessidade de uma atenção qualificada e um maior cuidado voltado para a saúde dos idosos, visto que indiscutivelmente quando essas funcionalidades apresentam-se sobre vastos agravos, associam-se diretamente na diminuição de fatores importantes para qualidade de vida do idoso, causando alterações como: dificuldades de locomoção, problemas respiratórios e bucais nos quais alteram a fala e as funções mastigatórias, que entre outros aspectos impedem o positivo e correto processo de envelhecimento ativo e saudável (OLIVEIRA et al., 2014).

Acrescentando-se ao que se elenca, ao decorrer dos anos frequentes distúrbios modificam a qualidade da saúde por meio da alimentação e nutrição do idoso, estando estes distúrbios relacionados aos problemas mastigatórios e primordialmente aos problemas de aspectos deglutórios (BORREGO et al., 2012). Dessa forma, caracteriza-se a deglutição como a interligação de mecanismos que funcionam de maneira motora, na qual objetiva a passagem dos alimentos que sofreram o processo mastigatório da cavidade oral para o estômago (CICHERO et al., 2013).

Distúrbios frequentes que modificam e impedem o processo de deglutição recebem a definição de disfagia crônica, na qual se caracteriza por ocasionar distintas complicações prejudiciais à saúde do idoso, visto que a desnutrição torna-se sendo apontada como a

consequência principal ocasionada por essa dificuldade funcional, possibilitando o surgimento de algumas carências, bem como: no grupo das vitaminas, minerais, proteínas e entre outros componentes que quando em falta provocam prejuízos nutricionais no indivíduo (MAHAM; ESCOTT-STUMP, 2013).

Diante disso, essa pesquisa foi desenvolvida com o intuito de analisar o processo de deglutição sobre agravos e seu impacto na alimentação e estado nutricional de idosos, possibilitando a observação dos fatores relacionados à importância do consumo alimentar adequado na qualidade de vida dessa população.

## **METODOLOGIA**

Foi realizada uma revisão sistemática de literatura, na qual foi efetuada sobre a busca e levantamento de artigos e publicações científicas vinculadas à temática “Declínio do mecanismo de deglutição e seu impacto na alimentação e estado nutricional de idosos”. Dessa forma, o método de literatura revisão sistêmica adotada para a realização do estudo, destaca-se por buscar e recuperar resultados e conceitos distribuídos em diversas áreas nas quais se articulam sobre aspecto ético e coerente ao que se é proposto no objetivo do estudo.

Para classificar e aprimorar a busca de dados utilizou-se palavras chaves específicas, tais como: Envelhecimento, Alimentação, Estado nutricional e fatores associados, sobre as bases de dados eletrônicas ScieLo, Lilacs, PubMed e Google acadêmico como referência nacional. Os artigos e estudos encontrados foram remetidos a datas de publicações definidas entre os dez últimos anos, sendo respectivamente coletados de 2010 a 2020, com exceção a duas citações diretas adicionadas para aprimorar o conteúdo apresentado. Em conformidade, todas as evidências encontradas estiveram sobre observação e análise para classificar de forma coesa todos os critérios inclusivos e exclusivos que delimitassem as pesquisas mais indicadas para contemplar o estudo.

Os critérios inclusivos determinaram-se por meio de variados pontos, sendo: artigos encontrados de forma eletrônica e gratuita apresentando versões nos idiomas em inglês, e português; artigos contendo partes completas e devidamente referenciadas apresentando algum tipo de interligação com a temática do estudo e conteúdo a ser abordado. Em contrapartida, os critérios exclusivos se concretizaram e delimitaram como: artigos que apresentassem apenas capítulos, sem definir resultados finais; artigos sobre amostras definidas por indivíduos com idade menor que 60 anos, não contemplando a faixa etária da terceira idade definida pela

Organização Mundial da Saúde; artigos fora das datas limites padrões definidas 2010 á 2020, que não abordassem relação com o estudo, bem como sem citações e referências mencionadas.

Mediante todas as bases eletrônicas utilizadas e critérios propostos, analisou-se 38 artigos nos quais apenas 24 foram possíveis de atender aos critérios de inclusão definidos pelos devidos responsáveis, descartando assim 14 dos artigos observados. Assim sendo, após a seleção das amostras, realizou-se de forma mais aprofundada a leitura, sistematizando todos os resultados, informações e conceitos descritos para embasar e concluir a finalidade geral do tema estudado.

Sobretudo, elenca-se com relevância que todos os direitos autorais foram respeitados no estudo, sejam conceitos, definições, dados estatísticos e qualquer outro aspecto abordado seguiu-se devidamente sobre citação e referência de acordo com as normas 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

### **Aspectos gerais do envelhecimento e suas alterações fisiológicas/deglutórias:**

O processo do envelhecimento ou mudança progressiva para a terceira idade é destacado como um acontecimento incontrolável e natural, definindo como características determinadas diminuições das funcionalidades corpóreas, que quando predominadas em condições normais sem interferência de vínculos externos, não possibilita provocar qualquer problema ao indivíduo. Em contrapartida a esse contexto, quando esse processo se desenvolve adjunto de sobrecargas determinadas por agravos, por exemplo, de variadas doenças transmissíveis ou não transmissíveis, a probabilidade do acarretamento de um estresse patológico crônico aumenta (BRASIL, 2010).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003) o envelhecimento pode ser abordado como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

De acordo com Furkim et al (2010) o envelhecimento define de maneira natural alterações fisiológicas que entre diversos aspectos dificultam algumas funções corporais importantes na qualidade de vida do idoso, entre estas alterações observa-se as modificações na funções deglutórias do indivíduo, como exemplo da mastigação lenta, pouca produtividade de saliva, tosse, funcionalidade das estruturas piriformes sobre declínio, trânsito oral reduzido e

entre outras consequências adjacentes apresentadas sobre impacto no processo de senescência desse público.

Mediante o que se aborda, ressalta-se a importância de observar sobre prioridade as considerações e análises contínuas de todas as alterações que ocorrem no desenvolver da pessoa idosa, visto que muitos dos fatores ocorridos similares aos considerados naturais e normais devem ser abordados e investigados, bem como: as constantes dificuldades ou impossibilidades que causam frequentes danos na ingestão correta e satisfatória dos alimentos por esses indivíduos, sendo que essas condições atentam-se a receber sobre diagnóstico, denominações e cuidados definidos, podendo ser caracterizados como fatores fora das mudanças do indivíduo consideradas normais (SILVA et al., 2019).

### **IMPACTO DA BAIXA FUNCIONALIDADE DEGLUTÓRIA NO ESTADO NUTRICIONAL DO IDOSO:**

As complexidades que se relacionam pela desorganização da passagem do bolo alimentar da cavidade oral até a condução ao estômago propiciam de forma involuntária o emagrecimento do idoso, podendo possibilitar com que o mesmo desenvolva um quadro de desnutrição e desidratação que irá variar conforme seu nível de agravo, podendo ser responsável por propagar índices de até 50% de mortalidade em toda a população, e em maiores índices na pessoa acima dos 60 anos de idade que apresente patologias interligadas a essas causas (GONÇALVES et al., 2013).

Conforme Santos (2018), o estado nutricional pode ser definido como o resultado da utilização de compostos que são extraídos de modo absorvivo através dos alimentos ingeridos, essa capacidade natural do organismo é descrita pelo fornecimento de nutrientes indispensáveis para manter e equilibrar as necessidades metabólicas apresentadas pelo corpo, desempenhando diversos papéis que irão beneficiar a saúde do idoso, podendo particularmente até mesmo aumentar seu tempo de sobrevivência.

Justo a esse conceito, a presença de limitações que compliquem as adequadas funcionalidades da deglutição afetará o idoso de maneira que este poderá desenvolver o hábito de comer e ingerir quantidades menores de alimentos, visto que a adoção e preferência por grupos alimentares que garantam facilidade para serem engolidos, como exemplo dos produtos ricos em gorduras e açúcares acabam tornando-se um dos hábitos adotados por essas pessoas, enquanto que os alimentos que pode propiciar alto beneficiamento, como os vegetais e as frutas

acabam sendo desprezados, o que impacta negativamente em seu estado nutricional (NISHIDA, 2018).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Destaca-se a ampla variação dos locais de realização, análise e publicação das pesquisas realizadas, diferenciando-se ainda sobre seus anos e tipos metodológicos, sem exceder principalmente as principais áreas de conhecimentos determinadas, cujas se observaram entre a nutrição, enfermagem e fonoaudiologia. Para delimitar a extração das informações das pesquisas analisadas, utilizou-se a seguinte tabela anexada como um instrumento validado para a distribuição dos principais resultados encontrados, na qual se apresenta itens específicos, tais como: o título, os autores e ano de publicação e indiscutivelmente os resultados apresentados e obtidos, conforme segue a tabela 1.

**Tabela 1** – Tabela sistemática de apresentação e síntese dos resultados incluídos na revisão.

TÍTULO	AUTOR	ANO	RESULTADOS
Influência das alterações de deglutição no estado Nutricional de indivíduos idosos em um abrigo de Salvador – Bahia.	Denise Terezinha Santana Santos.	2018	Detectou-se a seleção de 20 idosos do abrigo de longa permanência da cidade de Salvador-Bahia, porém apenas 14 obtiveram capacidade cognitiva de compor a pesquisa, sendo 64,2% do sexo masculino e 35,7% do sexo feminino. Resultou-se na população estudada que maioria dos indivíduos determinou-se sobre alterações deglutorias nas quais evidenciam a probabilidade de afetar seu estado nutricional, propagando sua perda de peso. Da mesma forma, a pesquisa destacou sobre essa complicação o risco do aumento da vulnerabilidade, necessitando o melhor acompanhamento e percepção da equipe responsável por estes idosos.
Associação entre distúrbios de deglutição e estado nutricional em idosos da comunidade.	Aline Elias do Nascimento Nishida.	2018	Compuseram-se no estudo idosos de ambos os sexos sendo 28,9% Masculinos (48) e 71,1% Femininos (118), destacando-se as faixas etárias entre 80 a 98 anos. Resultou-se a significativa verificação das queixas mais frequentes apresentadas nos idosos, variando de boca seca, alimento parado e consequentemente perda de apetite. Do mesmo modo, apontou-se a prevalência da modificação do estado nutricional, seguido de baixo peso entre os idosos que se situavam entre esses problemas de deglutição.

<p>Disfagia e sua relação com o estado nutricional e ingestão calórico-proteica em idosos.</p>	<p>Laura Mata de Lima Silva<sup>1</sup> et al.</p>	<p>2019</p>	<p>A pesquisa constituiu-se sobre a avaliação de 12 idosos predominando-se a maioria 75% do sexo feminino e com idade média de 70 a 72 anos, o estudo destaca a que a avaliação se tornou realizada em até 48 horas dos profissionais fonoaudiólogos. Aborda-se que todos as coletas se apresentaram sobre disfagia orofaríngea, sem determinação específica quanto ao seu grau, considerando-se um alto impacto no estado nutricional sobre ainda vasta prevalência do risco de desnutrição.</p>
<p>Consumo alimentar, estilo de vida e sua influência no processo de envelhecimento.</p>	<p>Isabel Oliveira Aires<sup>1</sup> et al.</p>	<p>2019</p>	<p>A pesquisa abordou-se do tipo revisão integrativa de literatura na qual elencou a seleção de 15 artigos determinados sobre a participação de idosos com a faixa etária a partir dos 60 anos de idade. Apenas uma das pesquisas qualificadas abordou seus dados sobre indivíduos de 80 anos de idade acima. Classificou-se sobre investigação a importância de um padrão alimentar frequente e estilo de vida saudável como determinantes positivos na qualidade da saúde e estado nutricional.</p>
<p>Estudo da associação entre doenças crônicas naturais do envelhecimento e alterações da deglutição referidas por idosos da comunidade.</p>	<p>Lucia Figueiredo Mourão<sup>1</sup> et al.</p>	<p>2015</p>	<p>Envolveram-se no estudo 507 idosos com idades entre 65 e 90 anos, predominando-se em maior escala a participação de mulheres (69,2%, 351 idosos). Evidenciou-se que 40% dos participantes apresentavam-se com uma ou duas DCNT, enquanto que as alterações de deglutição abordaram-se em 182 dos participantes estudados, indicando sintomas de engasgo sobre a ingestão de comidas e líquidos (14,4%, 73 participantes) e dor ao engolir (5,3%, 27 participantes) idosos, além de outros fatores que se associaram direto ou indiretamente com as DCNT.</p>
<p>Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados.</p>	<p>Bruna Silveira de Oliveira<sup>1</sup> et al.</p>	<p>2014</p>	<p>Verificou-se a participação de 30 idosos, definidos entre 65 a 93 anos, com média de idade de 82,4 anos e de ambos os sexos, sendo 27 (90%) do gênero feminino e três (10%) do masculino. Mediante a coleta dos dados, pode-se determinar na pesquisa que aproximadamente um terço da amostra não abordaram engasgo e tosse frequente. Entretanto, observou-se como justificativa da análise ter sido realizada apenas sobre uma breve observação das refeições realizadas pelos idosos, o que limita resultar a presença do estado de deglutição alterado, configurando esse fator como limitação no estudo.</p>

<p>A necessidade de terminologia e definições internacionais para alimentos com textura modificada e líquidos espessados usados no tratamento da disfagia: fundamentos de uma iniciativa global.</p>	<p>Julie A. Y. Cichero<sup>1</sup> et al.</p>	<p>2013</p>	<p>Constatou-se na pesquisa os benefícios das texturas modificadas dos alimentos e líquidos para o beneficiamento da população e idosos vulneráveis pelo acometimento da diminuição dos problemas deglutórios e dos distúrbios já concretos da disfagia.</p>
<p>Causas da má nutrição, sarcopenia e fragilidade em idosos.</p>	<p>Carolina de Campos Horvat Borrego<sup>1</sup> et al.</p>	<p>2012</p>	<p>O estudo baseou-se sobre a revisão de nove artigos, sendo ambos dos tipos de revisões, exploratórios, qualitativos e observacionais analíticos. Ressaltou-se de acordo com a investigação dos resultados abordados a necessidade da correta modificação das preparações e suas texturas com o intuito de contribuir para o cessamento da desnutrição em idosos sobre consequência dos distúrbios de deglutição. Determinou-se ainda, o risco de mortalidade advinda do baixo peso ponderal dos idosos que pode ser advinda desse fator.</p>

Fonte: (FARIAS, COSTA, BAIA 2020).

Torna-se possível observar que a redução da capacidade de ingestão dos alimentos decorrente da modificação da deglutição associa-se a depleção do estado nutricional, determinando o declínio acelerado nos índices de massa corporal do indivíduo idoso, abordando como consequência a redução da imunidade e aumento da vulnerabilidade para o desencadeamento de doenças, da mesma forma que possibilita o maior risco a infecções e outras ocorrências que irão apresentar-se sobre a necessidade de acompanhamentos profissionais adequados (DUARTE et al., 2016).

Sobre o que se elenca, a restrição de alguns alimentos apresentados em sua forma natural como os cereais, sementes, vegetais e os fibrosos em geral, apesar de agir de forma indispensável na prevenção de alguma ocorrência negativa no idoso como exemplo de engasgo e consequentemente a falta de ar, necessitam serem inclusos na dieta sobre modificação de sua estrutura para a adequação de uma alimentação balanceada contendo fontes de alimentos saudáveis que façam parte desses grupos e estejam a possibilitar ampla segurança e maior auxílio no aumento da nutrição do idoso que se apresenta sobre essas disfunções (AIRES, 2019).

Diante das queixas recorrentes sofridas em conjunto dos distúrbios de deglutição, sendo em sua grande maioria relatadas como: alimento parado, dificuldades de engolir, engasgos,

sensação de boca seca, diminuição de o consumo alimentar e perda do apetite, constata-se a importância da investigação aprimorada e individual no idoso, relacionando minuciosamente a associação dessas queixas aos fatores diretos e indiretos, subsidiando de maneira completa a adoção de cuidados efetivos e realizados ainda precocemente, a fim de concretizar o autocuidado sem exceder-se aos erros que definem qualquer distúrbio alimentar no idoso como algo normal e característico da terceira idade, no qual não necessita de uma investigação detalhada (MOURÃO et al., 2015).

Assim sendo, de acordo com as mudanças ocorridas sobre o mecanismo de deglutição no desenvolvimento do idoso, define-se a influência de indivíduos qualificados para atuarem no cuidado destes, seja em locais de instituições de internação, ambientes asilares ou até mesmo sobre o acompanhamento de responsabilidade diária familiar, abordando como fator primordial que estes desenvolvam e busquem o conhecimento sobre as interferências e sintomas da má deglutição apresentada nesses indivíduos, bem como seus fatores de riscos relacionados para o desencadeamento de disfagia e/ou aspiração pulmonar decorrente da incorreta passagem dos alimentos até o estômago (FURKIM et al., 2010).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considera-se de maneira essencial que as dificuldades deglutorias causadas pelos distúrbios na deglutição determinam interligação e impacto direto sobre a alimentação e nutrição do idoso, estando essas circunstâncias relacionadas às mudanças predominadas no mecanismo e sistema responsável por encaminhar o alimento para o estômago e intestino, visto que estes são os órgãos responsáveis pela absorção e distribuição dos nutrientes para o sistema sanguíneo. Logo, torna-se indiscutível observar e manter frequentemente o acompanhamento dessas disfunções encontradas no indivíduo com a finalidade de analisar seus riscos e as possíveis probabilidades do surgimento de novas ocorrências inapropriadas para manter o equilíbrio nutricional.

Em virtude desse pressuposto, a utilizações das texturas modificadas dos alimentos são indispensáveis para o beneficiamento da população e dos idosos vulneráveis pelo acometimento dos problemas deglutorios. No entanto, apesar desses benefícios serem encontrados essencialmente sobre esses métodos, sendo eles totalmente indicados e conclusivos, a baixa adesão e aceitabilidade das dietas e alimentações modificadas é abordada como uma consequência enfrentada que dificulta o tratamento do idoso desnutrido ou sobre risco de desnutrição, aumentando ainda mais o agravo de sua saúde.



Indubitavelmente, considera-se a importância do acompanhamento interdisciplinar dos profissionais de saúde para minimizar o surgimento dessas complicações tardias acometidas em vasta predominância nos indivíduos da terceira idade. Do mesmo modo que se faz necessário abordar que as orientações nutricionais devem ser utilizadas como componentes indispensáveis na atenção qualitativa da saúde da pessoa idosa, uma vez que os métodos alimentares adequados atuam no controle da baixa ingestão e consumo de alimentos, causados pelo impasse das dificuldades na deglutição e fatores relacionados, atuando como prevenção e controle do declínio da massa corporal e respectivamente dos possíveis quadros de desnutrição nos quais são diferenciados de graves a médios, controlando e impedindo novas doenças e fatores prejudiciais a saúde dos idosos em geral.

## REFERÊNCIAS

AIRES, Isabel Oliveira et al. Consumo alimentar, estilo de vida e sua influência no processo de envelhecimento. **Rev. Research, Society and Development**, v. 8, n. 11, p. 31, 2019.

AMARAL, Ana Cláudia Fernandes et al. Fonoaudiologia e nutrição em ambiente hospitalar: análise de terminologia de classificação das consistências alimentares. **CoDAS**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 541-549, dez. 2015. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822015000600541&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822015000600541&lng=en&nrm=iso)

ASSUMPCAO, Daniela de et al. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1680-1694, ago. 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000801680&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000801680&lng=en&nrm=iso)

BASSI, Daiane et al. Identificação de grupos de risco para disfagia orofaríngea em pacientes internados em um hospital universitário. **CoDAS**. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 17-27, fev. 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822014000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822014000100017&lng=en&nrm=iso)

BIRREN, J. E., & Schroots, J. J. F. (1996). History, concepts, and theory in the psychology of aging. In J. E. Birren, K. W. Schaie, R. P. Abeles, M. Gatz, & T. A. Salthouse (Eds.), *The handbooks of aging. Handbook of the psychology of aging* (p. 3–23). Academic Press.

BORREGO, Carolina de Campos Horvat et al. Causas da má nutrição, sarcopenia e fragilidade em idosos. **Rev. Assoc. Bras. Nutr**, vol. 4, n. 5, p 3-5, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2010. **Caderno de Atenção Básica**, v. 12.

CICHERO, Julie AY et al. The need for international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened liquids used in dysphagia management: foundations of a global initiative. **Current physical medicine and rehabilitation reports**, v. 1, n. 4, p. 280-291, 2013.

DUARTE, Agnis et al. Risco nutricional em pacientes hospitalizados durante o período de internação. **Rev. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, v. 36, n. 3, p. 146-52, 2016.

FECHINE, Basílio R.A.; TROMPIERI, Nicolino. Processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional – InterSciencePlace**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 20, p. 107-194, 2012.

FURKIM, Ana Maria et al. Uma instituição semelhante ao fator potencializador de disfagia. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 6, p. 954-963, dez. 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462010000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462010000600006&lng=en&nrm=iso)

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, jan. 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100015&lng=en&nrm=iso)

LEÃO, Maria Júlia Machado. **Coordenação motora em idosos praticantes e não praticantes de atividade física**. 2017. 28f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Educação Física) - Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP. Centro Desportivo – CEDUFOP, Ouro Preto, 2017.

MACEDO, Anielly Florence de. **Prevalência de desnutrição entre pacientes críticos idosos e não idosos**. 2018. 28f. Monografia (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT, 2018.

MAHAM, L. K., ESCOTT-STUMP, S. **Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 13ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1256p.

MOURAO, Lucia Figueiredo et al. Estudo da associação entre doenças crônicas naturais do envelhecimento e alterações da deglutição referidas por idosos da comunidade. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo, v. 21, e1657, Out. 2016. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-64312016000100319&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312016000100319&lng=en&nrm=iso).

OLIVEIRA, Bruna Silveira de; DELGADO, Susana Elena; BRESCOVICI, Silvana Maria. Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-587, Set. 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232014000300575&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000300575&lng=en&nrm=iso)

Organización Panamericana De La Salud. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.

REAL, Caroline Santana et al. Caracterização do escape posterior tardio na deglutição. **CoDAS**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 2-5, fev. 2020. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822020000400304&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822020000400304&lng=en&nrm=iso)

SANTOS, Bianca Paixão et al. Disfagia no idoso em instituições de longa permanência - revisão sistemática da literatura. **Rev. CEFAC**, v. 20, n. 1, p. 123-130, 2018. Disponível em [https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n1/pt\\_1982-0216-rcefac-20-01-00123.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n1/pt_1982-0216-rcefac-20-01-00123.pdf).

SANTOS, Denise Terezinha Santana. **Influência das alterações de deglutição no estado nutricional de indivíduos idosos em um abrigo de salvador – Bahia: um estudo transversal.** 2018. 25f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Nutrição) - Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2018.

SILVA, Jhony Presley Alves da. **Humanização e cuidados de enfermagem à saúde da pessoa idosa.** 2019. 27f. Monografia (Bacharel em Enfermagem) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Gama-DF, 2019.

SILVA, Laura Mata de Lima et al. Disfagia e sua relação com o estado nutricional e ingestão calórico-proteica em idosos. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 21, n. 3, e15618, nov. 2019. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462019000300401&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462019000300401&lng=en&nrm=iso).

# CAPÍTULO 3

## CONTROLE DA ANSIEDADE EM PACIENTES CARDIOPATAS DURANTE O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Beatriz Reis de Melo Veras, graduanda do curso de Odontologia, UFPE

### RESUMO

Mesmo com os avanços tecnológicos e de aperfeiçoamento das técnicas científicas, a ida ao dentista persiste em ser desconfortante para muitos pacientes. Sendo recorrente episódios de pacientes apreensivos e ansiosos. A ansiedade é marcada por sentimentos subjetivos de tensão, nervosismo, preocupação e estresse, os quais atuam no indivíduo em um momento pontual, fazendo com que ele se sinta ameaçado, estando diretamente ligado ao medo. Por isso, esses episódios ligados a indivíduos cardiopatas podem levar a algumas complicações, como o infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral, devendo ser evitadas pelo profissional odontólogo. Diante dessa realidade, este estudo de revisão de literatura tem como objetivo observar as alterações do nível de ansiedade em pacientes cardiopatas durante os procedimentos odontológicos, como também relatar as medidas que podem ser tomadas pelo cirurgião-dentista para evitar intercorrências durante o atendimento ambulatorial. O trabalho consiste em uma breve revisão de literatura, onde foram utilizados artigos revisados a partir de estudos de casos e revisões de literatura obtidos por pesquisas em bases de dados. A pesquisa foi realizada nas seguintes bases: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo e PubMed, obtendo como critérios de inclusão para essa análise os casos em português e inglês e artigos de revisão de literatura dos últimos 10 anos. Já os critérios de exclusão, foram os artigos que não contemplaram os objetivos do trabalho, como os que se distanciaram do tema em questão. Foram selecionados quinze artigos, que eram revisões de literatura e relatos de casos clínicos, os quais abordavam o controle da ansiedade e o atendimento odontológico a pacientes cardiopatas. Para tal, fez-se uma revisão bibliográfica narrativa sobre as principais alterações de ansiedade em pacientes cardiopatas durante o atendimento odontológico, a fim de ressaltar a importância de o profissional cirurgião-dentista estar preparado para realizar o melhor plano de ação ao atender pacientes portadores de cardiopatias.

**PALAVRAS- CHAVE:** “ansiedade”, “pacientes cardiopatas” e “atendimento odontológico”.

### INTODUÇÃO

Inicialmente, a prática odontológica era considerada rudimentar pela sociedade, caracterizando, muitas vezes, punição e tortura, estando o cirurgião-dentista relacionado ao sinônimo de dor. O medo dependendo do grau de intensidade pode causar a ansiedade, a qual provoca um temor por algo que pode não ser real, deixando o indivíduo inquieto e com a sensação de perigo e ameaça, juntamente com o sentimento de euforia e tensão. Ou, pode ainda ser causado pelo medo da repetição de um trauma já experienciado na infância, por tratamentos

dolorosos anteriores ou por pensamentos negativos repassados por conhecidos. (FOLLETO, 2018)

Nos últimos anos, no Brasil, houve um aumento expressivo na prevalência de pacientes com comprometimento sistêmico, principalmente aqueles ligados ao sistema cardiocirculatório, os quais proporcionam variáveis níveis de acometimento como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), arritmias e endocardites infecciosas (EI). (ARRUDA; FREIRE, 2018)

Diante disso, além do aumento significativo de doenças crônicas, outro grande desafio para a área da saúde tem sido a elevada necessidade do uso de medicamentos para doenças como os transtornos de ansiedade. O estilo de vida contemporâneo, as transformações da sociedade e o aumento da insegurança tem causado um sentimento de tensão e medo frequente pelo “desconhecido”, influenciando a saúde da população. Nesses indivíduos, há o desenvolvimento constante da ativação das emoções nocivas, estado de alerta e liberação de corticosteroides e catecolaminas, as quais atuam aumentando o nível da pressão arterial e da frequência cardíaca. (CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 2016)

Em relação aos atendimentos dentários, há uma grande frequência de relatos de ansiedade, contribuindo para o desestímulo do cuidado à saúde bucal. Assim, é imprescindível que o odontólogo, no exame clínico, realize uma minuciosa anamnese, questionando o histórico de doenças presentes, passadas e hereditárias, e a utilização de medicamentos. Como também é inerente ao exame físico, que o profissional esteja observando a frequência cardíaca e respiratória, alterações da pressão arterial, presença de tremores e sudorese. Visto que são os principais sintomas durante uma crise de ansiedade. (FOLLETO, 2018)

Portanto, visando garantir uma maior segurança quanto às ocorrências de emergências médicas, como alterações cardiovasculares e síndrome de hiperventilação, e realizar um tratamento odontológico adequado e eficiente, é importante que o cirurgião-dentista esteja familiarizado com os aspectos variados dos sistemas do organismo humano, como também ter o conhecimento das principais interações medicamentosas, identificar os principais intensificadores do medo e da ansiedade e como controlá-la. (ARRUDA; FREIRE, 2018)

## **METODOLOGIA**

Diante dessa realidade, este estudo de revisão de literatura tem como objetivo observar as alterações do nível de ansiedade em pacientes cardiopatas durante os procedimentos

odontológicos, como também relatar as medidas que podem ser tomadas pelo cirurgião-dentista para evitar intercorrências durante o atendimento ambulatorial. O trabalho consiste em uma breve revisão de literatura, onde foram utilizados artigos revisados feitos a partir de estudos de casos e revisões de literatura obtidos por pesquisas em bases de dados. A pesquisa foi realizada nas seguintes bases: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo e PubMed, utilizando como descritores: “ansiedade”, “pacientes cardiopatas” e “atendimento odontológico”. Sendo usados como critérios de inclusão para essa análise os casos em português e inglês e artigos de revisão de literatura dos últimos 10 anos. Já os critérios de exclusão, foram os artigos que não contemplaram os objetivos do trabalho, como os que se distanciaram do tema em questão. Foram selecionados quinze artigos, que eram revisões de literatura e relatos de casos clínicos, os quais abordavam o controle da ansiedade e o atendimento odontológico a pacientes cardiopatas. Para tal, fez-se uma revisão bibliográfica narrativa sobre as principais alterações de ansiedade em pacientes cardiopatas durante o atendimento odontológico, a fim de ressaltar a importância de o profissional cirurgião-dentista estar preparado para realizar o melhor plano de ação ao atender pacientes portadores de cardiopatias.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

O medo e a ansiedade dentro da odontologia ocorrem por vários aspectos, como o envolvimento com agulhas, movimentação brusca do cirurgião-dentista, sons e vibrações dos instrumentos rotatórios que causam incômodos, bem como experiências traumáticas anteriores. Por isso, o medo recorrente de procedimentos odontológicos pode refletir negativamente a relação do paciente com a saúde bucal, pois, na maioria das vezes, leva-o a abandonar o tratamento no início. Como complicação, há episódios em que a ansiedade pode chegar ao nível patológico, o qual é caracterizado quando o limiar de dor e a ansiedade estão intimamente ligados. (GOMES; STABILE; XIMENES, 2020)

A ansiedade, fundamentalmente, tem sua origem na resposta de defesa dos animais quando estão em perigo. Um animal quando tem seu bem-estar ameaçado produz várias respostas comportamentais e neurofisiológicas que geram o medo. (MARGIS, 2013)

Fisiologicamente, em situações de perigo próximo, como o caso de pacientes ansiosos no consultório odontológico, o indivíduo reagirá com comportamentos de luta ou fuga. Assim, alterações são necessárias para preparar o corpo para essas reações, como mudanças cardiovasculares com o aumento da pressão arterial, vasoconstrição da pele e das vísceras, vasodilatação dos músculos estriados, taquicardia e hiperventilação. (MARGIS, 2013)

Logo, esse tipo de episódio em pacientes cardiopatas leva à estimulação do sistema nervoso simpático, a qual acarreta a liberação de catecolaminas endógenas, que por exemplo, ao serem liberadas em situações de estresse elevam drasticamente seus níveis, podendo acarretar complicações cardiovasculares importantes, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. A partir disso, nota-se a importância do controle da ansiedade, principalmente a pacientes que tenham uma predisposição a esses tipos de complicações, como hipertensos. Visto que 20% da população adulta que frequenta consultórios odontológicos são hipertensos e dentre eles, a maior parte são ansiosos, os quais demoram um tempo maior para retornar ao consultório devido ao medo. (CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 2016)

### **DURANTE A CONSULTA ODONTOLÓGICA**

Indivíduos portadores de algum tipo de acometimento cardiovascular devem ser atendidos de acordo com um planejamento de consulta, o qual é baseado em uma anamnese detalhada, objetivando avaliar o atual estado de saúde do paciente e detectar os fatores de risco que estão associados à cardiopatia já existente, como obesidade, hipertensão, diabetes, tabagismo, histórico familiar e hiperlipidemia. Além de obter informações sobre o último acompanhamento médico e alterações medicamentosas recentes; aferição dos sinais vitais, visando manter um controle caso haja alguma anormalidade durante o atendimento que possa agravar a enfermidade; sessões de curta duração e acompanhamento multidisciplinar, devendo haver a interação do dentista com o médico que acompanha o paciente como forma de evitar intercorrências medicamentosas, por exemplo e proporcionar um cuidado integral à saúde. (BARROS, 2011)

Quando o profissional odontólogo obtém as informações necessárias sobre o paciente e seu estado geral de saúde, é necessário que ele avalie o grau de ansiedade e estresse, visto que a partir disso o profissional será capaz de optar pelos métodos mais eficientes para o paciente. (CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 2016)

Uma técnica bastante utilizada para mensurar o grau de ansiedade, é a Escala de Corah, a qual objetiva reconhecer o nível de ansiedade individual pela soma das respostas que serão respondidas pelo paciente. Segundo a escala, pacientes com somas superiores a 15 pontos, são extremamente ansiosos; com pontuações entre 11 e 15 são classificados como moderadamente ansiosos; com pontuações entre 6 e 10 são levemente ansiosos; e os com soma inferior a 5 pontos, pouco ansiosos. (GOMES; STABILE; XIMENES, 2020)

**Tabela 1:** Perguntas de múltipla escolha da escala de Corah para a ansiedade odontológica.

<p><b>I) Se você tivesse que ir ao dentista amanhã, como se sentiria?</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tudo bem, não me importaria.</li><li>2. Ficaria ligeiramente preocupado.</li><li>3. Sentiria um maior desconforto.</li><li>4. Estaria com medo do que poderá acontecer.</li><li>5. Ficaria muito apreensivo, não iria nem dormir direito.</li></ol>
<p><b>II) Quando se encontra na sala de espera do ambulatório, esperando ser chamado pelo dentista, como se sente?</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tranquilo, relaxado.</li><li>2. Um pouco desconfortável.</li><li>3. Tenso.</li><li>4. Ansioso ou com medo.</li><li>5. Tão ansioso ou com medo que começo a suar ou me sentir mal.</li></ol>
<p><b>III) Quando você se encontra na cadeira do dentista aguardando que ele inicie os procedimentos de anestesia local, como você se sente?</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tranquilo, relaxado.</li><li>2. Um pouco desconfortável.</li><li>3. Tenso.</li><li>4. Ansioso ou com medo.</li><li>5. Tão ansioso ou com medo que começo a suar ou me sentir mal.</li></ol>
<p><b>IV) Você está na cadeira do dentista, já anestesiado. Enquanto aguarda o dentista pegar os instrumentos para iniciar o procedimento, como se sente?</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tranquilo, relaxado.</li><li>2. Um pouco desconfortável.</li><li>3. Tenso.</li><li>4. Ansioso ou com medo.</li><li>5. Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal.</li></ol>

**Fonte:** (GOMES; STABILE; XIMENES, 2020)

A partir disso, com o grau de ansiedade estabelecido, o profissional conseguirá atuar de forma mais eficiente na escolha de qual método irá utilizar para evitar possíveis intercorrências no consultório. (GOMES; STABILE; XIMENES, 2020)



## MÉTODOS NÃO-FARMACOLÓGICOS

Para pacientes que apresentam um grau de leve a moderado de ansiedade, é possível ajudá-los através de métodos não- farmacológicos, estabelecendo uma relação de confiança dentista- paciente como também através da comunicação sincera sobre o tratamento odontológico. Esse vínculo criado entre ambas as partes deixa o paciente mais confortável, fazendo com que em troca do comprometimento do paciente em cuidar mais da saúde bucal e não faltar às consultas, o cirurgião-dentista utilize de métodos para evitar um possível transtorno de ansiedade. Como a disponibilidade do profissional para retirar todas as dúvidas sobre o tratamento e condutas que serão tomadas, as consultas são marcadas em horários mais cedo para evitar espera, não deixar instrumentais no campo de visão do paciente e não produzir barulhos ou sons desnecessários. Além disso, pode-se realizar uma variação do método “Falar-Mostrar- Fazer”, que é bastante utilizado na área da odontopediatria justamente para dar mais segurança aos pacientes infantis. Essa variação seria a técnica “Explicar- Perguntar- Mostrar-Fazer”, em que a cada estágio do procedimento o profissional deve explicar ao paciente de forma clara e segura o que será feito, respondendo todas as suas dúvidas e questionando se pode prosseguir com o atendimento, promovendo uma sensação de controle e previsibilidade ao paciente. (GOMES; STABILE; XIMENES, 2020)

Sendo possível, ainda, usar técnicas de distração e respiração. Como a utilização de músicas do gosto do paciente, deixando o ambiente mais agradável e visando reduzir a sua frequência cardíaca; o uso de óculos de realidade virtual em procedimentos mais invasivos, os quais são capazes de diminuir tanto a pressão arterial sistêmica como também a pulsação, além de aumentar o limiar de dor. E a técnica do relaxamento através da respiração, em que o paciente deverá respirar de forma lenta e constante durante 2 a 4 minutos, sendo uma forma eficaz de reduzir a frequência cardíaca. Podendo ser facilmente ensinadas no consultório odontológico e realizadas em casa antes de ir à consulta. (GOMES; STABILE; XIMENES, 2020)

## MÉTODOS FARMACOLÓGICOS

Já os pacientes que apresentam níveis mais altos de apreensão ao tratamento odontológico geralmente são necessários o uso da sedação consciente como forma de controlar a ansiedade em indivíduos cardiopatas. Pois, ela consegue deprimir o nível mínimo da consciência, mantendo o paciente com respiração independente e contínua, de forma que ele consiga responder tanto a estímulos físicos como também aos comandos verbais produzidos

por métodos farmacológicos ou não farmacológicos, sozinhos ou combinados. Na área odontológica, como forma de controle de ansiedade, o uso de benzodiazepínicos e óxido nitroso combinado com oxigênio possuem grande destaque. (OLIVEIRA, 2013)

#### ☒ Sedação consciente com a mistura de óxido nitroso e oxigênio

Em qualquer procedimento odontológico em que o paciente se sinta desconfortável a sedação consciente inalatória com a mistura de óxido nitroso e oxigênio deve ser utilizada, podendo ainda ser combinada ou não ao anestésico local. Essa mistura é administrada através de uma máscara nasal e controlada por um fluxômetro, em que é possível controlar o nível de sedação e a quantidade dos gases. Além disso, a concentração de óxido nitroso não deve passar dos 70% para que seja assegurado uma adequada oxigenação ao paciente e os seus efeitos clínicos podem durar de 15 a 30 minutos após a inalação da mistura gasosa. (OLIVEIRA, 2013)

Esse tipo de sedação é bastante recomendada, não apresentando complicações graves para os pacientes e por apresentar características vantajosas, como ser um gás incolor, não inflamável e não irritante aos tecidos; por apresentar um período curto de tempo para conseguir atingir os níveis de sedação e recuperação do paciente; pelo óxido nitroso não apresentar efeitos colaterais sobre os rins, pulmões, sistema cardiovascular, respiratório e fígado; por sua duração e a intensidade poderem ser administradas pelo profissional em qualquer momento; e que a sedação promove uma analgesia relativa, fazendo com que haja uma diminuição das respostas dolorosas do paciente, mesmo sendo necessário o uso simultâneo com um anestésico local. (BARROS, 2011)

#### ☒ Sedação consciente com benzodiazepínicos

Por proporcionarem eficácia e segurança clínica, os benzodiazepínicos geralmente são a primeira escolha dos cirurgiões-dentistas para o controle da ansiedade. Os mais usados no consultório odontológico são midazolam, triazolam, diazepam, lorazepam e alprazolam, os quais possuem efeitos sedativos, hipnóticos, amnésicos e ansiolíticos, atuando diretamente no sistema inibitório GABAérgico, potencializando-o. Sendo, assim, controlador dos estímulos geradores do estresse e reações psicossomáticas. Além disso, em pacientes que estão extremamente ansiosos, é possível administrar uma dose para ser tomada na noite anterior à consulta, visando ter um sono mais tranquilo. (OLIVEIRA, 2013)

São drogas administradas por via oral, atingindo a concentração máxima sanguínea entre 1 a 3 horas, por ser absorvida rapidamente se ligando às proteínas plasmáticas.

Atualmente, o mais utilizado é o diazepam e para idosos, pelo menor risco de efeitos colaterais, há uma preferência pelo lorazepam. (OLIVEIRA, 2013)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do aumento de indivíduos cardiopatas e doentes sistêmicos, e tendo conhecimento de que pacientes no atendimento odontológico estão mais predispostos a desgastes emocionais que podem gerar um episódio de ansiedade, é imprescindível que o cirurgião-dentista esteja adequadamente capacitado sobre as doenças coronarianas e a análise do nível de ansiedade e estresse. Objetivando fornecer um atendimento individualizado, eficiente e seguro aos seus pacientes.

A realização de uma anamnese detalhada, a aferição dos sinais vitais, consultas de curta duração e as possíveis técnicas de diminuição do nível de estresse do paciente, seja farmacológica ou não, como o emprego de sedação complementar, podem tornar o atendimento mais seguro e confortável tanto para o paciente quanto para o profissional. Fazendo com que ele esteja apto para analisar as reações de temor dos pacientes, interpretando os efeitos emocionais negativos de medo e ansiedade, e instituindo uma relação empática e de confiança.

Por fim, é importante destacar que quanto mais preparado o profissional odontólogo estiver, menores serão as chances de possíveis intercorrências ou complicações a serem geradas durante a realização da prática odontológica. Além de uma forma de preservar o bem-estar do paciente garantindo que ele se sinta não só protegido, como também estimulado a cuidar mais da saúde bucal.

## REFERÊNCIAS

OLIVEIRA, Quézia. Cuidados odontológicos a cardiopatas. 2013. n. 32. Tese (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2014

ARRUDA, Carlos. FREIRE, Carolina. Protocolos de atendimento a pacientes cardiopatas no consultório odontológico. 2018. n. 30. Tese (Graduação em Odontologia) - Faculdade Integrada de Pernambuco. Recife. 2018

BARROS, Maysa *et al.* Tratamento de pacientes cardiopatas na clínica odontológica. Revista Saúde e Pesquisa, Sergipe, v. 4, n. 1, jan/abr., 2011

MARGIS, Regina *et al.* Relação entre estressores, estresse e ansiedade. R. Psiquiatr, RS, v. 25, n. 65-74, abr, 2013

Congresso Internacional de envelhecimento humano, n. 6, 2016, Alagoas. Prescrição de Benzodiazepínicos para o manejo da ansiedade em idosos submetidos a tratamento odontológico. Alagoas: Editora Realize, 2016. p. 45, v. 6

RESENDE, Bárbara. BOTTA, Tatiane. Atendimento odontológico clínico e farmacológico em pacientes infantis e juvenis portadores de cardiopatias: revisão bibliográfica. 2018. n. 18. Tese (Graduação em Odontologia) - Universidade de Uberaba, Minas Gerais, 2018

TORRES, Ana Paula. Atendimento odontológico em pacientes hipertensos: revisão de literatura. 2018. n. 30. Tese (Graduação em Odontologia) - Universidade de Uberaba, Minas Gerais, 2018

FERREIRA, C. M. *et al.* Ansiedade odontológica: nível, prevalência e comportamento. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 17, n. 2, pp. 51-55, set, 2014

GOMES, G. B.; STABILE, C. L. P.; XIMENES, V.S. Avaliação e manejo da ansiedade e fobia odontológica: a psicologia na formação do cirurgião-dentista. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre, Porto Alegre, v. 61, n. 2, mai, 2020

SPEZZIA, S.; JÚNIOR, R.C. Atendimento odontológico em Hipertensos. Journal of Health Sciences, São Paulo, v. 19, n. 1, nov., 2017

RANDO, Ana Beatriz. A importância da anamnese odontológica no diagnóstico da SJB-Síndrome do Jaleco Branco. 2020. n. 19. Tese (Graduação em Odontologia) - UNICESUMAR, Maringá, 2020

FOLLETO, Mayara Cristina. Tratamento odontológico como causador da ansiedade. 2018. n. 21. Tese (Graduação em Odontologia) - Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2018

CAMINHA, R. D. G. *et al* Emergências cardiovasculares agudas: prevenção, diagnóstico e manejo odontológico. Rev. Soc. Cardiol., Estado de São Paulo, v. 28. n. 3, set. 2018

CARNEIRO, Camila.; PARONETOO, Roberta O uso de anestésicos locais associados à vasoconstritores em pacientes portadores de cardiopatia. 2017. n. 18. Tese (Graduação em Odontologia) - Universidade de Uberaba, Minas Gerais, 2017

SIGALIT, B. *et al* Dental anxiety, fear and anxiety of performing dental treatments among dental students during clinical studies. J Clin Pediatr Dent, New Milford, v. 44, n. 6, pp. 407-411, dec. 2020

# CAPÍTULO 4

## FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**Taiane Dias dos Santos**, Fisioterapeuta, Centro Universitário UnidomPedro  
**Eliane Nascimento Ribeiro Milcent**, Fisioterapeuta, Centro Universitário UnidomPedro  
**Carole Cavalcante da Conceição Aguiar**, Fisioterapeuta, UCSal. Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória, Mestre em Tecnologias aplicáveis à Bioenergia  
**Isis Nunes Veiga**, Fisioterapeuta, Mestra em Família na Sociedade Contemporânea, UCSal, Docente do Centro Universitário UnidomPedro e da Unime Lauro de Freitas  
**Eugênia da Silva Lima**, Fisioterapeuta. Mestra, UFBA, Docente da Faculdade Maurício de Nassau e UFBA  
**Rodrigo Silva Santos**, Fisioterapeuta, UCSal, Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória, Ergonomia e Intensiva, Mestre em Tecnologias Aplicáveis à Bioenergia  
**Silvia Cátia Rodrigues Gonçalves**, Coordenadora do curso de Fisioterapia do Centro Universitário UnidomPedro

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar os fatores de risco associados às afecções respiratórias em crianças na primeira infância. **Fonte de dados:** Este estudo trata-se de uma revisão sistemática. As pesquisas foram feitas no período de agosto a setembro de 2018, nas seguintes bases de dados: PubMed, Lilacs, Scielo e CAPES. Critérios de inclusão: estudos observacionais transversais e casos-controles, realizados no Brasil, sem restrição de data e relacionados aos fatores de risco para doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos. Critérios de exclusão: estudos que envolvessem adolescentes e adultos, artigos que não tivessem descrição dos objetivos, artigos de revisão, tese e monografias. Os artigos foram submetidos ao Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) para a extração de dados e posterior análise. Foram utilizadas duas escalas para a avaliação metodológica dos estudos selecionados. A escala Loney et al. para os estudos transversais e a escala Newcastle-Ottawa para os estudos caso-controle. **Síntese dos dados:** Após a seleção dos estudos, foram incluídos 5 estudos, sendo 3 transversais e 2 casos- controle. Foram avaliados os fatores de risco para os desfechos: aglomeração, condições domésticas, fatores parentais e condições das crianças. **Conclusões:** Considera-se que os principais fatores de risco para o surgimento de doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos podem ser a aglomeração, exposição a fumaça, condições precárias de moradia, baixa renda, baixa escolaridade materna, histórico familiar de asma, baixo peso ao nascer, frequência a creche e história de infecções respiratórias anteriores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doenças respiratórias. Fatores de risco. Crianças. Brasil.

### 1 INTRODUÇÃO

Diversas são as causas de mortalidade em crianças de até cinco anos, sendo as doenças respiratórias consideradas como uma das causas principais e que possuem destaque como um relevante problema na saúde pública (FRAUCHES et al., 2017; PRIETSCH et al., 2003). Podem ser ou não de origem infecciosa e causar prejuízos às vias aéreas superiores (VAS), o

ouvido médio e as vias aéreas inferiores (VAI) (FAÇANHA; PINHEIRO 2004; FRAUCHES et al., 2017). As características anatômicas e a imaturidade do sistema imunológico tornam as crianças mais vulneráveis à poluição atmosférica que os adultos (FRAUCHES et al., 2017; KOMARSSON et al., 2008).

Em 2010, estas enfermidades promoveram mundialmente 58% das mortes em crianças de zero a cinco anos. A Organização Mundial da Saúde registrou em torno de 13 milhões de mortes anuais por problemas respiratórios em crianças com idade inferior a cinco anos em todo o mundo, destas 95% estão situadas nos países emergentes (CHIESA et al., 2008; PRIETSCH et al., 2003). Considerando os países latino-americanos, esta ocorrência é de 80.000 óbitos por ano, sendo que 40% destas correspondem apenas ao Brasil (MARTINS et al., 2015; VARGAS et al., 2010).

A alta taxa de mortalidade nos países em desenvolvimento está associada diretamente às características socioeconômicas e culturais. Essa associação é constatada também na prevalência das infecções respiratórias agudas, onde se torna maior (51,9%) quanto menor for a renda familiar (VARGAS et al., 2010). No Brasil, as doenças respiratórias são um indicador de morbidade em crianças de 1 a 4 anos, sendo que nessa faixa etária 47,26% evoluem para internamentos, 23,15% para óbitos e em se tratando de crianças menores de 1 ano a taxa de óbitos é a 9,04% (CHIESA et al., 2008). Diante desta problemática, é importante detectar os fatores de exposição às diferentes condições de vida e as ameaças para o agravamento de doenças, para posteriormente elaborar ações específicas de políticas públicas (VARGAS et al., 2010).

Na literatura existem diversos estudos que abordam os fatores de risco que contribuem para o surgimento de doenças respiratórias. Dentre elas, as variações climáticas, aglomerações, tabagismo, condições ambientais, como poluição atmosférica e doméstica (BOTELHO et al., 2003; PRIETSCH et al., 2003).

Desta maneira, o objetivo deste estudo foi identificar os fatores de risco associados às afecções respiratórias em crianças na primeira infância.

## **2 MÉTODOS**

Este estudo trata-se de uma revisão sistemática, conduzida a partir das recomendações na qual foram incluídos estudos que abordavam os fatores de risco associados a doenças respiratórias em crianças de 0 a 5 anos (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015). As pesquisas foram feitas no período de agosto a setembro de 2018, nas seguintes bases de dados: PubMed, Lilacs, Scielo e CAPES, através do uso dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): doenças

respiratórias, fatores de risco, crianças, Brasil e suas combinações em língua inglesa: “risk factors” AND “child” AND “respiratory tract diseases” AND “Brazil”, conforme a estratégia PECO que é utilizado para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências científicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

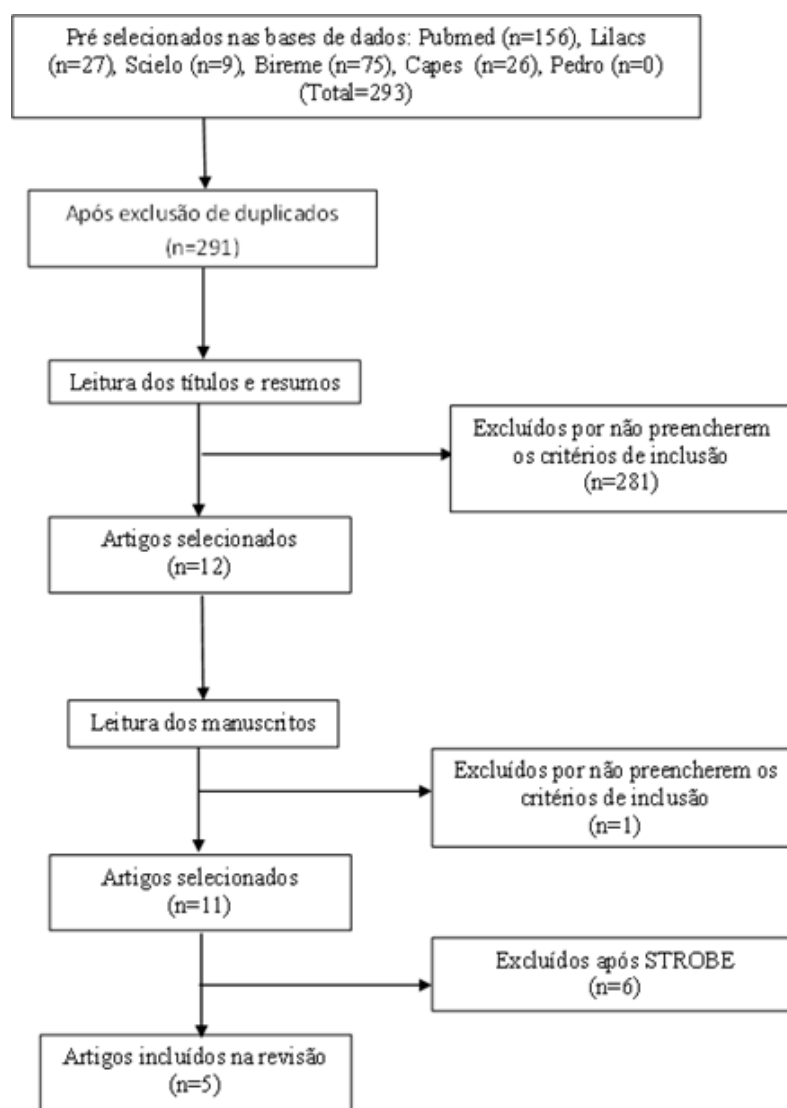
Para a seleção dos artigos foram incluídos os estudos observacionais transversais e casos-controles, realizados no Brasil, sem restrição de data, relacionados aos fatores de risco para doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos. Foram excluídos estudos que envolvessem adolescentes, adultos e artigos que não tivessem descrição dos objetivos.

Na primeira etapa foi feita a leitura dos títulos e resumos, excluindo os estudos duplicados e aqueles realizados em animais. Em seguida os artigos foram submetidos ao *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para a extração de dados e posterior análise (MALTA et al., 2010). Foram utilizadas duas escalas para a avaliação metodológica dos estudos selecionados: a escala Loney et al. para os estudos transversais e a escala Newcastle-Ottawa para os estudos caso-controle (STANG, 2010). A escolha dos instrumentos foi baseada no recomendado pela literatura para avaliação dos estudos observacionais utilizados na revisão sistemática (PEREIRA; GALVÃO, 2014).

Os dados foram expressos em valores numéricos com apresentação do valor p de significância informado pelos autores. A análise ocorreu a partir dos desfechos avaliados nos estudos e pontuação metodológica obtida nas escalas, considerado para a análise os estudos com no mínimo 5 pontos.

### **3 RESULTADOS**

Após seleção dos estudos, foram incluídos 5 artigos, conforme apresentado na Figura 1. Dos estudos a serem revisados, três são estudos de corte transversal e dois são casos-controle.



**Figura 1** – Fluxograma da seleção dos artigos, de acordo com os critérios de elegibilidade.

Os estudos transversais, avaliados pela escala Loney et al., foram pontuados a partir da análise de três seções: validação dos métodos (0 - 6 pontos), interpretação dos resultados (0 - 1 ponto) e aplicabilidade dos resultados (0 - 1 ponto). Cada quesito atendido correspondeu a um ponto e nenhum ponto para os não atendidos, variando de 0 a 8 pontos (Tabela 1). Já na escala Newcastle-Ottawa, utilizada para avaliar os estudos caso-controle, a mensuração foi calculada em três componentes: seleção dos grupos (0 - 4 pontos), comparabilidade (0 - 2 pontos) e exposição (0 - 3 pontos), sendo que cada asterisco (\*) correspondeu a um ponto (Tabela 2).



**TABELA 1** – Avaliação de qualidade dos artigos selecionados de acordo com a escala Loney et al. (1998).

AUTOR (ANO)	TIPO DE ESTUDOS	ITENS AVALIADOS			TOTAL
		VALIDAÇÃO DOS MÉTODOS	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	APLICABILIDADE DOS RESULTADOS	
Benício et al., (2004)	Transversal	4	1	1	6
Prietsch et al., (2008)	Transversal	5	1	1	7
Silva et al (2013)	Transversal	4	1	1	6

**TABELA 2** – Avaliação de qualidade dos artigos selecionados de acordo com a escala Newcastle-Ottawa.

AUTOR (ANO)	TIPO DE ESTUDOS	ITENS AVALIADOS			TOTAL
		SELEÇÃO	COMPARABILIDADE	EXPOSIÇÃO	
Cardoso M. et al., (2004)	Caso-controle	2*	1*	2*	5*
Cardoso A. et al., (2013)	Caso-controle	3*	1*	2*	6*

\*A pontuação descrita corresponde ao número de asteriscos atingidos em cada item.

A extração dos dados dos artigos incluídos com o uso do STROBE foi organizada de acordo com os objetivos, metodologia e resultados obtidos nos estudos e pode ser visualizada na tabela 3.

**TABELA 3** – Exposição dos resultados dos artigos incluídos acerca dos fatores de riscos para doenças respiratórias na infância.

AUTOR (ANO)	OBJETIVOS	MÉTODOS	RESULTADOS
Cardoso M. et al., (2004)	Examinar os efeitos da aglomeração familiar sobre a saúde respiratória de crianças pequenas que vivem na cidade	Estudo caso-controle n= 313 pares de crianças (2 a 59 meses de vida) de 5 hospitais públicos de São Paulo.	Doença sibilante: >70% dos casos. Aglomeração (P=0,33):

	de São Paulo, sudeste do Brasil.	Casos: bronquite aguda, bronquiolite aguda, pneumonia, asma, sibilância pós-bronquiolite e sibilância de etiologia desconhecida.  Controles: crianças saudáveis que vivessem nas vizinhanças dos casos.	-Na comparação entre grupos, não há associação com doenças respiratórias.  -Redução de 60% na incidência de asma, quando comparado ao grupo com infecções respiratórias.  -Aumento ITRI em 2 ½.
Benício et al., (2004)	Investigar a prevalência e os fatores de risco para transtornos de sibilância na infância.	Estudo transversal n= 1.132 crianças (<5 anos) realizado em São Paulo entre 1995 e 1996.  Variáveis avaliadas: demográficas, socioeconômicas e ambientais, maternas, nutricionais e estado de imunização.  Dados de sibilância obtidos pelo <i>International Study on Asthma and Allergies in Children</i> (ISSAC).	Prevalência de sibilância: 12,5% (ambos os sexos).  Fatores de risco para o aumento da sibilância: baixa renda familiar (P<0,001), baixa qualidade de moradia (P<0,001), escolaridade materna (P=0,006), baixo peso ao nascer (P= 0,005) e infecções por helmintos (P=0,001).
Prietsch et al., (2008)	Mensurar a prevalência e identificar os principais fatores de risco associados com doença respiratória aguda em crianças menores de cinco.	Estudo transversal n= 775 crianças (<5 anos) no Rio Grande (RS), dos meses de agosto a novembro 1997.  Variáveis analisadas: condições domésticas, estado socioeconômico e tabagismo parental.	-Disposição de esgoto adequado:> 90%.  -Tabagismo: 37% das mães e 40% dos pais.  -Episódio anterior de chiado: 62% das crianças (51% + 3 episódios).  -Infecção no trimestre anterior da entrevista: 50% das crianças (IATRS: ≈ 50%, ITRI: 21%).  -Hospitalizadas nos 12 meses antes da entrevista: 10% (60% destas por pneumonia).  -Prevalência insuficiência respiratória: ≈ 23,9%.

			Fatores de risco para ITRI: escolaridade materna (P=0,01), renda familiar (P=0,01), aglomeração (P<0,01), tabagismo materno (P=0,03), histórico familiar de asma (P=0,001), ITR (P=0,01) e ITRI (P=0,001).
Cardoso A. et al., (2013)	Avaliar os fatores de risco associados à admissão hospitalar por infecção aguda do trato respiratório inferior (IATRI) em crianças indígenas Guarani com <5 anos de idade no sul do Brasil.	Estudo caso-controle n= 321 (<5 anos) em 81 Aldeias Guarani, no período de maio de 2007 a junho de 2008.  Casos: hospitalizações por IATRI  Controles: crianças sem sinais e sintomas de doenças respiratórias ou outras infecções que necessitasse o uso de antibióticos (2 controles para cada caso, selecionados de acordo com idade, sexo e local de moradia).	Hospitalização por suspeita de IATRI: 293 de crianças, semelhantes em relação ao sexo e idade (P=0,000).  Fatores de risco: baixa renda, domicílios de construções precárias ou onde as crianças dormiam no chão (P=0,003), aglomeração, uso de fogão à lenha, baixa idade materna, baixo peso ao nascer (>6 vezes), bebês alimentados por mamadeira e história familiar de asma (<6 vezes).
		Os controles poderiam se tornar casos se fossem hospitalizados por IATRI.	
Silva et al., (2013)	Determinar o atual impacto de vírus recentemente identificados na gravidade das infecções do trato respiratório inferior (ITRI) em crianças atendidas na sala de emergência e enfermarias pediátricas e como vírus específicos	Estudo transversal n= 260 crianças (<3 anos) admitidos em um hospital terciário no Brasil durante os meses de alta a prevalência de vírus respiratórios.	Presença de vírus:222 (85%) dos episódios de ITRI:  -Associação de vírus: 146/260 (56%).  -Infecção por Vírus Sincicial Respiratório (VSR): 54%.  -Metapneumovírus (hMPV): 32%.

sozinhos ou em associação aumentaram o grau da gravidade clínica da doença.

Testes para 13 tipos de vírus respiratórios através de PCR em tempo real.

Avaliação de gravidade de marcadores, especialmente o tempo de internação e uso de oxigênio.

-Rinovírus Humano (HRV): 21%.

Fatores associados ao tempo de internação hospitalar e a necessidade de oxigênio suplementar: idade  $\leq 6$  meses ( $P < 0,001$ ), tabagismo materno durante a gestação e história familiar de asma ( $P < 0,001$ ).

Hospitalizações mais longas:

-Crianças  $< 6$  meses:  $> 3,8$  dias.

-História familiar de asma:  $> 2,4$  dias.

-Bebês com HRV:  $> 3,2$  dias.

-Bebês com HRV + VSR:  $> 5,5$  dias.

Tempo prolongado de oxigênio suplementar:

-HRV:  $> 2,8$  dias.

-VRS:  $> 3,7$  dias.

-Vírus Influenza A ou B:  $> 2,2$  dias.

-HRV + RSV:  $> 4,5$  dias.

hMPV - Metapneumovírus Humano; HRV- Rinovírus Humano; IATRI - Infecção Aguda do Trato Respiratório Inferior; IATRS - Infecção Aguda do Trato Respiratório Superior; ITR - Infecção do Trato Respiratório; ITRI - Infecção do Trato Respiratório Inferior; VSR - Vírus Sincicial Respiratório.

## 4 DISCUSSÃO

Foram avaliados os fatores de risco para os desfechos: sibilância, asma e insuficiência do trato respiratório inferior e superior. As variáveis investigadas abordaram aglomeração, condições domésticas, fatores parentais e condições da criança.

A variável aglomeração foi analisada por Cardoso et al. (2013) que apresentou estar relacionada com o aumento de hospitalização por infecção aguda do trato respiratório inferior (IATRI), corroborando com os estudos de Prietsch et al. (2008), onde a aglomeração de pessoas no mesmo cômodo demonstrou ser um dos fatores determinantes para o desenvolvimento de doença respiratória aguda. Confrontando com os resultados de Cardoso et al. (2013), em que a mesma variável esteve associada com o aumento da incidência de infecção respiratória, porém com a redução da asma. Segundo o autor, as infecções na primeira infância promovem um amadurecimento do sistema imunológico, resultando em um organismo mais forte capaz de combater os microrganismos e, dessa forma, minimizar as infecções alérgicas. Porém não foi elucidado o motivo pelo qual a aglomeração foi protetora.

As condições domésticas foram subdivididas em: moradia, esgotamento, banheiro, precariedade, crianças que dormiam no chão e uso de fogão à lenha. Nos estudos de Benício et al. (2004) foram demonstrados que a má qualidade da moradia está associada a prevalência de sibilância, corroborando com os achados de Cardoso et al. (2013), onde moradias precárias estiveram relacionadas com infecção do trato respiratório inferior (ITRI). Assim como uso de fogão à lenha dentro de casa, crianças dormindo no chão e domicílios sem banheiro estão diretamente associados a hospitalizações por infecção do trato respiratório inferior (ITRI). Provavelmente porque a maioria dessas casas é construída com materiais não industrializados, contribuindo para o acúmulo de resíduos e de poeira (CARDOSO A. et al., 2013).

As variáveis tabagismo, idade materna, história familiar de asma, renda per capita e escolaridade dos pais estão incluídos nos fatores parentais. A baixa escolaridade, analisada por Prietsch et al. (2008), apresentou estar mais relacionada quando esta é uma condição materna, indicando que a baixa escolaridade da mãe influencia no aumento dos índices de insuficiência respiratória inferior. Supostamente pelo fato da renda do pai ser decisiva na renda familiar, restando para a mãe a responsabilidade da educação dos filhos, assim como da saúde da criança, sofrendo o impacto que a baixa escolaridade acarreta nessa função. Da mesma forma, o tabagismo, sobretudo das mães, afeta o sistema respiratório das crianças, comprometendo sua saúde, contrapondo com os achados de Cardoso et al. (2013), em que o tabagismo materno não

mostrou significativa relação com hospitalizações por infecção do trato respiratório inferior (ITRI).

A idade materna, analisada tanto por Prietsch et al. (2008), como por Cardoso et al. (2013), expressa sua influência com afecções respiratórias, constatando que a maternidade acima dos 30 anos se mostra protetora na saúde respiratória da infância. A história familiar de asma nos dois estudos representou conexão com doenças respiratórias, assim como a renda familiar, que também demonstrou estar associada em ambos os estudos, onde, quanto menor a renda, maior a prevalência de infecções do trato respiratório. Achados semelhantes foram encontrados por Benício et al. (2004), quando associada esta condição à frequência de sibilâncias. Possivelmente pelo fato da baixa renda influenciar na qualidade da alimentação, reduzindo a imunidade da criança, deixando-a mais suscetível às doenças.

As condições da criança foram subdivididas em: baixo peso ao nascer, uso de mamadeira pela criança, frequência à creche, parasitose, episódios anteriores de chiado e de infecções respiratórias, hospitalização e presença de vírus. Benício et al. (2004), associaram o aumento da sibilância em crianças com baixo peso ao nascer, fator presente nos bebês prematuros, deixando-os mais suscetíveis a desenvolver sibilância devido à imaturidade do sistema pulmonar. Reforçando os achados de Cardoso et al. (2013), nos quais a hospitalização por infecção do trato respiratório inferior (ITRI) era seis vezes maior em crianças nascidas com baixo peso. Padrão semelhante, porém em menor grau, foi encontrado em crianças alimentadas por mamadeira, apesar desse dado não ter demonstrado diferença significativa na tabela do autor. No estudo desse autor, a sibilância anterior também esteve relacionada com hospitalização por infecção do trato respiratório (ITR).

Outro fator avaliado por Benício et al., foi a frequência à creche, após o controle de variáveis socioeconômicas demonstrou está relacionada com o aumento de infecção do trato respiratório inferior (ITRI) e sibilos transitórios, provavelmente devido à infecção cruzada ocasionada em locais de superlotação. A infecção por helmintos intestinais, analisada pelo autor, também evidenciou associação com aumento da sibilância. Os helmintos predominantes no estudo foram *ascaris lumbricoides* e *thichuris trichuras*, responsáveis por infectar quase um terço da população mundial. A associação desse tipo de infecção com a sibilância está relacionada ao fato de na fase pulmonar da migração da larva ocorrerem sintomas semelhantes à asma.

Nos achados de Prietsch et al. (2008), doenças respiratórias agudas foram maiores naqueles que tiveram infecção respiratória aguda no trimestre anterior, igualmente a sibilância, onde quanto maior o número de episódios de chiado, maior a probabilidade de desenvolver doença aguda do trato respiratório inferior. As doenças respiratórias prévias também apresentaram associação com hospitalização, principalmente por pneumonia como fator principal. Condizente com os achados de Cardoso et al. (2013), em que a hospitalização demonstrou significativa relação com novos internamentos. A hospitalização também foi analisada por Silva et al., que encontraram em seus estudos a presença de vírus em 85% dos episódios de infecção do trato respiratório inferior (ITRI). Destes, o principal vírus encontrado foi o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), seguido de Metapneumovírus humano (hMPV) e de Rinovírus Humano (HRV), porém estes vírus concomitantes foram mais frequentes nos resultados nos achados do autor. A presença destes vírus, simultâneos ou não, demonstrou estarem relacionados ao aumento do tempo de internação, assim como a necessidade do uso e a duração de oxigênio suplementar.

As limitações deste artigo foram a incompatibilidade dos estudos para a elaboração de uma metanálise e a dificuldade de elucidar a relação entre a variável aglomeração e a possibilidade dela ser protetora para a asma.

## 5 CONCLUSÃO

Considera-se que os principais fatores de risco para o surgimento de doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos podem ser a aglomeração, exposição a fumaça, condições precárias de moradia, baixa renda, baixa escolaridade materna, histórico familiar de asma, baixo peso ao nascer, frequência a creche e história de infecções respiratórias anteriores. A presença do rinovírus associado ou não ao vírus sincicial respiratório e a necessidade de oxigênio suplementar estão associados a maiores índices de hospitalização por doenças respiratórias.

Diante das divergências em relação ao fator aglomeração, sugerem-se novos estudos para melhor esclarecer sua relação com as afecções do trato respiratório.

## REFERÊNCIAS

BENÍCIO, M. H. D'A et al. Wheezing conditions in early childhood: prevalence and risk factors in the city of São Paulo, **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 7, p. 516-522, 2004.

BOTELHO, C. et al. Fatores ambientais e hospitalizações em crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1771-1780, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes Metodológicas**: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognósticos. Brasília, 2014.

CARDOSO, M. R. A. et al. Crowding: risk factor or protective factor for lower respiratory disease in young children? **BMC Public Health**, v. 4, n. 19, p. 1-8, 2004.

CARDOSO, A. M. et al. Risk factors for hospital admission due to acute lower respiratory tract infection in Guarani indigenous children in southern Brazil: a population-based case-control study. **Tropical Medicine and International Health**, v. 18 n. 5 p. 596-607, 2013.

CHIESA, A. M. et al. Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 55-69, 2008.

FAÇANHA, M. C; PINHEIRO, A. C. Doenças respiratórias agudas em serviços de saúde entre 1996 e 2001, Fortaleza, CE. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 346-350, 2004.

FRAUCHES, D. O. et al. Doenças respiratórias em crianças e adolescentes: um perfil dos atendimentos na atenção primária em Vitória/ES. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-11, 2017.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 24, n. 2, Abr./Jun. 2015.

KOMARSSON, K. A. C. et. al, Problemas respiratórios em crianças na primeira infância: conhecimento dos profissionais das creches. **Rev. Min. Enferm**, v. 12, n. 1, p. 92-98, 2008.

MALTA, M. et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 559-565, 2010.

MARTINS, O. et al. Incidência de infecções comunitárias de vias aéreas inferiores em crianças. **Rev Paul Pediatr**, v. 34, n. 2, p. 204-209, 2015.

PEREIRA, M. G.; GALVAO, T. F. Extração, avaliação da qualidade e síntese dos dados para revisão sistemática. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 577-578, Jul./Set. 2014.

PRIETSCH, S. O. M et al. Doença respiratória em menores de 5 anos no sul do Brasil: influência do ambiente doméstico. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 13, n. 5, p. 303-310, 2003.

\_\_\_\_\_. Acute lower respiratory illness in under-five children in Rio Grande, Rio Grande do Sul State, Brazil: prevalence and risk factors. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1429-1438, 2008.

SILVA, E. R. Severe lower respiratory tract infection in infants and toddlers from a non-affluent population: viral etiology and co-detection as risk factors. **BMC Infectious Diseases**, v. 13, n. 41, p. 1- 8 2013.

VARGAS, S. et al. Fatores de risco para patologias respiratórias infantis. **Rev. Salus-Guarapuava**, v. 4, n. 1, p. 87-98, 2010.



# CAPÍTULO 5

## ABORDAGEM DE NÚCLEO FAMILIAR NUMEROSO CONDUZIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO

Dianna Rodrigues Barboza, Especialista em Saúde da Família, Universidade Estadual de Montes Claros

Leonardo Soares Leles, Especialista em Saúde da Família, Universidade Estadual de Montes Claros

Barbara Quadros Tonelli, Especialista em Saúde da Família, Universidade Estadual de Montes Claros

Aline Soares Figueiredo Santos, Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros

Sammantha Maryanne Soares Brito, Especialista em Medicina de Família e Comunidade, Universidade Estadual de Montes Claros

### RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu com o intuito de realizar ações de promoção, prevenção e reabilitação para a comunidade, devendo assim dar suporte às famílias e cuidar destas em suas fragilidades. Existem técnicas baseadas na realidade local com a utilização de diversos instrumentos de abordagem familiar, que auxiliam os profissionais de saúde conhecerem o funcionamento, a interação e o contexto familiar. O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência de profissionais de saúde de uma equipe de ESF do município de Montes Claros, Minas Gerais, com uma intervenção aplicando as ferramentas de abordagem familiar em entrevista, sendo elas Genograma, Ecomapa, Ciclo de Vida Familiar, FIRO, P.R.A.C.T.I.C.E. e a Conferência Familiar. Tais ferramentas utilizadas, cada uma com suas especificidades, possibilitaram a identificação das configurações do núcleo familiar, seus arranjos, contexto, suas relações, seu processo social e vivência de maneira clara e realista. Além disso, oportunizou maior entendimento sobre a família, possibilitando que a equipe observasse e intervisse na dinâmica familiar. O emprego dessas ferramentas foi de suma importância e permitiu ainda uma interação interprofissional, além de induzir a resolução de problemas da família, a partir do entendimento dos membros, incentivando uma melhor definição dos papéis, com a proposição de uma reorganização familiar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estratégia Saúde da Família. Atenção primária à saúde. Núcleo familiar.

### INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada em 1994, pelo Ministério da Saúde, surgiu com o intuito de realizar ações de promoção, prevenção e reabilitação para a comunidade. Nesse contexto, a ESF deve dar suporte às famílias, promovendo cuidado em suas fragilidades, com compreensão do contexto, permitindo que cada uma seja atendida conforme o princípio da equidade (BRASIL, 2013).

A família é definida como um grupo de pessoas geralmente aparentadas, que vivem na mesma casa ou que possui vínculo, como pai, mãe e filhos, podendo abranger essa definição pessoas unidas por laços de parentesco, linhagem, sangue e por adoção (CHAPADEIRO *et al.*, 2011).

A importância na realização da abordagem familiar se dá como recurso para viabilizar o diagnóstico da dinâmica familiar, com ênfase àquelas de difícil acesso ou controle e então compreender sua organização, realizar o planejamento com intervenções em saúde, buscando um cuidado multidisciplinar e interdisciplinar, em que o resultado esperado seja o cuidado integral deste núcleo familiar (FIGUEIREDO, 2010).

Para um melhor entendimento e acompanhamento das famílias que necessitam de uma intervenção pode-se utilizar as ferramentas de abordagem familiar, sendo elas Genograma, Ecomapa, Ciclo de Vida Familiar, FIRO, P.R.A.C.T.I.C.E. e a Conferência Familiar, as quais, cada uma com suas especificidades, permitem que a ESF observe e intervenha no contexto familiar (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

O Genograma é uma ferramenta de representação gráfica do núcleo familiar, que permite aos profissionais observar de forma rápida e prática as particularidades da família em estudo. Complementar a este, o Ecomapa, no qual possibilita investigar o meio em que esta família está inserida e as relações ao seu redor (CHAPADEIRO *et al.*, 2011).

O Ciclo de Vida Familiar pode ser entendido como padrões que permitem certa previsibilidade e, portanto, intervenção da equipe de saúde, frente aos eventos e movimentos que ocorrem no histórico familiar, constituído por estágios de desenvolvimento e orientando os seus membros a se adaptarem (MOYSÉS *et al.*, 2008).

O FIRO – Fundamental Interpersonal Relations Orientations – pretende analisar como os membros desta família interagem, vivenciam, percebem e se sentem em relação ao seu dia a dia.

Já o P.R.A.C.T.I.C.E é a ferramenta, em que cada letra possui um significado, um acróstico usado em situações mais complexas na atenção ao indivíduo e sua família, para tentar solucionar o problema e as questões ligadas a ele no núcleo familiar.

Por fim, a Conferência Familiar se apresenta como uma reunião, em que os profissionais devem ter um roteiro a seguir e que os leve a identificar os problemas e sentimentos exteriorizados pelo núcleo familiar, que possibilita ajudar na mudança de alguns padrões, por

meio da definição de papéis entre os membros familiares (NETO, 2003). Sendo uma intervenção para um melhor funcionamento do grupo familiar.

O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência da aplicação de ferramentas de abordagem familiar, do processo diagnóstico a ser elaborado, bem como das intervenções realizadas na família em estudo, pelos profissionais de saúde de uma equipe da ESF do município de Montes Claros, MG - Brasil.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de caso. A família (o caso) foi escolhida para a abordagem familiar pela equipe de saúde, devido às suas baixas condições socioeconômicas, por contar com a ajuda de vários moradores no seu cuidado, pela motivação do diagnóstico de uma doença rara em um dos seus integrantes, que abrangem demanda a cuidados de paciente com Distrofia Muscular de Duchenne (DMD), gravidez na adolescência, enfrentamento de luto, entre outros problemas, que necessitavam de melhorar o cuidado dos membros pela intervenção mais próxima por parte da equipe de Saúde da Família.

Residente na área de abrangência da ESF há muitos anos, a família utiliza com frequência o serviço da equipe de saúde da atenção primária. O diagnóstico situacional iniciou-se com uma visita domiciliar da equipe de saúde, em que se estabeleceu vínculo com os membros, considerando como paciente-índice do estudo, K.G.D.S., 30 anos, matriarca da família.

As ferramentas de abordagem familiar utilizadas nesse estudo serão o Genograma, Ecomapa, Ciclo de Vida Familiar, FIRO, P.R.A.C.T.I.C.E e por fim, a Conferência Familiar, a fim de se construir um diagnóstico situacional, facilitando desta forma intervenções eficientes.

Os participantes consentiram em participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantido o sigilo e anonimato das informações. Para preservar a identidade dos participantes foram utilizadas as iniciais dos nomes e sobrenomes. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o parecer nº 572.244.

## **RESULTADOS**

A família possui formação nuclear extensa com nove membros fixos e um membro flutuante. A mesma é formada por um casal e cinco filhos, todos da mesma relação, dois netos e um genro (membro flutuante).

K.G.D.S., 30 anos, gênero feminino, moradora da área de abrangência da ESF, dona de casa, é a paciente índice do caso em questão. Cuida da casa, dos filhos, trabalha como faxineira esporadicamente, possui histórico de dois abortos espontâneos, sua primogênita apresenta histórico de gravidez na adolescência, cônjuge com problemas de alcoolismo, óbito na família (filho), e doença rara de caráter hereditário e progressivo em seu filho mais novo.

O vínculo da matriarca com a Unidade Básica de Saúde (UBS) se firmou através da doença do filho mais velho G.A.G.A., que se encontrava internado no hospital; da vontade da mesma em realizar a laqueadura tubária e do pré-natal da filha mais velha. O acompanhamento da família na UBS se deu, de fato, com os problemas apresentados por G.A.G.A., em que o mesmo, desde o seu nascimento, foi assistido pela ESF com problemas musculares e de deambulação, sendo diagnosticado aos 07 anos de idade com DMD. Na época, G.A.G.A. passou por várias consultas na UBS, recebeu visitas domiciliares, acompanhamento por fisioterapeuta, algumas internações hospitalares e veio a falecer aos 14 anos de idade.

A DMD se apresenta como um distúrbio genético de caráter recessivo ligado ao cromossomo X, por isso há uma predileção pelo sexo masculino, sendo a mais comum e grave das distrofias musculares, em que os sinais e sintomas se apresentam de forma severa e com evolução mais rápida, levando à morte por volta dos 20 ou 30 anos (CAROMANO, 1999).

Após a morte do filho G.A.G.A., a intervenção da equipe de Saúde da Família foi de fundamental importância na vida dos membros da casa e, atualmente, um acompanhamento mais presente está sendo realizado para o filho mais novo do casal D.L.G.A., de três anos de idade, que já apresenta sinais e sintomas da DMD como dificuldade de deambulação e está sendo assistido junto à fisioterapia para um melhor prognóstico do caso.

A gravidez na adolescência é um dos assuntos que a equipe de saúde abordou nas consultas de pré-natal durante a segunda gestação da filha mais velha do casal A.F.G.D.A., de 17 anos de idade, uma vez que a mesma já possui dois filhos e sua primeira gravidez foi aos 13 anos de idade.

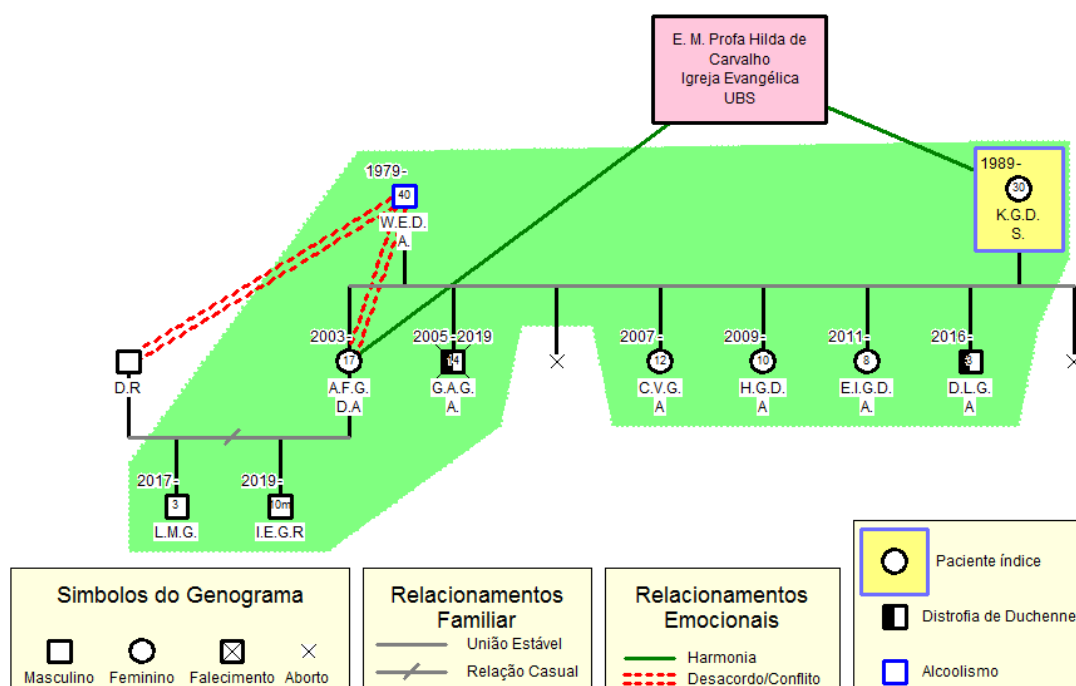
A matriarca K.G.D.S. começou a se organizar para realização da laqueadura tubária. Ela havia demonstrado o desejo de realizar o procedimento, mas não prosseguiu com o andamento de todas as etapas do processo e está retomando nesse momento.

Ainda segundo K.G.D.S., a família, exceto o seu esposo, frequenta a igreja evangélica esporadicamente, possui boa relação com membros da Escola Municipal Professora Hilda de

Carvalho, onde a maioria dos seus filhos estuda e com os profissionais da ESF Antônio Pimenta, que funciona como suporte para o enfrentamento dos problemas do dia a dia.

Observa-se a presença de membros de três gerações que se relacionam dentro do contexto familiar. Sua constituição pode ser observada no Genograma e Ecomapa (Figura 1).

Figura 1 - Genograma e Ecomapa da família do estudo de caso.



Fonte: Confeccionado pelos autores.

Analisando o Ciclo de Vida Familiar, a família em estudo apresenta-se em mais de um momento no ciclo, pela formação nuclear extensa: Família de Meia Idade; Família com filhos na infância e filhos na adolescência; Família com netos. Fatores que podem ser a razão dos variados enfrentamentos e mudanças apresentadas pela família e que sugere um acompanhamento da equipe de saúde, com condutas que apoiem a família em tais estágios. O quadro 1 apresenta os dados obtidos após a aplicação da ferramenta FIRO, que envolve as dimensões: inclusão (estrutura, conectividade e modo de compartilhar), controle e intimidade.

Quadro 1: Descrição da aplicação da ferramenta FIRO na família em estudo.

FIRO	
Inclusão	<p>Estrutura</p> <p>-K.G.D.S. encontra-se sobrecarregada pelas muitas demandas sob sua responsabilidade (cuidados com os filhos, especialmente D.L.G.A., que requer cuidados especiais, atividades domésticas e trabalho como faxineira às sextas-feiras).</p> <p>-W.E.D.A. não superou o falecimento de G.A.G.A., não tem um emprego formal e tem feito uso abusivo de álcool.</p>

	-C.V.G.A. apresenta dificuldades escolares importantes no que diz respeito à aprendizagem e à socialização.
	-Os demais filhos de K.G.D.S. e de W.E.D.A. já auxiliam na execução de parte das atividades domésticas.
	-Os filhos de A.F.G.D.A. estão na primeira infância e, portanto, demandam os cuidados próprios desta fase, não apresentando até o momento problemas de saúde significativos.
	-K.G.D.S. e A.F.G.D.A. apresentam relacionamento próximo e oferecem suporte uma à outra, diante das dificuldades enfrentadas pela família.
Conectividade	-W.E.D.A. mantém-se distante dos demais membros, especialmente devido ao abuso de álcool.
	-D.R. e A.F.G.D.A. mantém um relacionamento afetivo próximo apesar de não coabitarem.
Modos de compartilhar	A família costuma frequentar as casas de familiares, bem como o parque municipal da cidade e uma igreja evangélica. W.E.D.A. geralmente não acompanha os demais membros da família nesses momentos.
<b>Controle</b>	K.G.D.S. exerce o papel de líder da família, já que é a principal responsável pelos cuidados dos filhos e da casa, sendo um elo entre o serviço de assistência à saúde, a escola e os demais membros da família. Apesar de não ser a principal responsável pelo sustento financeiro da casa, o funcionamento da família é estabelecido predominantemente por ela.
<b>Intimidade</b>	K.G.D.S. e A.F.G.D.A. se apoiam e são próximas, apresentando, inclusive, comportamento parecido.

Fonte: Confeccionado pelos autores.

A representação da ferramenta P.R.A.C.T.I.C.E. é apresentada no Quadro 2.

Quadro 2: Descrição da aplicação da ferramenta P.R.A.C.T.I.C.E. na família em estudo.

P.R.A.C.T.I.C.E.	
<b>P – Problems</b> (Problemas atuais)	-D.L.G.A. apresenta os sinais iniciais da distrofia muscular de Duchenne. -K.G.D.S. ainda não foi submetida à laqueadura tubárea, conforme desejo manifestado por ela e aconselhamento da equipe de saúde. -A.F.G.D.S. sendo ainda adolescente, tem dois filhos.
<b>R - Roles</b> (Papéis e estrutura)	-K.G.D.S. é a matriarca da família, sendo responsável por parte das tarefas domésticas, bem como pelo cuidado dos filhos e por parte do sustento da família. -A.F.G.D.S. é a filha mais velha e contribui com a realização das tarefas domésticas, além de cuidar dos seus filhos e auxiliar no cuidado dos irmãos mais novos. -W.E.D.A. é o patriarca e o principal responsável pelo sustento financeiro da família, através de trabalhos provisórios e informais como pedreiro.

	-D.R auxilia financeiramente A.F.G.D.S. e os filhos e contribui com a educação destes.
	-C.V.G.A., H.G.D.A. e E.I.G.D.A. frequentam a escola e auxiliam na realização das tarefas domésticas.
	-D.L.G.A. frequenta escola e recebe cuidados especiais da mãe e da irmã mais velha.
<b>A - affect</b> <b>(Afeto)</b>	-K.G.D.S. é introspectiva e reage de maneira predominantemente passiva em relação aos problemas apresentados por ela e pela família. Não confronta o esposo e não busca por alguns recursos importantes para o tratamento de D.L.G.A. Tem demonstrado proatividade porém no que diz respeito à possibilidade de realização da própria laqueadura tubárea.
	-A.F.G.D.S. apresenta comportamento semelhante ao da sua mãe, porém entra em conflito com o pai quando este está sob efeito de bebidas alcóolicas. Não demonstra grande preocupação no que diz respeito à sua condição de mãe, sendo ainda adolescente, apesar de fazer uso de contraceptivo hormonal.
	-W.E.D.A. não superou o falecimento de G.A.G.A e não auxilia nos cuidados aos filhos, especialmente D.L.G.A, que requer atenção especial.
<b>C - Communication</b> <b>(Comunicação)</b>	-W.E.D.A. demonstrou, durante a aplicação das ferramentas, pouco diálogo com a família e a equipe. Entre os demais membros percebeu-se diálogo efetivo e comunicação pacífica.
<b>T - Time of life cycle</b> <b>Tempo no ciclo de vida</b>	-Sendo uma família de formação nuclear extensa, identifica-se mais de um momento no ciclo de vida: filho na infância, filhos na adolescência e família com netos.
<b>I - illness</b> <b>Experiência do adoecimento</b>	-Falecimento recente de um dos filhos, G.A.G.A., devido complicações da Distrofia Muscular de Duchenne, havendo elaboração parcial do luto pelo pai.
	-Filho mais novo do casal, D.L.G.A., apresenta a mesma doença que o irmão falecido. Já demonstra limitações e demanda maior cuidado.
	-K.G.D.S. e W.E.D.A. demonstram certo comodismo em relação à busca por melhor qualidade de vida para D.L.G.A.
<b>C - coping with stress</b> <b>Lidando com o estresse</b>	-Os membros do núcleo familiar com exceção de W.E.D.A., frequentam a igreja evangélica do bairro próximo a residência, tem boas relações com os familiares e os visitam com frequência, o que pode ter contribuído para lidar com os problemas, principalmente no período do falecimento de G.A.G.A.
	-Já W.E.D.A. após o falecimento do filho não lidou bem com o estresse, visto que apresentou indícios de crise psicológica seguida de tentativa de agressão contra familiares com intenção de letalidade, já que o mesmo teve um episódio de agressão e tentativa de homicídio para com a família.
<b>E - Ecology</b> <b>Ecologia</b>	-A família tem como principais pontos de apoio fora do ambiente familiar, a equipe de ESF e a escola, onde a maioria dos filhos estuda.

Fonte: Confeccionado pelos autores.

A Conferência Familiar para intervenções junto a família, foi realizada e após discussões dos temas levantados pela equipe nas demais ferramentas e pelo próprio núcleo familiar obteve os resultados descritos: agendamento de consultas médicas para todos os membros da família devido as mais diversas demandas, diagnóstico da Distrofia de Duchenne para o filho mais novo do casal com demanda médica, fisioterapeuta e fonoaudiológica, diversas queixas clínicas do patriarca, demandas de atenção escolar para as três filhas do casal, planejamento familiar para a matriarca e primogênita, além de envolvimento dos membros para o próprio cuidado.

As intervenções estão sendo realizadas pela ESF de forma multidisciplinar envolvendo os profissionais dentistas, enfermeiro, médico e fisioterapeuta. A equipe tem prestado os atendimentos necessários para proporcionar o planejamento familiar para A.F.G.D.S., laqueadura tubária para K.G.D.S. e orientações para a família, com os mais variados temas. O fisioterapeuta já iniciou os atendimentos a D.L.G.A. como forma de retardar a doença ou melhorar a qualidade de vida da criança e familiares. É incentivado que as relações dos membros com a escola e igreja sejam fortalecidas, por serem, junto à ESF, o suporte desta família.

Diante de todas as informações expostas a partir da aplicação das ferramentas, foi possível identificar as principais características apresentadas pelo núcleo familiar: gravidez na adolescência, Distrofia Muscular de Duchenne, família numerosa, alcoolismo e ausência de planejamento familiar.

## **DISCUSSÃO**

A família do presente estudo apresenta diversas questões que mobilizam a equipe da ESF, como um todo, levantando discussões, análises e reflexões da prática profissional para adequada intervenção. O uso das ferramentas de abordagem familiar possibilita aos profissionais envolvidos uma construção do conhecimento mais abrangente sobre a família e uma melhor interação com a equipe e com os membros que a compõem (NOBRE *et al.*, 2014; TONELLI *et al.*, 2018).

Fica clara a grande preocupação em relação à DMD, principalmente por serem evidentes sinais e sintomas em um membro da família. Esta doença, em geral, se manifesta clinicamente por volta dos 3 anos de idade, sendo evidente aos 5 anos, com fraqueza muscular perceptível pela dificuldade de pular, saltar e correr (LEVY, 1978). Desta forma, a prestação de cuidados imediatos para com este paciente é de suma importância para retardar complicações da sua saúde.



O diagnóstico da DMD pode ser estabelecido, na maioria dos casos, a partir da história familiar, de achados clínicos, laboratoriais e genéticos, podendo ser utilizados, eventualmente, exames eletrofisiológicos ou histológicos, incluindo outros exames gerais e existentes no Sistema Único de Saúde (SUS), como eletrocardiografia e tomografia computadorizada que podem fornecer informações adicionais para uma melhor compreensão sobre a evolução da DMD, bem como no auxílio do diagnóstico diferencial (CAROMANO, 1999). A equipe mobilizou-se, de forma multidisciplinar, para atender a criança. Foi iniciado o atendimento com o fisioterapeuta que atende a UBS e, com isso, estima-se um retardo nas manifestações da doença e melhora na qualidade de vida da criança.

Outra situação encontrada, a partir da abordagem com as ferramentas, foi a gravidez na adolescência presente no contexto familiar. Além dos riscos médicos à mãe e ao bebê, a gravidez na adolescência pode ser considerada um fenômeno social que acarreta problemas psicossociais e econômicos, bem como afeta a qualidade de vida e o crescimento pessoal e profissional (YAZLLE, 2006). O planejamento familiar é uma ferramenta que está sendo abordada na intervenção desta família, pelo histórico das várias gestações da matriarca, da gravidez precoce da mesma e da filha mais velha. A família possui, também, outras três filhas que se encontram em idade reprodutiva e devem ser dadas a elas informações sobre as consequências de gravidez na idade em que se encontram e no contexto não planejado, para que estas sejam detentoras do saber e o utilizem para planejamento de vida. A oferta de métodos anticoncepcionais com vistas à escolha autônoma aponta para a necessidade de os serviços proporcionarem opções, para que a população possa escolher livremente, de forma segura e confiável, o método mais adequado, desde métodos naturais, farmacológicos e informações para que sejam respeitados os diferentes momentos da vida reprodutiva, de acordo com a história de saúde e adaptação (BRASIL, 2002).

Quanto à elaboração do processo de luto, percebeu-se que o patriarca da família não elaborou de forma saudável tal processo e, deste modo, desencadeou uma crise que culminou numa agressão e tentativa de homicídio dentro do núcleo familiar, causando uma situação de estresse que abalou todos à época. Diante de perdas na família é necessário que o luto seja vivido individualmente e em grupo, sendo necessário a construção de uma nova vivência na família e de redistribuição dos papéis dentro do lar (MENEZES *et al.*, 2007). Essa reorganização e a expressão dos sentimentos são de fundamental importância para que crises no núcleo familiar sejam prevenidas. O apoio profissional pode facilitar o diálogo e a interação entre os integrantes promovendo um esvaziamento das memórias e sentimentos incômodos

(LABETE, BARROS, 2006), denotando a tamanha relevância de uma abordagem familiar pela equipe de saúde.

No contexto da família estudada, a responsabilidade recai sobre a matriarca, uma vez que o patriarca não é tão presente nos problemas familiares apresentados, os filhos são menores de idade, necessitando de cuidados e sendo ela quem busca ajuda para o enfrentamento das dificuldades. A mesma ocupa lugares distintos no ciclo familiar como mãe/avó/cuidadora/esposa.

Ao longo da condução do estudo a equipe pode perceber a importância da aplicação das ferramentas de abordagem familiar, possibilitando aos profissionais uma visão clara e resolutiva para a condução deste caso e de outros que possam demandar esta assistência. Novos estudos sobre as diferentes formas e utilizações das ferramentas, em contextos e realidades distintas devem ser estimulados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ferramentas de abordagem familiar utilizadas contribuíram no sentido de conhecer como se dá o relacionamento entre os membros da família e a vivência do processo saúde e doença, possibilitando acompanhar as diversas situações que permeiam a dinâmica familiar. A partir da elaboração desse diagnóstico, é possível diminuir o risco, intervir de forma correta e aumentar o vínculo e a interação dos profissionais e os membros deste núcleo familiar, além de orientar a redefinição de papéis entre tais membros.

A abordagem permitiu ainda uma interação interprofissional, levando ao entendimento da necessidade de se trabalhar em equipe, principalmente em se tratando de Atenção Primária à Saúde, a porta de entrada do usuário ao SUS, sendo fonte de recurso para a comunidade e para as famílias do território.

## REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégia Saúde da Família (ESF). Brasília: MS, 2013. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/implantacao-da-estrategia>. Acesso em: 28 jan 2020.
2. CHAPADEIRO, C. A., ANDRADE, H. Y. S. O., ARAÚJO, M. R. N. A família como foco da atenção primária à saúde. **Nescon/UFMG**, Belo Horizonte. 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2726.pdf>. Acesso em: 28 jan 2020.
3. FIGUEIREDO, E. N. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. **Módulo Político Gestor**, São Paulo, 2010. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_5.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf). Acesso em: 28 jan 2020.

4. OLIVEIRA, P. S. *et al.* O cuidado de um idoso frágil pela família. **Revista de Enfermagem UFPE online**. 10(1): 273-83, 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/8205/14069>. Acesso em: 19 fev 2020.
5. MOYSÉS, S. T. *et al.* Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. **Editora ArtesMédicas**. São Paulo. 2008.
6. NETO, I. G. A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. **Rev Port Clin Geral**. 19(1): 68-74, 2003. Disponível em: <http://biblioteca.esenf.pt/plinres.asp>. Acesso em: 19 fev 2020.
7. CAROMANO, F. A. Características do portador de distrofia muscular de Duchenne (DMD): revisão. **Arq Ciências Saúde UNIPAR**. 3(3):\_211-218, 1999. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/945/827>. Acesso em: 19 fev 2020.
8. NOBRE, L. L. R. *et al.* Abordagem familiar no âmbito da estratégia saúde da família: uma experiência de cuidado interdisciplinar. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. 12(2):458-468, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-AbordagemFamiliarNoAmbitoDaEstrategiaSaudeDaFamili-4901269.pdf>. Acesso em: 19 fev 2020.
9. TONELLI, S. Q. *et al.* Ferramentas de abordagem familiar: um estudo de caso no contexto da estratégia saúde da família. **Unimontes Científica**. 20(1): 23-39, 2018. Disponível em: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/624/500>. Acesso em: 19 fev 2020.
10. LEVY, J. A. Miopatias. 1.ed. São Paulo: Livraria Atheneu, 1978.
11. YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 28(8):443-5, 2006, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000800001>. Acesso em: 19 fev 2020.
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), Secretaria de Políticas de Saúde; Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília:MS, 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/implantacao-da-estrategia>. Acesso em: 19 fev 2020.
13. MENEZES, C. N. B. *et al.* Câncer infantil: organização familiar e doença. **Rev. Mal-estar Subj**. 7(1):191-210, 2007. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/1579/3563>. Acesso em: 19 fev 2020.
14. LABATE, R. C., BARROS, G. C. Uma possibilidade de escuta a uma família enlutada: Ressignificando a experiência de perda. **Rev. SPAGESP**. 7(1):50-57, 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/Munic%C3%ADpio/Downloads/Dialnet-UmaPossibilidadeDeEscutaAUmaFamiliaEnlutada-5562817.pdf>. Acesso em: 19 fev 2020.

# CAPÍTULO 6

## PRESENÇA DE CÁLCULOS PULPARES E DOENÇAS SISTÊMICAS

Edith Umasi Ramos, Doutoranda, UNESP  
Vinícius Ferreira Bizelli, Doutorando, UNESP  
Ana Paula Farnezi Bassi, Professora, UNESP

### RESUMO

A calcificação pulpar que se forma dentro da câmara pulpar ou do canal radicular, é frequentemente encontrada como um achado durante um procedimento endodôntico, sua incidência geralmente está relacionada a lesões traumáticas e idade, mas nos últimos estudos foi observada em pacientes com certas doenças sistêmicas. Portanto, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura sobre a frequência de cálculos pulpares em pacientes com doenças renais e cardiovasculares. Foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados Pubmed, Medline e da biblioteca virtual da saúde BVS, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão; neste trabalho verificou-se que a calcificação pulpar pode ser um achado frequente em pacientes com ou sem doenças sistêmicas, em diferentes grupos etários, tanto o grupo de adolescentes e adultos, com prevalência um pouco maior em cardiopatas, podendo-se observar também que em relação às doenças renais, não houve correlação significativa com a calcificação pulpar na maioria dos estudos avaliados, mas houve uma proporção de cálculo pulpar elevada nos pacientes em estágios terminais das doenças. Podemos concluir que a formação de calcificações pulpares aparentemente não ocorre antes do desenvolvimento de doenças cardíacas ou renais e, pelo contrário, estas se desenvolvem com a evolução patológica da doença, portanto, em pacientes já diagnosticados com alguma patologia relacionada. Nesse grupo de doenças sistêmicas, exames de rotina poderiam ser realizados para que funcionassem como marcadores de agravamento da doença e, assim, fossem úteis na prevenção de complicações graves.

**PALAVRAS-CHAVE:** Calcificações da Polpa Dentária, Calcificação de Dente, Doenças Cardiovasculares, Nefropatias.

### INTRODUÇÃO

Um dos minerais mais abundantes no corpo humano é o cálcio, embora este seja encontrado em maior proporção no esqueleto, deve-se mencionar que este elemento de forma livre denominado "cátion" hidratado é um mediador fisiológico que se encontra em diferentes processos metabólicos (BAIRD, 2011).

A ideia é que a presença de calcificação pulpar em um indivíduo possa estar relacionada a várias doenças sistêmicas, como calcificação da artéria carótida, doenças cardíacas, diabetes, doenças renais, até classificação da glândula salivar, com base em laudos ou registros. Histórias clínicas de pacientes (ÇALAYAN; DAĞISTAN; KELEŞ, 2015; EZODDINI-ARDAKANI et al., 2011; KASWAN et al., 2014; KHOJASTEPOUR et al., 2013; SRIVASTAVA et al.,

2020), é por isso que neste trabalho pretendemos, rever informações de diferentes estudos que nos permitem discernir esta ideia.

Existem diferentes tipos de presença de estruturas calcificadas na polpa dentária, tais como: cálculos pulpares, calcificação difusa e obliteração profusa; com distintas etiologias, mas que geralmente podem estar associadas a cáries, lesões traumáticas, envelhecimento e doenças sistêmicas (HOLAN, 1998).

Embora as lesões do tipo traumático sejam verdadeiras, podem causar diminuição do fluxo na polpa, também são capazes de provocar defeitos no controle nervoso, vasoconstrição, hemorragias, eventos tais que levam à calcificação e obliteração do canal pulpar, ou seja, quando há uma causa conhecida, pode-se esperar que se apresente esse fenômeno, mas quando não há história ou histórico de trauma anterior, e a presença de calcificação é observada, é importante saber se ela estaria ou não relacionada a alguma classe de patologia (HOLAN, 1998).

Por isso, o objetivo deste trabalho é verificar se existe relação entre a presença de estruturas calcificadas na polpa dentária sem história de lesão traumática e doenças sistêmicas, através de uma revisão da literatura.

Esta revisão de literatura está dividida em 2 partes, primeiro abordaremos a relação das estruturas calcificadas com as doenças cardiovasculares, depois em relação às doenças renais.

## **ESTRUTURAS CALCIFICADAS Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**

Em relação às doenças cardíacas, existem algumas que se relacionam com as calcificações pulpares de acordo com estudos anteriores, entre estas podemos citar a aterosclerose, estenose da artéria coronária, calcificação carotídea, doenças cardiovasculares e, em geral doenças cardiovasculares do coração (DE MOURA; DE PAIVA, 1987; EDDS et al., 2005; HORSLEY et al., 2009; KANSU et al., 2009; KHOJASTEPOUR et al., 2013; NAYAK; KUMAR; KRISHNA PRASAD, 2010; ŞENER; COBANKARA; AKGÜNLÜ, 2009).

A aterosclerose é uma doença que causa complicações graves, como ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais, causados por trombose, com consequências complexas em muitos casos; em base a literatura consta que se a existência de placas com tendência a gerar trombose pudesse ser diagnosticada dessa forma até evitar, consequentemente a aterosclerose se tornaria uma doença com consequências menores (FALK, 2006). Nesse sentido, foi possível observar que existe uma maior incidência de aterosclerose coronariana com calcificações

pulpaes em relação aos pacientes sem esta doença, bem como um maior número de dentes com presença de calcificações em pacientes com aterosclerose.

As doenças coronárias representam uma das principais causas de morte no mundo até o momento, em média mais de 3 milhões pessoas morrem de doença cardíaca coronária a cada ano, também foi observado que a estenose aumenta os eventos de morte cardíaca, infarto do miocárdio, portanto, afeta mortalidade e causa uma série de complicações, isso inclui todos os graus de estenose desde não obstrutiva menos de 50% até os mais graves 100% com obstrução total (YIN et al., 2018); Por outro lado, existe a hipótese de que a aterosclerose possa estar associada ao desenvolvimento de cálculos pulpaes, no estudo de Ezoddini – Ardakani, et al. foi observado que o cálculo pulpar em 82% dos pacientes com estenose arterial e 48% nos pacientes sem estenose. Além de observar cálculos pulpaes em 13% dos dentes de pacientes com estenose e em apenas 5% dos dentes de pacientes com doença, portanto, neste estudo sugere-se que radiografias dentárias possam ser utilizadas como método de detecção precoce de aterosclerose (EZODDINI-ARDAKANI et al., 2011).

Outro aspecto em relação às doenças cardiovasculares estão os pacientes diabéticos onde se observa maior incidência dessa doença, além de relatar que aproximadamente 70% dos homens e 50% das mulheres com doença arterial coronariana e fator de risco para diabetes tipo 1 desenvolvem calcificações coronárias por volta dos 40 anos (YAHAGI et al., 2018), há um estudo onde a relação entre calcificação pulpar e calcificação carotídea foi avaliada através de radiografia digital em pacientes com câncer, chegando a 247 radiografias panorâmicas, onde 32% apresentavam calcificação pulpar e 25% apresentavam calcificação pulpar e carotídea, com maior prevalência em maiores de 60 anos, a conclusão deste trabalho indicou que a calcificação pulpar não prediz a presença de calcificação carotídea (HORSLEY et al., 2009).

A relação entre calcificação pulpar e calcificação da artéria carótida em pacientes com disfunção renal também foi analisada, onde a relação entre a presença de calcificação pulpar e calcificação da artéria carótida não foi encontrada, então sugere-se que a existência de calcificação pulpar não serve como um marcador para aterosclerose (KANSU et al., 2009).

Como observamos até agora, há vários estudos que analisaram a relação entre a presença de cálculos pulpaes e distúrbios cardiovasculares por meio da radiografia panorâmica, mas a radiografia periapical também foi utilizada para esse fim, como a de Moksha Nayak et al., onde a presença de cálculo pulpar foi encontrado em 9,35% dentes de um total de 1.432 dentes de pacientes com doenças cardiovasculares, diabetes e defeitos de desgaste dentário; Neste estudo,

foi relatado um maior número de calcificações pulpares em pacientes com doenças cardiovasculares, além de observar uma maior prevalência em molares e na maxila, onde concluíram que existe uma correlação positiva entre cálculos pulpares e doenças cardiovasculares (NAYAK; KUMAR; KRISHNA PRASAD, 2010).

Contudo, há outro estudo onde foi indicado que a calcificação da câmara pulpar não estaria relacionada à presença de doenças cardiovasculares, isto por que 38% dos pacientes com calcificação da câmara pulpar terem sido relatados em indivíduos entre 13 e 65 anos, mas essa alta prevalência de calcificação pulpar foi percebida em dentes com restaurações ou cavidades, portanto, considerou-se que a calcificação pulpar não estaria associada a doenças cardiovasculares (ŞENER; COBANKARA; AKGÜNLÜ, 2009).

Outro estudo com abordagem semelhante ao anterior, mas com a diferença de buscar uma relação com a história familiar, focando apenas nas doenças cardiovasculares (DCV), utilizando também a radiografia odontológica de rotina, com uma faixa etária de 20 a 55 anos. Esse estudo teve como objetivo unicamente identificar cálculos pulpares não inflamados, encontrando como resultado uma relação significativa entre doença cardiovascular e cálculo pulpar, mas não com história familiar, isto devido ao fato de que 74% dos pacientes com doença cardiovascular tinham cálculos pulpares, e 39% dos pacientes sem DCV apresentaram cálculo pulpar, neste estudo foi sugerido que o achado de cálculo pulpar em uma radiografia de rotina poderia ser útil para o diagnóstico de DCV (EDDS et al., 2005).

## **CALCULOS PULPARES Y ENFERMEDADES RENALES**

Menciona-se que uma das características dos tecidos humanos é que eles sofrem constantes variações, entre estas podemos citar os sais de cálcio, que podem gerar sedimentos organizados e desorganizados, os substratos desorganizados são capazes de ser encontrados em tecidos moles, artérias, cérebro, rim, pulmão e polpa dentária (YELURI; KUMAR; RAGHAV, 2015). Quando nos referimos às doenças renais, podemos citar casos de cálculos renais, quadros mais graves como a insuficiência renal crônica, pacientes que são submetidos à diálise renal, ou seja, estágios avançados da doença renal, inclusive nos doentes em que foi realizado o transplante renal.

Primeiramente falaremos sobre a relação entre cálculo pulpar e cálculo renal, citando um estudo onde essa relação foi estudada comparando um grupo de pacientes com cálculo renal com um grupo controle sem a doença e com idade semelhante, por meio de radiografias de aleta de mordida, descobrindo como resultado um achado de opacidade na câmara pulpar em 19%

dos dentes examinados, e em 84% dos pacientes com cálculo renal, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre esses dois grupos, portanto, concluiu-se que a presença de cálculo pulpar não estaria relacionado a cálculos renais, ressaltando que havia maior presença de cálculos pulpares em molares do que em pré-molares (TARIM ERTAS et al., 2014).

Outro grupo de pacientes com doença renal severa são aqueles em diálise, neste estudo encontramos resultados diferentes, um primeiro estudo onde um grupo de pacientes em diálise peritoneal foi comparado com um grupo de pacientes saudáveis, os quais foram analisados através de radiografias panorâmicas e aleta e mordida, podendo avaliar a densidade óssea mandibular e a calcificação pulpar, com resultado que indicou que o percentual de calcificação pulpar foi semelhante nos dois grupos (KANJANABUCH et al., 2011).

Em outro estudo que também analisou pacientes que realizaram hemodiálise peritoneal comparando com pacientes saudáveis, focado na avaliação da presença de calcificações da câmara pulpar, cálculo pulpar e calcificações em tecidos moles, encontrou-se resultado oposto ao estudo anterior citado, mostrando que houve maior prevalência de calcificação pulpar e reabsorção do rebordo em pacientes com hemodiálise e, em relação às calcificações de tecidos brandos, não apresentou diferenças estatísticas significativas (ABDINIAN et al., 2020).

Além dos estudos anteriores, outro estudo focado em pacientes que realizaram hemodiálise, avaliou a prevalência de calcificação da artéria carótida e cálculo pulpar, tomando como controles pacientes que não realizaram hemodiálise, relatou como resultado do estudo uma prevalência de 30% dos pacientes com cálculo pulpar, de um total de 1,324 dentes, 237 foram encontrados com cálculo pulpar, 17%, observou-se também que 17% dos pacientes com calcificação da artéria carótida apresentavam cálculo pulpar, e 18% dos pacientes sem calcificação a presença de calcificação da artéria carótida; com esses dados foi possível concluir que não há correlação estatística entre calcificação da artéria carótida e válvula pulpar em pacientes em hemodiálise, além do fato em que e a presença de cálculo pulpar não servir como preditor de calcificação da artéria carótida (GUNEN YILMAZ et al., 2019).

Pacientes em estágios terminais de doença renal geralmente são submetidos à diálise, o desenvolvimento de calcificação da artéria carótida costuma ser observado, neste estudo o percentual de calcificação pulpar e calcificação da artéria carótida em pacientes em hemodiálise foi avaliado através de radiografia periapical e panorâmica, a presença ou ausência de estreitamento da polpa dentária e calcificação pulpar no canal e câmara pulpar, como resultado observou-se que curiosamente nenhum desses pacientes desenvolveu calcificação carotídea,



por outro lado, 84% dos pacientes que apresentam estreitamento da polpa dentária, e 38% tinham cálculos pulpares; não houve correlação estatística entre estreitamento pulpar e calcificação carotídea, ou entre calcificação pulpar e calcificação carotídea, então, aparentemente, a calcificação pulpar não poderia ser útil como marcador diagnóstico para calcificação carotídea (PATIL; SINHA, 2013).

Outro aspecto que é avaliado em pacientes com insuficiência renal crônica é em relação a se há variação em relação às características morfológicas da câmara pulpar, a este respeito um estudo mostrou que houve diferenças estatísticas significativas em relação ao tamanho da câmara pulpar quando comparada entre pacientes com insuficiência renal crônica e um grupo controle de pacientes saudáveis (ÇAYLAYAN; DAĞISTAN; KELEŞ, 2015).

Em muitas ocasiões, os pacientes com doença renal grave requerem a realização de um transplante para tratamento, e esse grupo de pessoas passa a ser um conjunto especial de pacientes, pois, podem esperar várias alterações em decorrência do transplante realizado, principalmente por terem que consumir inúmeros medicamentos, e logicamente em decorrência do curso da doença houve mudanças; foi encontrado um estudo realizado em crianças e adolescentes que receberam transplantes de rim e fígado, onde foram avaliadas alterações no metabolismo ósseo e calcificação da polpa dentária, relatando como resultado do estudo que 13% dos pacientes transplantados do rim apresentavam cálculos pulpares, e 8% dos pacientes com transplante de fígado apresentavam cálculos pulpares, estes apresentavam alterações ósseas, além dos indivíduos tratados com glicocorticoides terem maior proporção de cálculos pulpares (OLCZAK-KOWALCZYK et al., 2012).

## **DISCUSSÃO**

De acordo com a literatura e estudos anteriores, acredita-se que a obliteração da câmara pulpar e do canal radicular geralmente está relacionada a eventos traumáticos, ressaltando que nem todas as lesões traumáticas produzem obliteração pulpar, apenas um percentual mínimo foi observado nos dentes da região anterior. Dos dentes traumatizados desenvolveram obliteração pulpar, sem contar que esse tipo de lesão representa um desafio para o tratamento endodôntico, e uma grande porcentagem não requerem tratamento somente após a radiografia (MCCABE; DUMMER, 2012). No entanto, há estudos que relatam a presença de calcificações pulpares em dentes sem história de trauma e sem doença sistêmica (ABDINIAN et al., 2020; TARIM ERTAS et al., 2014).

Além de observar calcificação pulpar em pacientes sem doenças sistêmicas, também foram relatados estudos onde obliterações pulpares foram observadas em pacientes com algum tipo de doença sistêmica, como a doença cardíaca e renal (ABDINIAN et al., 2020; EZODDINI-ARDAKANI et al., 2011; KHOJASTEPOUR et al., 2013; SRIVASTAVA et al., 2020), portanto, que é interessante analisar esses pacientes.

Quando nos referimos à calcificação pulpar, entende-se que são estruturas calcificadas e se manifestam como cálculo pulpar e calcificação difusa; essa calcificação pulpar é composta por cálcio, fósforo, flúor, sódio e magnésio, sabendo-se que as doenças renais causam distúrbios do metabolismo mineral ósseo; A diabetes também facilita a formação de cálculos biliares e cálculos na polpa, porque os depósitos de cálcio e fósforo ocorrem no tecido normal e em áreas de inflamação crônica (GUNEN YILMAZ et al., 2019).

É importante lembrar que a calcificação pulpar pode ser observada tanto na dentição temporária quanto na permanente, como foi observado nos diversos estudos que fazem parte desta revisão de literatura, a importância da calcificação da artéria carótida se deve ao fato de ser um marcador de eventos vasculares futuros, e pressagiador de mortalidade cardiovascular (GUNEN YILMAZ et al., 2019), e se este evento seria reparado com a presença de cálculos pulpares, representaria um indicador diagnóstico útil.

Apesar de se observar um pequeno percentual de presença de cálculo pulpar em dentes que não sofreram trauma, em pacientes muito jovens, de forma que o envelhecimento próprio da idade não pudesse ser atribuído como causa, observa-se maior frequência de calcificação pulpar em indivíduos com transplante renal, assim como terapêutica medicamentosa com glicocorticoides (OLCZAK-KOWALCZYK et al., 2012); porém, ao contrário, na maioria dos estudos, não foi encontrada correlação significativa entre calcificação pulpar e distúrbios renais, o que sugere que podem existir outros fatores que facilitam a formação de cálculos pulpares, ou pode ser devido ao fato da calcificação pulpar ser imperceptível, a menos que seja de tamanho considerável (GUNEN YILMAZ et al., 2019).

Quando há uma lesão traumática, ocorre sangramento interno que pode se tornar um coágulo, posteriormente calcificar e causar obliteração do canal pulpar (HOLAN, 1998), ao contrário dos cálculos pulpares verdadeiros onde se observam massas de tecido calcificado semelhantes à dentina com túbulos irregulares e odontoblastos (HOLAN, 1998), por outro lado, em vários estudos são observadas uma relação entre doença cardíaca e calcificação pulpar, neste estudo foram compilados vários estudos que relacionavam calcificação da artéria carótida e

calcificação da polpa, com um maior número de estudos que relatam uma relação positiva entre calcificação pulpar e doenças cardiovasculares, e em alguns casos relataram um maior risco de desenvolver calcificação coronariana em pacientes mais velhos.

## CONCLUSÃO

Podemos concluir com base nos estudos existentes que a formação do cálculo pulpar aparentemente não ocorre antes do desenvolvimento de doenças cardíacas ou renais, e que estas se desenvolvem com o desenvolvimento da doença, portanto, em pacientes já diagnosticados com alguma Patologia relacionada a esse grupo de doenças sistêmicas poderia ser realizado em exames de rotina para que funcionassem como marcadores de agravamento da doença e, assim, fossem úteis na prevenção de complicações graves.

## REFERÊNCIAS

ABDINIAN, M.; SALEHI, M. M.; MORTAZAVI, M.; SALEHI, H.; NAEINI, M. K. Comparison of dental and skeletal indices between patients under haemodialysis and peritoneal dialysis with healthy individuals in digital panoramic radiography. **Dentomaxillofacial Radiology**, [s. l.], v. 50, n. 1, 2020.

BAIRD, G. S. Ionized calcium. **Clinica Chimica Acta**, [s. l.], v. 412, n. 9–10, p. 696–701, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cca.2011.01.004>>

ÇAĞLAYAN, F.; DAĞISTAN, S.; KELEŞ, M. The osseous and dental changes of patients with chronic renal failure by CBCT. **Dentomaxillofacial Radiology**, [s. l.], v. 44, n. 5, 2015.

DE MOURA, A. A. M.; DE PAIVA, J. G. Pulpal calcifications in patients with coronary atherosclerosis. **Dental Traumatology**, [s. l.], v. 3, n. 6, p. 307–309, 1987.

EDDS, A. C.; WALDEN, J. E.; SCHEETZ, J. P.; GOLDSMITH, L. J.; DRISKO, C. L.; ELEAZER, P. D. Pilot study of correlation of pulp stones with cardiovascular disease. **Journal of Endodontics**, [s. l.], v. 31, n. 7, p. 504–506, 2005.

EZODDINI-ARDAKANI, F.; NAMAYANDEH, S. M.; SADR-BAFGHI, S. M.; FATEHI, F.; MOHAMMADI, Z.; SHAHRABI-FARAHANI, S.; HEDAYATI, A. S.; RAHMANI-BAGHEMALEK, M. J. Association of pulp stones with coronary artery stenosis. **Community Dent Health**, [s. l.], v. 28, n. 4, p. 305–307, 2011.

FALK, E. Pathogenesis of Atherosclerosis. **Journal of the American College of Cardiology**, [s. l.], v. 47, n. 8 SUPPL., p. 0–5, 2006.

GUNEN YILMAZ, S.; YILMAZ, F.; BAYRAKDAR, I. S.; HARORLI, A. The Relationship between carotid artery calcification and pulp stone among hemodialysis patients: A retrospective study. **Saudi journal of kidney diseases and transplantation : an official publication of the Saudi Center for Organ Transplantation, Saudi Arabia**, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 755–763, 2019.

HOLAN, G. Tube-like mineralization in the dental pulp of traumatized primary incisors. **Endodontics and Dental Traumatology**, [s. l.], v. 14, n. 6, p. 279–284, 1998.

HORSLEY, S. H.; BECKSTROM, B.; CLARK, S. J.; SCHEETZ, J. P.; KHAN, Z.; FARMAN, A. G. Prevalence of carotid and pulp calcifications: A correlation using digital panoramic radiographs. **International Journal of Computer Assisted Radiology and Surgery**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 169–173, 2009.

KANJANABUCH, P.; SINPITAKSAKUL, P.; CHINACHATCHAWARAT, S.; PACHARAPONG, S.; KANJANABUCH, T. Oral and radiographic findings in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. **Journal Med Assoc Thai**, [s. l.], v. 94, n. 4, p. 106–112, 2011.

KANSU, Ö.; ÖZBEK, M.; AVCU, N.; ASLAN, U.; KANSU, H.; GENÇTOY, G. Can dental pulp calcification serve as a diagnostic marker for carotid artery calcification in patients with renal diseases? **Dentomaxillofacial Radiology**, [s. l.], v. 38, n. 8, p. 542–545, 2009.

KASWAN, S.; PATIL, S.; MAHESHWARI, S.; RAHMAN, F.; KHANDELWAL, S. The relationship between pulp calcifications and salivary gland calcifications. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, [s. l.], v. 6, n. 5, p. e474–e478, 2014.

KHOJASTEPOUR, L.; BRONOOSH, P.; KHOSROPANAH, S.; RAHIMI, E. Can dental pulp calcification predict the risk of ischemic cardiovascular disease? **Journal of dentistry (Tehran, Iran)**, [s. l.], v. 10, n. 5, p. 456–60, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24910654>><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4025416>>

MCCABE, P. S.; DUMMER, P. M. H. Pulp canal obliteration: An endodontic diagnosis and treatment challenge. **International Endodontic Journal**, [s. l.], v. 45, n. 2, p. 177–197, 2012.

NAYAK, M.; KUMAR, J.; KRISHNA PRASAD, L. A radiographic correlation between systemic disorders and pulp stones. **Indian Journal of Dental Research**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 369–373, 2010.

OLCZAK-KOWALCZYK, D.; GOZDOWSKI, D.; PAWŁOWSKA, J.; GRENDA, R. The status of dental and jaw bones in children and adolescents after kidney and liver transplantation. **Annals of Transplantation**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 72–81, 2012.

PATIL, S.; SINHA, N. Pulp stone, haemodialysis, end-stage renal disease, carotid atherosclerosis. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, [s. l.], v. 7, n. 6, p. 1228–1231, 2013.

ŞENER, S.; COBANKARA, F. K.; AKGÜNLÜ, F. Calcifications of the pulp chamber: Prevalence and implicated factors. **Clinical Oral Investigations**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 209–215, 2009.

SRIVASTAVA, K. C.; SHRIVASTAVA, D.; NAGARAJAPPA, A. K.; KHAN, Z. A.; ALZOUBI, I. A.; MOUSA, M. A.; HAMZA, M.; DAVID, A. P.; AL-JOHANI, K.; SGHAIREEN, M. G.; ALAM, M. K. Assessing the prevalence and association of pulp stones with cardiovascular diseases and diabetes mellitus in the saudi arabian population—a cbct based study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 17, n. 24, p. 1–10, 2020.

TARIM ERTAS, E.; INCI, M.; DEMIRTAS, A.; ERTAS, H.; YENGIL, E.; SISMAN, Y.; GOKCE, C. A radiographic correlation between renal and pulp stones. **West Indian Medical Journal**, [s. l.], v. 63, n. 6, p. 620–625, 2014.

YAHAGI, K.; KOLODZIE, F. D.; LUTTER, C.; MORI, H.; ROMERO, M. E.; FINN, A. V.; VIRMANI, R. ATVB in Focus series on “Vascular Calcification in Diabetes”: Pathology of Human Coronary and Carotid Artery Atherosclerosis and Vascular Calcification in Diabetes. **Arterioscler Thromb Vasc Biol**, [s. l.], v. 37, n. 2, p. 191–204, 2018.

YELURI, G.; KUMAR, C. A.; RAGHAV, N. Correlation of dental pulp stones, carotid artery and renal calcifications using digital panoramic radiography and ultrasonography. **Contemporary Clinical Dentistry**, [s. l.], v. 6, p. S147–S151, 2015.

YIN, Z.; ZENG, C.; ZHANG, X.; YANG, C.; WANG, H.; SONG, W.; WANG, X.; FU, C.; SHI, W.; FANG, Y. The characteristics of coronary stenosis in 11,267 patients from Southwest China: a retrospective study. **Journal of Thrombosis and Thrombolysis**, [s. l.], v. 45, n. 1, p. 142–150, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s11239-017-1568-z>>

# CAPÍTULO 7

## ADESÃO DA MACONHA MEDICINAL NO TRATAMENTO DA EPILEPSIA: UMA REVISÃO BIBLIOMÉTRICA

Aline Leite Barros, Discente do Curso de Medicina, UNIFIP  
Damara Zavane Barros Freitas, Discente do Curso de Medicina, UNIFIP  
Suzana Régis Araújo, Discente do Curso de Medicina, UNIFIP  
Everson Vagner de Lucena Santos

### RESUMO

**Introdução:** A epilepsia é uma doença neurológica causada por recorrentes episódios de atividade neural demasiada, podendo ocasionar graves consequências. É uma enfermidade sem cura, porém possui tratamento farmacológico com anticonvulsivantes, mas que nem sempre são eficazes. Diante disso, ressalta-se a importância e os benefícios causados pela utilização da substância derivada da planta Cannabis, conhecida como maconha. **Objetivo:** O estudo em questão busca mapear as publicações científicas sobre a adesão da maconha medicinal no tratamento da epilepsia. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa bibliométrica realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando a base de dados Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), no período de 2010 a 2020. Ao todo foram selecionados 21 artigos, cujos critérios de inclusão foram: artigos disponibilizados em texto completo, nos idiomas português e inglês, assunto principal “anticonvulsivantes” e intervalo de publicação nos últimos 10 anos. **Resultados:** Foram encontrados como principais tópicos a caracterização dos artigos selecionados, a quantidade de publicações por ano, a quantidade de autores por publicação, a quantidade de artigos por revista e os termos mais recorrentes durante o estudo. **Conclusão:** O estudo contribui para o conhecimento dos processos envolvidos no uso terapêutico da Cannabis, visando o suporte para áreas de pesquisa sobre planejamento de novos compostos canabinóides que apresentem atividade terapêutica e ausência de atividade psicotrópica com uma resposta significativa e satisfatória para o tratamento da epilepsia. **PALAVRAS-CHAVE:** Maconha Medicinal; Epilepsia; Cannabis; Terapêutica.

### 1 INTRODUÇÃO

A epilepsia, de acordo com FRENCH (2008) e PEDLEY (2008), é uma das principais doenças neurológicas que acometem adultos jovens no mundo. A mesma destaca-se pela ocorrência espontânea e frequente de episódios breves ou prolongados de atividade neuronal excessiva, devido a um estado de hiperexcitabilidade neuronal e hipsincronia.

É válido mencionar também que os pacientes com epilepsia podem sofrer consequências profundas, incluindo morte súbita, ferimentos, problemas psicológicos e transtornos mentais, conforme afirma MARCHETTI (2000) E DAMASCENO (2000).

De acordo com NETO (2005) e TUNES (2008) estima-se que a epilepsia aflige em média 50 milhões de pessoas mundo, sua maior ocorrência é em países subdesenvolvidos e onde estudos internacionais relatam que a taxa de incidência por ano em países desenvolvidos é de 40 a 70/100.000 e em países subdesenvolvidos essa taxa aumenta para 122 a 190/100.000. No Brasil não existem estudos publicados sobre a incidência anual de casos de epilepsia no país, contudo sabe-se que 1,9 milhões de brasileiros possuem esse distúrbio.

Sem cura, a epilepsia pode ser tratada através de medicamentos anticonvulsivantes, como Fenitoína e Topiramato, no qual 70% dos pacientes conseguem obter um resultado eficaz, por outro lado 30% dos indivíduos com lesões focais precisam de outras vias para diminuir as crises, pois os anticonvulsivantes nesses casos não possuem um desfecho satisfatório. Diante disso, surgiram estudos que revelam a notoriedade e o benefício do uso do canabidiol, substância derivada da planta Cannabis sativa, mais conhecida como maconha, para pacientes cujo tratamento convencional não surte o efeito esperado, conforme KRUSE et al. (2007).

A pesquisa bibliométrica é de notória importância para técnica estatística e quantitativa, com objetivo de contribuir e expandir o aprendizado para disseminação e produção do conhecimento. A partir disso, é essencial reconhecer a relevância do uso do Cannabis para o tratamento da epilepsia.

Desse modo, partindo da relevância do tema o objetivo principal do estudo em questão é mapear as publicações científicas sobre a adesão da maconha medicinal no tratamento da epilepsia no período de 2000-2020, por meio da busca sistematizada de artigos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando a base de dados Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE).

## **2 MÉTODO**

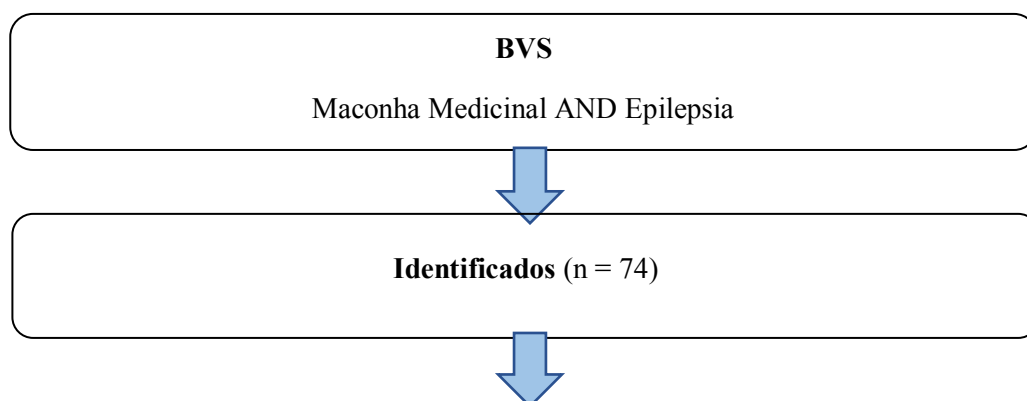
O trabalho trata-se de uma pesquisa do tipo bibliométrica, compreendida, de acordo com ARAÚJO (2006), como uma técnica quantitativa e estatística que tem como objetivo avaliar os índices de produção e disseminação do aprendizado científico. Para GIL (2017), a pesquisa bibliográfica é a essência do estudo exploratório, além disso a autora ainda expõe que o estudo dispensa a produção de hipóteses, porém enfatiza que análise pode ser conduzida pela tese da pesquisa experimental. Sabendo disso, ARAÚJO (2006) afirma que os resultados do estudo bibliométrico podem auxiliar pesquisadores que se deparam com uma nova temática.

De acordo com QUEVEDO-SILVA (2006, p.247, *apud* KUNZ E HOGREVE, 2011; HOPNER E GRIFFITH, 2015; WATSON ET AL., 2015), “para o estudo da Bibliometria,

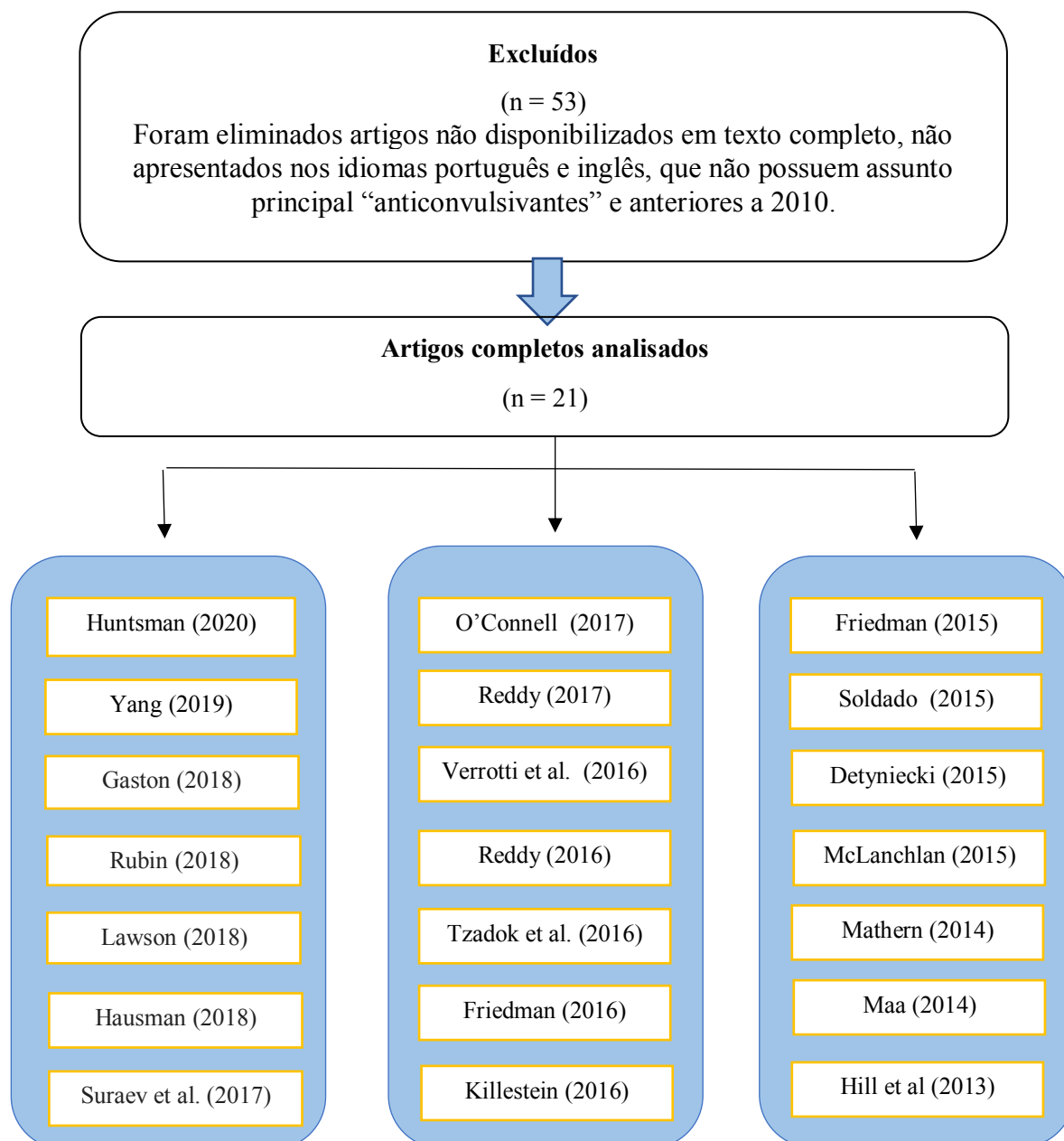
torna-se de grande importância o conhecimento das três principais leis: Lei do quadrado inverso de Lotka, o qual refere-se ao cálculo de produtividade de autores, ou seja, em determinada área do conhecimento existem muitos autores produzindo pouco material científico e poucos autores muito produtivos; Lei de Bradford, que se refere a dispersão de autores em diferentes periódicos científicos, com o propósito de determinar o periódico que mais se concentra artigos sobre determinado tema; Lei de Zipf, refere-se a constância de palavras em determinado texto, ou seja, há uma economia do uso de palavras, a mesma palavra será utilizada diversas vezes indicando o assunto do estudo”.

Visando desenvolver tal síntese de conhecimento, inicialmente foi escolhida a temática Adesão da maconha medicinal no tratamento da epilepsia: uma revisão bibliométrica. Em seguida, foram realizadas etapas para análise de dados. Foi estabelecido os Descritores Controlados em Ciências da Saúde (DeCS), em português: “Maconha Medicinal” e “Epilepsia”. Posteriormente, realizou-se a busca da pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando a base de dados Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE).

Foram encontrados 74 artigos com a temática estudada e aplicado os seguintes critérios para filtragem de inclusão: artigos disponibilizados em texto completo, nos idiomas português e inglês, assunto principal “anticonvulsivantes” e intervalo de publicação nos últimos 10 anos. Foram encontrados, após a filtragem, 21 artigos. No fluxograma 1 determina-se o processo de busca pela base de dados, o cruzamento dos DeCS, a quantidade de artigos identificados e que foram selecionados, bem como os seus respectivos autores.







### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados em cinco dimensões: 1. Caracterização dos artigos selecionados; 2. Quantidade de publicações por ano; 3. Quantidade de autores por publicação; 4. Quantidade de artigos por revista; 5. Termos recorrentes durante o estudo.

#### CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS.

No quadro 1 descreve os artigos selecionados para essa revisão bibliométrica, onde citou-se o nome dos artigos, autor (es), periódico e ano de publicação. Foram contabilizados 21 artigos, sendo 1 de caráter repetitivo, que explanam a questão: adesão da maconha no tratamento da epilepsia.

N	ARTIGO	AUTORES	REVISTA	ANO DE PUBLICAÇÃO
1	<a href="#">Cannabis for Pediatric Epilepsy.</a>	<a href="#">Huntsman, Richard J; Tang-Wai, Richard; Shackelford, Alan E.</a>	<a href="#">J Clin Neurophysiol</a>	2020
2	<a href="#">The US Food and Drug Administration's Authorization of the First Cannabis-Derived Pharmaceutical: Are We Out of the Haze?</a>	<a href="#">Yang, Y Tony; Szaflarski, Jerzy P.</a>	<a href="#">JAMA Neurol</a>	2019
3	Cannabis for the Treatment of Epilepsy: an Update.	<a href="#">Gaston, Tyler E; Szaflarski, Jerzy P.</a>	<a href="#">Curr Neurol Neurosci Rep</a>	2018
4	The Path to the First FDA-Approved Cannabis-Derived Treatment and What Comes Next.	<a href="#">Rubin, Rita.</a>	<a href="#">JAMA</a>	2018
5	Therapeutic use of medicinal cannabis in difficult to manage epilepsy.	<a href="#">Lawson, John A; Scheffer, Ingrid E.</a>	<a href="#">Br J Clin Pharmacol</a>	2018
6	Efficacy of CBD-enriched medical cannabis for treatment of refractory epilepsy in children and adolescents - An observational, longitudinal study.	<a href="#">Hausman-Kedem, Moran; Menascu, Shay; Kramer, Uri.</a>	<a href="#">Brain Dev</a>	2018
7	An Australian nationwide survey on medicinal cannabis use for	<a href="#">Suraev et al.</a>	<a href="#">Epilepsy Behav</a>	2017

	epilepsy: History of antiepileptic drug treatment predicts medicinal cannabis use.			
8	Cannabinoids in treatment-resistant epilepsy: A review.	<a href="#">O'Connell, Brooke K;</a> <a href="#">Gloss, David;</a> <a href="#">Devinsky, Orrin.</a>	<a href="#">Epilepsy Behav</a>	2017
9	The Utility of Cannabidiol in the Treatment of Refractory Epilepsy.	<a href="#">Reddy, D S.</a>	<a href="#">Clin Pharmacol Ther</a>	2017
10	<a href="#">Plant-Derived and Endogenous Cannabinoids in Epilepsy.</a>	<a href="#">Verrotti et al.</a>	<a href="#">Clin Drug Investig</a>	2016
11	The Pharmacological Basis of Cannabis Therapy for Epilepsy.	Reddy, Doodipala Samba; Golub, Victoria M.	<a href="#">J Pharmacol Exp Ther</a>	2016
12	CBD-enriched medical cannabis for intractable pediatric epilepsy: The current Israeli experience.	Tzadok et al.	<a href="#">Seizure</a>	2016
13	<a href="#">Cannabinoids in the Treatment of Epilepsy.</a>	<a href="#">Friedman, Daniel;</a> <a href="#">Devinsky, Orrin.</a>	<a href="#">N Engl J Med</a>	2016
14	Cannabinoids in the Treatment of Epilepsy.	<a href="#">Killestein, Joep.</a>	<a href="#">N Engl J Med</a>	2016
15	Cannabinoids in the Treatment of Epilepsy.	<a href="#">Friedman, Daniel;</a> <a href="#">Devinsky, Orrin.</a>	<a href="#">Handb Exp Pharmacol</a>	2015
16	Cannabis and Endocannabinoid Signaling in Epilepsy.	<a href="#">Katona, István.</a>	<a href="#">Handb Exp Pharmacol</a>	

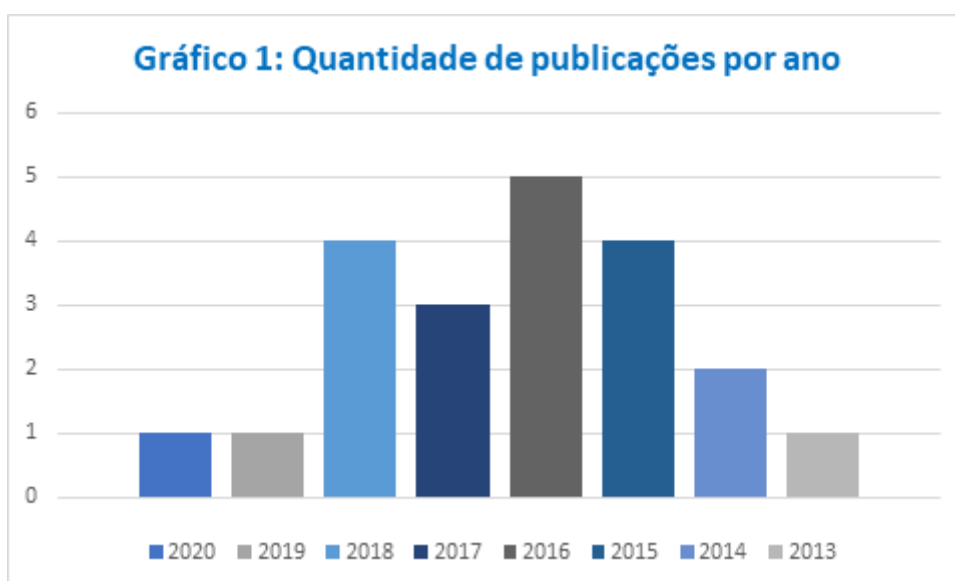
17	<a href="#">Marijuana Use in Epilepsy: The Myth and the Reality.</a>	<a href="#">Detyniecki, Kamil;</a> <a href="#">Hirsch, Lawrence.</a>	<a href="#">Curr Neurol Neurosci Rep</a>	2015
18	Marijuana: a time-honored but untested treatment for epilepsy.	<a href="#">McLachlan,</a> <a href="#">Richard S.</a>	<a href="#">Can J Neurol Sci</a>	2015
19	Cannabidiol and medical marijuana for the treatment of epilepsy.	<a href="#">Mathern, Gary;</a> <a href="#">Nehlig, Astrid;</a> <a href="#">Sperling, Michael.</a>	<a href="#">Epilepsia</a>	2014
20	The case for medical marijuana in epilepsy.	<a href="#">Maa, Edward;</a> <a href="#">Figi,</a> <a href="#">Paige.</a>	<a href="#">Epilepsia</a>	2014
21	Cannabidivarin-rich cannabis extracts are anticonvulsant in mouse and rat via a CB1 receptor-independent mechanism.	<a href="#">Hill</a> et al.	<a href="#">Br J Pharmacol</a>	2013

FONTE: Autoria própria, 2020.

No período de dez anos estudado neste trabalho, a base de dados do MEDLINE retratou 21 publicações científicas relacionadas ao uso da maconha medicinal no tratamento da epilepsia.

#### QUANTIDADE DE PUBLICAÇÕES POR ANO.

O gráfico 1 expõe a quantidade de artigos por ano sobre esses temas, evidenciando que o ano de 2016 foi o de maior produção, com 5 artigos (23,8%). Outrossim, 2013, 2019 e 2020 foram os anos que ocorreram menos publicações, representando, 4,7% em cada ano.



A distribuição temporal destes estudos, como mostra o gráfico 1, ao longo do período é bastante irregular. Quando aplicados os filtros de inclusão observou-se alguns anos sem nenhuma publicação ou com incipientes percentuais de publicações sobre o tema e um máximo de artigos publicados em outros períodos. De acordo com os dados expostos no período de 2010 à 2012 não houve nenhuma publicação a respeito do tema.

Em compensação, em 2016, foram publicados 5 artigos na base de dados pesquisada, destacando-se como ano de maior de publicação. Vale salientar que os anos de 2015 e 2018 também apresentaram destaque, com 4 artigos cada, além disso, o ano de 2020, embora em curso, consta com apenas 1 trabalho. Apesar de não apresentar um crescimento ininterrupto, o número de estudos que tratam da temática do tratamento da Epilepsia com o uso da Maconha Medicinal foi ascendente, destacando a relevância do estudo.

De acordo com HILAL-DANDAN (2015) e BRUNTON (2015), apesar das diversas opções de medicamentos para o tratamento da Epilepsia, ainda é necessário buscar outros meios mais efetivos, pois inúmeros pacientes não respondem adequadamente ao controle terapêutico. Dessa maneira, o medicamento a base de canabidiol vem se mostrando, por meio de pesquisas e resultados do uso clínico, uma opção relevante para manejo de crises epiléticas.

Segundo MATTOS et al. (2017), a Maconha Medicinal vem sendo utilizada há milhares de anos para o tratamento de doenças como tuberculose, ansiedade e outras enfermidades. Desse modo, nos últimos anos, como analisado no gráfico 1, observou-se um número

ascendente de pesquisas relacionadas ao uso da *Cannabis sativa* para o tratamento da Epilepsia, fator que mostra a maior adesão ao medicamento nos últimos tempos.

### QUANTIDADE DE AUTORES POR PUBLICAÇÃO.

No gráfico 2 analisou-se a quantidade de autores por artigo, destacando-se a predominância de 13 autores no artigo intitulado como CBD- enriched medical cannabis for intractable pediatric epilepsy: The current Israeli experience. Já os de menores quantidades tiveram apenas 1 autor.



De acordo com ASCENÇÃO (1994) a produção coletiva dos artigos consiste na obra resultante de uma criação intelectual integrada. Com isso, existirão dois ou mais autores, que serão titulares da obra. Em princípio, todas as pessoas que colaborarem para a criação da obra serão consideradas autoras, contudo, dependendo do grau de participação e de possível acordo particular, poderá ocorrer de um dos participantes não ser considerado autor, mas sim colaborador.

Em relação à quantidade de autores em cada periódico, de acordo com MONTENEGRO (1997), ALVES (1997) e VENÂNCIO (1997), cada autor deve ter participado suficientemente do trabalho para poder assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo, além disso todos os elementos de um artigo devem ser atribuíveis a pelo menos um autor. A simples participação na coleta de dados não justifica autoria.

Dessa forma, os artigos que possuem mais autores, notoriamente, tiveram um maior número de contribuições, tornando-os, nesse critério, relevantes. Nessa perspectiva, com a

análise do gráfico 2, observou-se que o artigo CBD-enriched medical cannabis for intractable pediatric epilepsy: The current Israeli experience, possui o maior número de autores encontrados no presente estudo, tornando-o o mais importante de acordo com o critério da quantidade de autores.

### QUANTIDADE DE ARTIGOS POR REVISTA.

Dentre os artigos analisados no presente estudo, como mostra no gráfico 3, a maioria dos trabalhos foram publicados pelas revistas Curr Neurol Neurosci Rep, Br J Clin Pharmacol, Epilepsy Behav, N Engl J Med, Handb Exp Pharmacol, Epilepsia e Cannabinoids in The com 2 artigos. Ademais, foram encontradas outras revistas, como J Clin Neurophysiol, JAMA Neurol, JAMA, Brain Dev, Clin Pharmacol Ther, Seizure, Can J Neurol Sci, Br J Pharmacol, cada uma com 1 artigo.



A respeito das revistas onde foram publicados, observaram-se 15. Destas, 7 revistas publicaram, cada uma, 2 artigos analisados no estudo em questão, correspondendo à 66, 7%. As demais publicaram apenas 1 artigo cada, representando 33, 3% dos artigos.

É oportuno destacar, a relevância das revistas analisadas, como por exemplo a revista Epilepsia, a qual publicou os seguintes periódicos estudados: Cannabidiol and medical marijuana for the treatment of epilepsy e The case for medical marijuana in epilepsy. Segundo NEHLIG (2019) E SPERLING (2019), essa revista é a principal fonte autorizada de pesquisa científica clínica e básica inovadora para todos os aspectos da epilepsia e convulsões. Somado a isso, Epilepsia publica análises críticas, artigos de opinião e diretrizes que proporcionam o





Apesar de apresentar atividades terapêuticas comprovadas por pesquisas, o efeito colateral, isto é, a psicoatividade, ainda funciona como um obstáculo quanto à utilização da planta *Cannabis* com finalidade terapêutica. Como foi apresentado neste trabalho, é grande o interesse da comunidade científica sobre os compostos canabinóides, em virtude de apresentarem um grande espectro de atividades biológicas. Em parte, este interesse se deve ao fato da química da *Cannabis* ser extremamente complexa e ainda não estar perfeitamente compreendida, além das controvérsias relacionadas ao efeito colateral. Com o intuito de colaborar nesta discussão, este trabalho busca contribuir para o conhecimento dos possíveis processos envolvidos no uso terapêutico da *Cannabis*, visando o suporte para áreas de pesquisa sobre planejamento de novos compostos canabinóides que apresentem atividade terapêutica e ausência de atividade psicotrópica com uma resposta significativa e satisfatória para o tratamento da epilepsia.

## REFERÊNCIAS

FRENCH JA; PEDLEY TA. Clinical practice. Initial management of epilepsy. **N Engl J Med.** 2008 Jul 10; v. 359, n. 02, p. 166-76.

MARCHETTI RL, DAMASCENO BP. Epilepsia: Psicopatologia e comportamento. In: Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, Cendes IL, editors. **Epilepsia**. São Paulo: Editora Lemos, 2000. p. 231-42.

NETO, J. G.; MARCHETTI, R. L. Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 27, n.04, dez. 2005.

TUNES, S. Marcas da Epilepsia. Pesquisa FAPESP. Ed. 265, São Paulo, mar. 2018.

KRUSE, M. et al. A importância do princípio ativo canabidiol (cbd) presente na Cannabis sativa l. no tratamento da epilepsia. IV Simpósio De Ciências Farmacêuticas – São Camilo: 29 e 30 de outubro de 2015.

ARAÚJO, C. A. A. (2006). Bibliometria: evolução histórica e questões atuais. **Em Questão**. v. 12, n. 01.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

QUEVEDO-SILVA, F; BIAGI ALMEIDA SANTOS, E; MOLL BRANDÃO, M; VILS, L. Estudo bibliométrico: orientações sobre sua aplicação. **Revista brasileira de marketing**. v.15, n.2, p.246-262, jan.2016.

HILAL-DANDAN, R.; BRUNTON, L. L. Manual de Farmacologia e Terapêutica de Goodman & Gilman. Porto Alegre: AMGH, 2015. P. 344-350.

MATTOS, M. et al. Canabidiol: o potencial terapêutico de um componente da maconha.

MONTENEGRO, Mano R; ALVES, Venâncio A. Ferreira. Critérios de autoria e co-autoria em trabalhos científicos. **Acta Bot. Bras.** Feira de Santana, v. 11, n. 2, p. 273-276, dez. 1997.

ASCENÇÃO JO. Direito de Autor, hoje - publicações periódicas e obra coletiva. **Revista da Ordem dos Advogados.** 1994; v. 54, n. 01, p.5-25.

NEHLIG, A.; SPERLING, M. Sobre o Jornal. **ILAE International League Against Epilepsy**, 2019.

CENDES, F; LEITE, J. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**. v.22, n.2. p. 37-76. São Paulo, 2016.

# CAPÍTULO 8

## IMPACTOS DA MUSICOTERAPIA NO BEM-ESTAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Isabella Leandra Silva Santos, Mestranda em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba

Thais Emanuele Galdino Pessoa, Graduanda em Psicologia, Universidade Federal da Paraíba

Maria Thalita Cardoso Rezende, Graduanda em Psicologia, Universidade Federal da Paraíba

Carlos Eduardo Pimentel, Doutor em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações, Universidade Federal da Paraíba

### RESUMO

O objetivo do presente estudo é realizar uma breve revisão acerca dos impactos da musicoterapia no bem-estar subjetivo, considerando as descobertas e limitações da literatura contemporânea acerca do tema. Quanto ao método, foi selecionada a plataforma *Scopus* como base de dados para o estudo. Em seu mecanismo de busca, foi utilizada a combinação de palavras chave “Music+Therapy AND Well-being” (e seu equivalente em português), onde estas palavras deveriam constar no título, resumo ou palavras-chave da publicação. Foram considerados estudos empíricos publicados nos últimos cinco anos (2017-2021), em inglês e português. Após análises mais detalhadas dos estudos, 15 se adequaram aos objetivos da presente discussão. A seguir, os resumos desses estudos foram analisados de modo a observar as palavras mais frequentemente utilizadas: Musicoterapia (frequência = 42), intervenção (frequência = 30), e música (frequência = 30) foram os termos mais citados, fazendo referência a técnica terapêutica utilizada. Termos como sintomas e ansiedade (ambos aparecendo 26 vezes) também foram frequentes, representando o contexto dos alvos e resultados da aplicação da musicoterapia. Prosseguindo as análises, foram observados os benefícios da musicoterapia apontados pelos estudos. Esses foram sumarizados em duas grandes categorias, de acordo com a prevalência nos estudos: Impacto no bem-estar através da melhora de sintomas (como sintomas depressivos e redução da dor); e Impacto no bem-estar através da melhora em índices de bem-estar subjetivo (como o aumento dos afetos positivos). De tudo que foi discutido até aqui, podemos depreender que a musicoterapia possui influência no bem estar das pessoas, mas também cabe destacar que ainda existe um caminho a ser percorrido, especialmente na ampliação de amostras e também de um maior controle experimental em estudos acerca do tema, possibilitando uma exploração mais abrangente dos efeitos da musicoterapia. Considera-se importante ainda, intervenções com a musicoterapia por um período de tempo mais prolongado, para resultados mais concretos. Finalmente, sugerem-se que estudos futuros tenham em seu escopo uma maior utilização e ampliação de medidas quantificáveis.

**PALAVRAS-CHAVE:** musicoterapia; bem-estar; revisão de literatura

## INTRODUÇÃO

*“Se você tem uma boa ideia, é melhor escrever uma canção”* - Caetano Veloso

A música é um recurso de manifestação da subjetividade humana. Por meio da música, os sujeitos expressam seus sentimentos e emoções (SEKEFF, 2003). Além disso, essa também exprime um fazer humano que se constrói a partir da relação do sujeito com seu contexto histórico-cultural (WAZLAWICK, CAMARGO E MAHEIRIE, 2007).

A musicalidade está presente em diversos momentos da história da humanidade, e por meio desta o conteúdo musical expressa seus aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais da época, como o caso de diversos movimentos musicais que mobilizaram uma subcultura, como o caso do Jazz, Punk, Reggae, Funk entre outros. (FIRME, 2015). Apesar disso, a “canção” a qual conhecemos atualmente é um produto do século XX, em sua forma “fonográfica”, seu padrão de compassos e adaptada para o mercado comercial e urbano, vinculada a excitação corporal (“músicas dançantes”) ou emocional (como as “sad music”, as músicas para chorar e etc...) (NAPOLITANO, 2002).

Essas canções estão presentes no dia a dia de 80% da população brasileira (ABRAMUS, 2018), dessa forma estando na realidade da maioria da população, independente da cultura, idade, nível socioeconômico ou religião. Seeger (2008), comenta que a música é entendida como uma “linguagem universal”, por estar enraizada em culturas tanto quanto comidas, vestimentas e linguagens, e assim como estas, por representar as características de um grupo social de forma completamente única em cada contexto (FIRME, 2015).

Diversos pesquisadores buscam compreender a importância da música na subjetividade humana, seja mensurando o tempo que as pessoas passam a escutando (BROWN, CAMPBELL & FISCHER, 1986) ou ainda analisando a preferência por este tipo de mídia (PIMENTEL & DONNELLY, 2009; RENTFROW & GOSLING, 2003; ROBERTS & HENRIKSEN, 1990). Ainda outros estudos estão sendo realizados acerca do uso da música como técnica terapêutica que promove o bem-estar pessoal, adaptação social e crescimento (RUUD, 1990; BENENZON, 1988; BRUSCIA, 2006). Além disso, estudos acerca da música e o bem-estar subjetivo, indicam o poder terapêutico dessa expressão cultural (VÄSTFJÄLL et al., 2012; WEINBERG & JOSEPH, 2017).

De acordo com o Congresso Mundial de Musicoterapia, Paris, 1974: “A Musicoterapia é uma técnica terapêutica que utiliza a música em todas as suas formas, com participação ativa ou passiva por parte do paciente”. Essa se baseia na Teoria Modal grega, que acredita na

capacidade da presença de 3 elementos musicais (melodia, harmonia e ritmo) de agirem na fisiologia, no emocional, no espiritual e na força vital do homem. (HAZLETT, 2005).

Acredita-se que a musicoterapia possui funções de: ser um estímulo para o desenvolvimento motor e cognitivo, propicia a expressão de sentimentos, favorece a reflexão e com isso estimular a auto realização pessoal, além de incentivar habilidades sócio comunicativas (HAZLETT, 2005). Essa é uma prática terapêutica que se utiliza de técnicas embasadas na musicalidade para o tratamento de transtornos somáticos, psicossomáticos e psíquicos. Sendo assim, a terapia por meio da música, promove ao cliente melhorias em diversos aspectos do sujeito, entre esses, físico, psicológico, cognitivo e espiritual, sendo assim uma promoção do bem-estar do sujeito de forma integral (AREIAS, 2016).

Quanto ao bem-estar subjetivo conceitua-se como um campo de estudos acerca da autoavaliação dos indivíduos sobre suas próprias vidas. Esse campo possui dois componentes: a dimensão cognitiva, satisfação com a vida, e a dimensão emocional, afetos positivos e negativos. (CAMPBELL et al., 1976; BRADBURN, 1969). Sendo assim, por ser um constructo auto-avaliativo, apenas é relatado pelo próprio sujeito, não por indicadores sociais externos ao indivíduo, mesmo que estatisticamente construídos, como queda da mortalidade infantil, redução dos índices de criminalidade e violência demais. (SIQUEIRA & PADOVAM, 2008) Dessa forma, o sujeito ao avaliar sua própria vida deve apoiar-se em suas próprias expectativas, valores e emoções, entre outras concepções subjetivas, acerca de sua existência individual Diener e Lucas (2000). Sendo assim para Diener, Suh & Oishi (1997), O bem-estar subjetivo, pode ser entendido como um indicador da qualidade de vida (ANDREWS & WITHEY, 1976; CAMPBELL, CONVERGE & RODGERS, 1976) como é mostrado em estudos com crianças (GIACOMONI,2002; FRANÇA-FREITAS 2017), estudantes universitários (SILVA & HELENO 2012) e idosos (SILVA, 2014; MARQUES 2018)

Considerando a discussão apresentada, o objetivo do presente estudo é realizar uma breve revisão acerca dos impactos da musicoterapia no bem-estar subjetivo, considerando as descobertas e limitações da literatura contemporânea acerca do tema, a fim de agrupar descobertas e conhecimentos acerca dos benefícios da musicoterapia no bem-estar subjetivo da população, visto sua relevância benéfica em outros aspectos do sujeitos.

## MÉTODOS

**Bases de dados:** Por sua abrangência foi selecionada a plataforma *Scopus* como base de dados para o estudo. Em seu mecanismo de busca, foi utilizada a combinação de palavras

chave “Music+Therapy AND Well-being” (e seu equivalente em português), onde estas palavras deveriam constar no título, resumo ou palavras-chave da publicação.

**CrITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:** Foram considerados estudos empíricos publicados nos últimos cinco anos (2017-2021), que estivessem publicados em português ou inglês. Os critérios de exclusão foram: Não tratar o impacto da musicoterapia no bem-estar como tópico principal e não oferecer resultados suficientemente claros para análise.

**CrITÉRIOS DE ANÁLISE:** Os estudos que se adequaram aos critérios de inclusão/exclusão passaram por uma síntese qualitativa, de modo a responder três perguntas principais: Quais os benefícios da musicoterapia para o bem-estar? Em que públicos esses benefícios são demonstrados? Quais as principais limitações dos estudos sobre o tema? Além disso, foi utilizado o *software* online Voyant para analisar os resumos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Utilizando as palavras-chave, foram encontrados um total de 238 estudos, que foram reduzidos a 164 após serem considerados apenas artigos empíricos nos idiomas propostos. Após uma análise mais detalhada dos estudos, através de seus resumos e, posteriormente, texto completo, 15 se adequaram aos objetivos da presente discussão. Informações gerais sobre esses artigos, bem como o público-alvo de suas amostras podem ser observados na **tabela 1**. Apesar das amostras serem bastante diversificadas, parece haver uma frequência maior de estudos envolvendo sujeitos com algum diagnóstico prévio (33,3%) e profissionais da saúde / cuidadores (40%).

**Tabela 1:** Dados Descritivos da Amostra

<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Revista</b>	<b>Público-alvo</b>
Group Music Therapy as a Preventive Intervention for Young People at Risk: Cluster-Randomized Trial	2017	Journal of Music Therapy	Adolescentes que utilizavam a música de forma prejudicial à saúde mental.
Integrating Positive Psychology and Elements of Music Therapy to Alleviate Adolescent Anxiety	2018	Research on Social Work Practice	Adolescentes com sintomas de ansiedade moderados.
Playing music improves well-being of oncology nurses	2018	Applied Nursing Research	Enfermeiras da área de oncologia.

The Use of Music and Music Therapy in Ameliorating Depression Symptoms and Improving Well-Being in Nursing Home Residents With Dementia	2018	Frontiers in Medicine	Idosos institucionalizados com sintomas moderados de demência.
Psychosocial singing interventions for the mental health and well-being of family carers of patients with cancer: results from a longitudinal controlled study	2019	BMJ Open	Familiares cuidadores de um paciente oncológico.
The influence of songwriting on quality of life of family caregivers of people with dementia: An exploratory study	2019	Nordic Journal of Music Therapy	Familiares cuidadores de um paciente diagnosticado com demência.
The effects of inpatient music therapy on self-reported symptoms at an academic cancer center: a preliminary report	2019	Supportive Care in Cancer	Pacientes com câncer.
Vocal Music Therapy for Chronic Pain: A Mixed Methods Feasibility Study	2019	The Journal Of Alternative And Complementary Medicine	Pacientes com dor crônica.
Case Studies of a Structured Singing Experience for the Psychological Well-Being of Hospice Patients	2019	Alternative and Complementary Therapies	Pacientes em estágio terminal.
"Music Makes My Old Heart Beat": A Randomised Controlled Study on the Benefits of the Use of Music in Comprehensive Care for Institutionalised Older Adults	2020	Applied Psychology: Health And Well-being	Idosos institucionalizados.
Do patients with PD benefit from music assisted therapy plus treadmill-based gait training? An exploratory study focused on behavioral outcomes	2020	International Journal of Neuroscience	Pacientes com Doença de Parkinson

Receptive music therapy to reduce stress and improve wellbeing in Italian clinical staff involved in COVID-19 pandemic: A preliminary study	2020	The Arts in Psychotherapy	Profissionais da saúde envolvidos no cuidado do COVID-19.
Effects of music therapy on occupational stress and burn-out risk of operating room staff	2020	Libyan Journal of Medicine	Profissionais da saúde envolvidos com cirurgia.
Creative Music Therapy with Premature Infants and Their Parents: A Mixed-Method Pilot Study on Parents' Anxiety, Stress and Depressive Symptoms and Parent–Infant Attachment	2020	International Journal of Environmental Research and Public Health	Casais com bebês prematuros.
Exploring the role and impact of group songwriting with multiple stakeholders in recovery-oriented mental health services	2020	Nordic Journal of Music Therapy	Usuários de serviços de saúde mental.

**Fonte:** Os autores

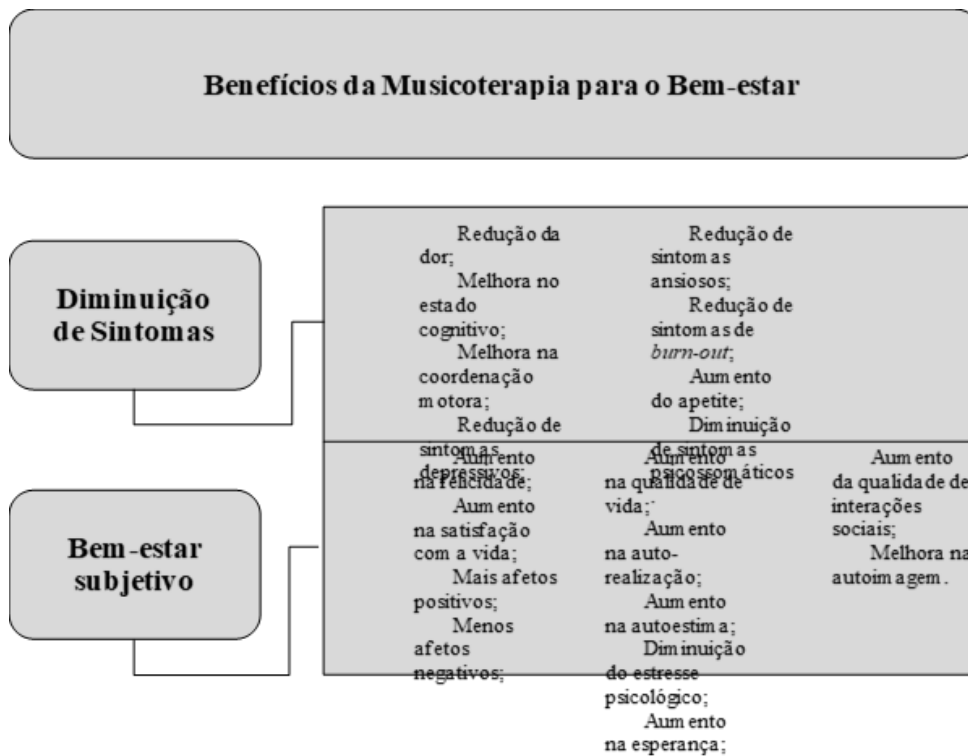
A seguir, os resumos desses estudos foram analisados de modo a observar as palavras mais frequentemente utilizadas (**Figura 1**). Musicoterapia (frequência = 42), intervenção (frequência = 30), e música (frequência = 30) foram os termos mais citados, fazendo referência a técnica terapêutica utilizada. Termos como sintomas e ansiedade (ambos aparecendo 26 vezes) também foram frequentes, representando o contexto dos alvos e resultados da aplicação da musicoterapia. Alguns exemplos estão nos trechos “Os participantes do grupo do coral mostraram uma diminuição significativamente maior na ansiedade e bem-estar (...)” (FANCOURT, et al., 2019) e “(...) a composição terapêutica pode ajudar a reduzir os sintomas de depressão e ansiedade dos cuidadores e melhorar sua percepção de autoestima e qualidade de vida.”(GARCÍA-VALVERDE, 2020), que abrangem aspectos distintos do processo da musicoterapia, o canto e a composição, como forma de promover a diminuição de sintomas de ansiedade e depressão, respectivamente, melhorando assim o bem-estar subjetivo dos sujeitos.

Dessa forma, os estudos apontam para a promoção do bem-estar psicológico, como visto em estudos com públicos alvo distintos, em sua maioria, pessoas diagnosticadas com câncer (OH, CHONG & KIM, 2019; LOPEZ et al, 2019 & FANCOURT et al, 2019) e seus cuidadores (PLOUKOU e PANAGOPOULOU, 2018), mas também indivíduos em outras condições de





**Figura 2:** Sumário dos benefícios da Musicoterapia no Bem-estar



**Fonte:** Os autores.

Acerca do impacto no bem-estar através da melhora de sintomas físicos (como sintomas depressivos e redução da dor), é possível discutir os benefícios fisiológicos do bem-estar para os indivíduos, isso porque, além de reduzir os níveis de *cortisol*, o hormônio que acarreta o estresse (VAN DER STEEN, SMALING & VAN DER WOUDE, 2018) promove a produção de *dopamina*, “o hormônio do prazer”, isso porque induz sensações de prazer e condiciona o relaxamento (FERRERI et al., 2019), tendo assim um efeito analgésico, que permite em estado de equilíbrio psicoemocional diante de ameaças externas, (CHEIK et al, 2003) a exemplo da ansiedade e depressão, como visto nos diversos estudos.

Quanto a melhora do bem-estar subjetivo, pode ser compreendido devido ao processo de musicoterapia promover a expressão das emoções, fortalece a autoconsciência, conexão social e sensação de suporte pessoal (FALKED ET AL, 2019)

Por fim, foram analisadas as limitações que eram mais frequentemente apresentadas nos estudos sobre o tema. Dentre as limitações citadas, as principais foram:

- Limitações amostrais: Amostra pequena e/ou não aleatória (80% dos estudos);
- Limitações temporais: Número pequeno de sessões, tempo limitado e/ou de acompanhamento após a intervenção (60% dos estudos);

- Limitações de mensuração: Uso de instrumentos de auto-relato ou ausência de medidas quantificáveis (26,6% dos estudos).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação a respeito dos efeitos terapêuticos da música, e sua utilização com objetivos curativos, bem como de reabilitação e prevenção na saúde e bem-estar, é algo que está presente há bastante tempo em nossa sociedade ( JÚNIOR, 2008). Com isso, o conjunto de dados encontrados nesta revisão de literatura buscou viabilizar o acesso aos impactos da musicoterapia no bem-estar subjetivo das pessoas, perpassando por descobertas e limitações da literatura contemporânea acerca deste tema. Desse modo, observa-se que o objetivo do presente estudo foi cumprido com êxito.

Os achados demonstraram que a musicoterapia pode ajudar na redução de sintomas ligados à ansiedade bem como a depressão, nesse sentido, possibilitando uma melhor qualidade de vida e conseqüentemente de bem estar. Ademais, a aplicabilidade da musicoterapia como recurso terapêutico, apresentou impactos ligados à minimização dos efeitos de sintomas de psicopatologias, no que diz respeito a redução de dores, por exemplo. Além disso, demonstrou influência na melhoria de bem estar subjetivo.

De tudo que foi discutido até aqui, podemos depreender que a musicoterapia possui influência no bem estar das pessoas, mas também cabe destacar que ainda existe um caminho a ser percorrido, especialmente na ampliação de amostras e também de um maior controle experimental em estudos acerca do tema, possibilitando uma exploração mais abrangente dos efeitos da musicoterapia. Considera-se importante ainda, intervenções com a musicoterapia por um período de tempo mais prolongado, para resultados mais concretos. Finalmente, sugerem-se que estudos futuros tenham em seu escopo uma maior utilização e ampliação de medidas quantificáveis.

## REFERÊNCIAS

AREIAS, José Carlos. A música, a saúde e o bem estar. **Nascer e Crescer**, v. 25, n. 1, p. 7-10, 2016.

BENENZON, Rolando. **Teoria da musicoterapia**. Grupo Editorial Summus, 1988.

BROWN, Jane D.; CAMPBELL, Kenneth; FISCHER, Lynn. American adolescents and music videos: Why do they watch?. **Gazette (Leiden, Netherlands)**, v. 37, n. 1-2, p. 19-32, 1986.

BRUSCIA, Kenneth E. **Musicoterapia**. Editorial Pax México, 2006.

CASTILLEJOS, Carolina; GODOY- IZQUIERDO, Débora. " Music Makes My Old Heart Beat": A Randomised Controlled Study on the Benefits of the Use of Music in Comprehensive Care for Institutionalised Older Adults. **Applied Psychology: Health and Well- Being**, 2020.

CHEIK, Nadia C. et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 11, n. 3, p. 45-52, 2008.

Consumo de Música no Brasil. **ABRAMUS**. 2018. Disponível em: <https://www.abramus.org.br/noticias/16444/consumo-de-musica-no-brasil/> Acesso em: 04 de março de 2021.

DE LUCA, Rosaria et al. Do patients with PD benefit from music assisted therapy plus treadmill-based gait training? An exploratory study focused on behavioral outcomes. **International Journal of Neuroscience**, v. 130, n. 9, p. 933-940, 2020.

FANCOURT, Daisy et al. Psychosocial singing interventions for the mental health and well-being of family carers of patients with cancer: results from a longitudinal controlled study. **BMJ open**, v. 9, n. 8, p. e026995, 2019.

FALLEK, Ronit et al. Soothing the heart with music: A feasibility study of a bedside music therapy intervention for critically ill patients in an urban hospital setting. **Palliative & supportive care**, v. 18, n. 1, p. 47-54, 2020.

FERRERI, Laura et al. Dopamine modulates the reward experiences elicited by music. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 116, n. 9, p. 3793-3798, 2019.

FIRME, Joyce Santos. **A importância da música na subjetividade**. Orientador: Ms. Andrea Campos Romanholi. 2015. 67. TCC (Bacharelado) -Curso de Psicologia. Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, 2015. Disponível em: [https://www.ucv.edu.br/fotos/files/TCC-2015\\_2-Joyce.pdf](https://www.ucv.edu.br/fotos/files/TCC-2015_2-Joyce.pdf) Acesso em: 04 de março de 2021

FRANÇA-FREITAS, Maria Luiza Pontes de; PRETTE, Almir Del; DEL PRETTE, Zilda AP. Habilidades sociais e bem-estar subjetivo de crianças dotadas e talentosas. **Psico-Usf**, v. 22, n. 1, p. 1-12, 2017.

GARCÍA-VALVERDE, Esther et al. The influence of songwriting on quality of life of family caregivers of people with dementia: an exploratory study. **Nordic Journal of Music Therapy**, v. 29, n. 1, p. 4-19, 2020.

GIACOMONI, Claudia Hofheinz. Bem-estar subjetivo infantil: conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação. 2002.

GIORDANO, Filippo et al. Receptive music therapy to reduce stress and improve wellbeing in Italian clinical staff involved in COVID-19 pandemic: A preliminary study. **The Arts in psychotherapy**, v. 70, p. 101688, 2020.

HAZLETT, Heather Cody et al. Magnetic resonance imaging and head circumference study of brain size in autism: birth through age 2 years. **Archives of general psychiatry**, v. 62, n. 12, p. 1366-1376, 2005.

JÚNIOR, José Davison da Silva. **A utilização da música com objetivos terapêuticos**. 2008. Dissertação de mestrado.

KACEM, I. et al. Effects of music therapy on occupational stress and burn-out risk of operating room staff. **Libyan Journal of Medicine**, v. 15, n. 1, p. 1768024, 2020.

LOPEZ, Gabriel et al. The effects of inpatient music therapy on self-reported symptoms at an academic cancer center: a preliminary report. **Supportive Care in Cancer**, v. 27, n. 11, p. 4207-4212, 2019.

LOW, Ming Yuan et al. Vocal music therapy for chronic pain: A mixed methods feasibility study. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 26, n. 2, p. 113-122, 2020.

MARQUES, Ana Filipa Rocha Araújo. **Bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos institucionalizados**. 2018. Tese de Doutorado.

MCCAFFREY, Triona et al. Exploring the role and impact of group songwriting with multiple stakeholders in recovery-oriented mental health services. **Nordic Journal of Music Therapy**, v. 30, n. 1, p. 41-60, 2021.

NAPOLITANO, Marcos. História e música. **Belo Horizonte: Autêntica**, p. 91, 2002.

OH, Ji Eun; CHONG, Hyun Ju; KIM, Aimee Jeehae. Case Studies of a Structured Singing Experience for the Psychological Well-Being of Hospice Patients. **Alternative and Complementary Therapies**, v. 25, n. 2, p. 85-94, 2019.

PADILHA, Marisa do Carmo Prim. **A musicoterapia no tratamento de crianças com perturbação do espectro do autismo**. 2008. Tese de Doutorado. Universidade da Beira Interior.

PIMENTEL, Carlos Eduardo; DONNELLY, Edla Daise Oliveira Porto. A relação da preferência musical com os cinco grandes fatores da personalidade. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 28, n. 4, p. 696-713, 2008.

RAY, Kendra D.; GÖTELL, Eva. The use of music and music therapy in ameliorating depression symptoms and improving well-being in nursing home residents with dementia. **Frontiers in medicine**, v. 5, p. 287, 2018.

RENTFROW, Peter J.; GOSLING, Samuel D. The do re mi's of everyday life: the structure and personality correlates of music preferences. **Journal of personality and social psychology**, v. 84, n. 6, p. 1236, 2003.

ROBERTS, Donald F.; HENRIKSEN, Lisa. Music Listening vs. Television Viewing among Older Adolescents. 1990.

RUUD, Even. Caminhos da musicoterapia. Grupo Editorial Summus, 1990.

SILVA, Érika Correia; HELENO, Maria Geralda Viana. Qualidade de vida e bem-estar subjetivo de estudantes universitários. **Revista Psicologia e Saúde**, 2012.

SILVA, Fabiana Caetano Martins et al. Bem estar subjetivo, funcionalidade e apoio social em idosos da comunidade. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 19, n. 3, 2014.

SEEGER, Anthony. Etnografia da música. **Cadernos de Campo (São Paulo 1991)**, v. 17, n. 17, p. 237-260, 2008.

SEKEFF, Maria de Lourdes. **Da música, seus usos e recursos**. Unesp, 2003.

VÄSTFJÄLL, Daniel et al. Music, subjective wellbeing, and health: The role of everyday emotions. **Music, Health & Wellbeing**, p. 405-423, 2012.

VAN DER STEEN, Jenny T. et al. Music- based therapeutic interventions for people with dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, 2018.

WAZLAWICK, Patrícia; CAMARGO, Denise de; MAHEIRIE, Kátia. Significados y sentidos de la música: una breve "composición" a partir de la psicología histórico-cultural. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 1, p. 105-113, 2007.

WEINBERG, Melissa K.; JOSEPH, Dawn. If you're happy and you know it: Music engagement and subjective wellbeing. **Psychology of Music**, v. 45, n. 2, p. 257-267, 2017.

# CAPÍTULO 9

## FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA O USO DE DROGAS: CONSIDERAÇÕES DA LITERATURA NACIONAL E INTERNACIONAL

Carlos Eduardo Pimentel, Doutor em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações,  
Universidade Federal da Paraíba

Isabella Leandra Silva Santos, Mestranda em Psicologia Social, Universidade Federal da  
Paraíba

Giovanna Barroca de Moura, Doutoranda em Psicologia Social, Universidade de Coimbra

Daniele de Fátima de Paiva Abreu, Graduanda em Psicologia, Universidade Federal da  
Paraíba

### RESUMO

O objetivo do presente estudo foi discutir acerca dos fatores de risco e proteção para o consumo de drogas, considerando evidências da literatura brasileira e internacional. Inicialmente, são apresentados os conceitos de fatores de risco e fatores de proteção, bem como sua importância no contexto do consumo de drogas. A partir disso, são discutidos os fatores de risco/proteção já conhecidos para esse comportamento de acordo com a literatura. Finalmente, são refletidas as limitações do presente estudo. Destaca-se a importância do estudo dos aspectos psicossociais envolvidos no consumo de drogas no contexto da saúde coletiva e da promoção de bem-estar.

**PALAVRAS-CHAVE:** drogas; fatores de risco; fatores de proteção.

### INTRODUÇÃO

O uso de drogas é um fenômeno bastante antigo na história da humanidade, sendo quase inexistentes relatos de sociedades humanas sem algum tipo de droga, seja com fins recreacionais, transcendentais ou medicinais (GOMES-MEDEIROS et al., 2019). Atualmente vivemos um momento extremamente crítico em relação ao uso de drogas e álcool em nossa sociedade, onde ela permeia o dia-a-dia, no trabalho, na escola, e até mesmo as redes sociais. Com efeito, é evidente que o uso de drogas, incluindo o álcool, é um dos problemas mais penetrantes e prementes do mundo hodierno.

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS), apontou que cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo são usuários de drogas psicoativas independente da idade, sexo, nível de escolaridade ou poder aquisitivo e o álcool e o tabaco são as drogas com maior domínio global. A incidência de uso de drogas encontra-se estável em todo mundo segundo o Relatório mundial sobre drogas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC) (2015). Este relatório aponta que um total de 246 milhões de

pessoas, ou seja, em média 5% da população mundial tenham consumido drogas ilícitas em 2013.

No ano de 2010 em contexto brasileiro, outro estudo com 18.000 adolescentes foi realizado pelo I Levantamento Nacional sobre Uso do Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre universitários em todas as capitais brasileiras. Os entrevistados desta pesquisa tinham idade entre 18 e 25 anos. Os resultados deste estudo revelaram que 49% dos universitários brasileiros, consumiram pelo menos uma vez na vida alguma substância psicoativa e 26,1% afirmaram ter utilizado cannabis pelo menos uma vez na vida. Com 10,9%, Porto Alegre, destaca-se como a capital brasileira que apresentou a maior prevalência de uso na vida de cannabis. Podemos destacar também o estudo realizado por Micheli e Formigoni (2004) com 6.417 estudantes de escolas públicas na capital paulistana, entre alunos do 4º ano do ensino fundamental ao último ano do ensino médio. Os resultados encontrados referem-se às consequências do início do uso de drogas são: altos índices de abandono e defasagem escolar, possuir amigos que usam drogas e rompimento de outros laços familiares e sociais.

Em dados mais recentes do contexto nacional, o III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira trouxe dados de sujeitos entre 12 e 65 anos para substâncias lícitas e ilícitas. Nessa pesquisa, 38,4% dos sujeitos que haviam consumido álcool nos últimos 12 meses haviam consumido a substância em excesso num período recente; 17,3% consumia algum produto derivado do tabaco; 2,2 milhões de indivíduos haviam consumido maconha nos 30 dias anteriores ao estudo; e 15,8% da amostra havia consumido álcool e alguma outra droga (lícita ou ilícita) nos últimos 12 meses (BASTOS et al., 2017).

A partir da discussão anterior, é possível observar a relevância de se compreender o fenômeno do uso de drogas, em especial por sua prevalência no Brasil e no mundo. Assim, o objetivo do presente artigo é discutir acerca dos fatores de risco e proteção para o uso de drogas, utilizando como base a literatura pré-existente, tendo em consideração estudos nacionais e internacionais.

## **DEFININDO FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO**

É importante salientar que os fatores associados, abordados nesta revisão dizem respeito a dois conceitos centrais: aos fatores de risco e de proteção para o início do uso de drogas. Contudo, podemos questionar quais seriam os fatores que põe o sujeito em risco a drogadição e quais os fatores que protegem o sujeito, fazendo com que ele tenha menos chance de assumir esse tipo de comportamento?



O que são fatores de risco? Os fatores de riscos são circunstâncias sociais ou características pessoais que a tornam mais vulnerável a desenvolver determinados comportamentos, nesse caso, como o de usar álcool, tabaco ou outras drogas (NIDA, 2003). Para melhor compreensão dos fatores de risco em condições sociais, podemos exemplificar que um adolescente com pais que consomem drogas ou bebem exageradamente pode se espelhar nesse modelo e começar “naturalmente” a beber muito. Já as características pessoais influenciando os fatores de risco, podemos ilustrar um jovem introvertido e receoso de ser rejeitado pelo grupo, pode aderir ao uso para se enturmar.

Na Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuário de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003), é afirmado que os fatores de risco são conceituados como sendo as circunstâncias psicossociais que contribuem para aumentar a probabilidade do sujeito torna-se mais vulnerável ao uso de drogas. Os fatores de risco também podem ser subdivididos como estáticos (aqueles que não podem ou são dificilmente alterados através de intervenções, como a idade de um sujeito ou seu histórico clínico) e dinâmicos (aqueles mais maleáveis, que são mais facilmente alterados por mudanças no estilo de vida ou por um tratamento adequado, como dificuldades na autorregulação) (HANSON & HARRIS, 2000; WARD & FORTUNE, 2016)

E o que são fatores de proteção? A palavra proteção significa, sobretudo, uma ação ou efeito de proteger. É oferecer condições de amparo e de fortalecimento da pessoa em formação. Segundo Ward e Fortune (2016), os fatores de proteção, por sua vez, contrabalançam as vulnerabilidades, levando a menores riscos. Os fatores de proteção podem minimizar a probabilidade que o sujeito venha a se envolver com drogas, ou seja, diminuem o risco (NIDA, 2003). No exemplo anterior, um jovem que convive com pais alcoolistas, mas que tem acesso à informação sobre os malefícios desse comportamento, pode apresentar uma probabilidade menor de exibir esse comportamento, sendo este acesso à informação uma variável moderadora.

Os fatores de risco e de proteção podem afetar em diferentes fases da vida. Ambos os fatores estão intrínseco na própria pessoa, fazem parte os aspectos biológico, hereditários, interação familiar, nos seus amigos, na escola, no trabalho, na comunidade em que vive e na sociedade em geral. É importante, entretanto, salientar duas informações relevantes: a) fatores de risco e de proteção não tem uma relação de causa e efeito com o comportamento, apenas aumentando ou diminuindo a probabilidade deste ocorrer (e levando em consideração os vários outros fatores existentes na complexa realidade psicossocial de cada sujeito); b) um fator de proteção pode tanto estar diretamente ligado a diminuição de um comportamento ou apenas enfraquecer o impacto de um fator de risco, significando que eles afetam cada um à sua maneira

os resultados comportamentais prováveis (LÖSEL & FARRINGTON, 2012; PORTNOY, CHEN, & RAINE, 2013; WALTERS, 2013).

Uma última questão é: Qual a relevância prática de se analisar os fatores de risco e proteção para consumo de drogas? O uso excessivo dessas substâncias tem se tornado um problema que deve ser abordado pela saúde pública (GOMES-MEDEIROS et al., 2019), sendo necessário o desenvolvimento de campanhas que visem a prevenção e a diminuição eficaz desses comportamentos, de modo a melhorar a qualidade de vida dos sujeitos. Assim, conhecer as características que aumentam a probabilidade de consumir drogas auxilia na identificação dos públicos-alvo mais necessitados dessas campanhas, do mesmo modo que compreender os fatores que diminuem essa probabilidade norteia possibilidades focais de intervenção (WARD & FORTUNE, 2016).

## **FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA O USO DE DROGAS**

Tendo em mente os conceitos de fatores de risco e proteção, é possível chegar ao tópico principal: O que a literatura tem a dizer sobre esses fatores no que diz respeito ao consumo de drogas? Inicialmente, alguns fatores sociodemográficos, como o gênero masculino e ser mais jovem, estão consistentemente associados com uma maior probabilidade de consumir drogas (COMPTON et al., 2007; HAN et al., 2009; SCHINKE et al., 2016). Esses estariam dentre alguns dos fatores de risco mais estáticos, indicando a importância de campanhas de conscientização voltadas a esses públicos-alvos.

Hawkins, Catalano e Miller (1992) apresentaram um extenso artigo sobre os fatores de risco e proteção para uso de álcool, drogas e problemas comportamentais entre adolescentes. Dentre as variáveis relacionadas são incluídas: as leis e normas favoráveis para o uso de substâncias ilícitas, a disponibilidade da droga, a privação econômica extrema, a desorganização da vizinhança, as características psicológicas, os problemas comportamentais persistentes, a hiperatividade, o histórico familiar, as práticas parentais ineficazes, o conflito familiar, o fracasso escolar, a rejeição dos pares, a alienação e rebeldia, as atitudes favoráveis para o uso de substâncias ilícitas e a tenra iniciação no uso dessas substâncias. Hawkins et al. (1992) destacam os seguintes fatores de proteção para o uso de drogas: 1) a forte atração pelos pais; 2) o comprometimento escolar; 3) o envolvimento regular em atividades religiosas; e 4) a crença prescritiva nas normas e valores da sociedade. Estas variáveis, segundo Petraitis, Flay e Miller (1995) variam de acordo com o nível de influência que exercem no indivíduo, distal e

proximal. Além disso, Petraits e colaboradores apresentam 14 teorias multivariadas que explicam o uso experimental de drogas entre adolescentes.

Iniciando com estudos realizados em outros países, Schinke e colaboradores (2016) abordaram uma amostra de 507 adolescentes hispânicos residentes dos Estados Unidos; Dentre esses participantes, questões como estresse, pressão dos pares e intenção de consumir drogas foram preditores significativos desse comportamento; Por outro lado, uma autoimagem positiva foi um fator de proteção. Num estudo do mesmo país, Kurti e colaboradores (2016) destacam que consumir álcool e cigarro são os preditores mais significativos de uso e dependência de outras drogas em adultos.

Dasgupta (2017) reforça a importância do desenvolvimento social como decisiva na probabilidade de se consumir álcool e outras drogas: Sofrer violência durante a infância e a própria atitude dos pais em relação às drogas impacta a probabilidade de consumo posterior. Já durante a adolescência, corroborando com Schinke e colaboradores (2016), a pressão de amigos pode aumentar a possibilidade da primeira experiência com o consumo de álcool.

Abordando outros fatores de risco relacionais, Danielson e colaboradores (2009) acompanharam 1753 jovens adultos que haviam sido expostos a algum trauma no passado. Em seus achados, os autores observaram que, apesar dessa exposição ser por si só um fator de risco para o abuso de álcool e drogas, esse impacto era ainda maior nos participantes do gênero masculino, reforçando o papel do gênero na vulnerabilidade ao uso de drogas previamente mencionado.

O contexto social e as situações que enfrentamos no nosso dia-a-dia também podem ser um fator de risco para o uso de drogas: Durante a pandemia do COVID-19 que assolou o mundo inteiro, Taylor e colaboradores (2020) abordaram uma amostra de 3075 americanos e canadenses adultos; Os resultados desses participantes apontaram que tanto os sujeitos que desenvolveram estresse psicológico graças ao vírus quanto aqueles que tendiam a não respeitar as medidas protetivas demonstraram um aumento no consumo de álcool e drogas, especialmente entre aqueles que já consumiam essas substâncias antes da pandemia.

Apesar da importância dos estudos anteriormente mencionados, é relevante também discutir o que a literatura nacional, indo além dos levantamentos de caráter mais descritivo, tem a acrescentar a essa discussão. Numa revisão de literatura focada em adolescentes, Schenker e Minayo (2005) apresentam algumas conclusões similares aos estudos internacionais: O consumo de outras drogas (os chamados efeitos cumulativos), uma atitude positiva de

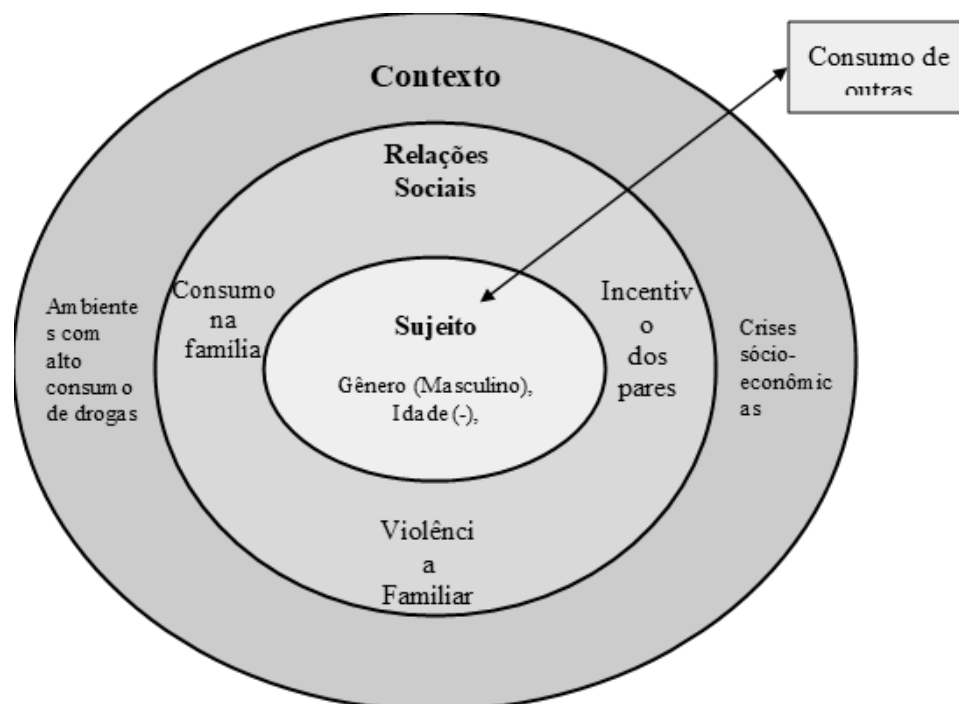
familiares e grupos em relação ao consumo de drogas e a glamorização midiática do uso de álcool e outras drogas são grandes fatores de risco; Por outro lado, a resiliência, uma autoimagem positiva e autoconfiança, suporte dos grupos sociais e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento eficazes (*coping*) são fatores de proteção essenciais, especialmente no contexto de reabilitação (SCHENKER & MINAYO, 2005).

As relações familiares parecem de fato variar entre ser um fator de risco ou proteção, como trazido por Zappe e Dapper (2017) e Borges e colaboradores (2017): Se o diálogo e o monitoramento de relações sociais dos filhos podem ajudar na diminuição da probabilidade de consumo de drogas, o abandono, a violência parental e a própria normalização do consumo no núcleo familiar podem ter o efeito oposto. Desse modo, a participação da unidade familiar em programas de prevenção e intervenção no consumo de drogas é um ponto de extrema significância, especialmente durante a adolescência.

Ainda tratando de revisões da literatura, Andrade e Ramos (2011) trazem informações específicas sobre o consumo de maconha entre jovens adultos: Novamente, o uso precoce de substâncias lícitas (álcool e tabaco), uma dinâmica familiar prejudicial, e pressão dos pares foram observados como fatores de risco, com a informação adicional de que o consumo precoce de maconha pode aumentar a probabilidade do uso de outras substâncias psicoativas.

Já num estudo empírico com 268 estudantes universitários, Silva e colaboradores (2013) também observaram a importância de fatores de risco pessoais e sociais para o consumo de drogas: Os participantes apontaram como maiores influenciadores desse comportamento a influência de amigos e ambientes de convívio (e.g. festas), a curiosidade e os afetos positivos causados pelo consumo. Balthazar e colaboradores (2018), apresentam resultados similares nessa população, onde os fatores de risco mais apresentados foram a influência de amigos, a curiosidade e a busca de diversão. Barros e colaboradores (2019) acrescentam que sujeitos com maior consumo de álcool e drogas também têm maior probabilidade de apresentar outros comportamentos de risco, como relações sexuais sem proteção e direção alcoolizada. A **Figura 1** esquematiza os principais resultados dos estudos apresentados.

**Figura 1.** Sumarização dos Fatores de Risco para Consumo de Drogas



**Fonte:** Os autores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente capítulo foi discutir acerca dos fatores de risco e proteção para o uso de drogas, utilizando a literatura existente como ponto de partida. Os resultados indicam que a questão das drogas é complexa, e influenciada por inúmeros fatores de natureza psicossocial. É possível destacar a importância da família e dos grupos sociais como um determinante não só de se o primeiro uso de uma substância irá ocorrer (uso experimental), mas se este irá se desenvolver até alcançar o status de drogadição. Assim, destaca-se que campanhas de prevenção e de tratamento de usuários em recuperação em atendimento no sistema de saúde (e.g. CAPS) possam desenvolver as relações sociais como um mecanismo protetor e promotor de saúde e bem-estar.

Apesar de tratar de um tema relevante para o contexto nacional e internacional, o presente estudo conta com algumas limitações. Primeiramente, mesmo sendo uma revisão da literatura, esta não foi sistemática, o que pode limitar as conclusões absorvidas dos estudos incluídos. Adicionalmente, os estudos internacionais que não abordam amostras norte-americanas são extremamente escassos, sendo influenciados pelas peculiaridades socioeconômicas dessa localização. Ainda neste tópico, a literatura brasileira acerca de fatores de risco/proteção no geral é limitada, sendo necessários estudos futuros sobre o tema,

especialmente aqueles que abordem amostras mais velhas. Mesmo assim, espera-se ter contribuído com a compreensão do tópico, de sua complexidade, e principalmente, das possibilidades de intervenção. A propósito, os recursos governamentais deveriam dar prioridade às pesquisas sobre fatores de risco e proteção para o uso de drogas e álcool, posto que estes esforços poderão ajudar no controle da pandemia do uso de drogas em nosso país.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, T.; RAMOS, S. Fatores de proteção e de risco associados ao início do uso de cannabis: revisão sistemática. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 98-106. 2011 .

BALTHAZAR, E.; et al . Fatores de risco para uso de substâncias: percepção de líderes estudantis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 71, supl. 5, p. 2116-2122, 2018 .

BARROS, M.; COSTA, L.. Perfil do consumo de álcool entre estudantes universitários\*. **SMAD, Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto , v. 15, n. 1, p. 4-13. 2019 .

BASTOS, F.; et al. III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Pela População Brasileira. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD\\_PORTUGU%c3%8aS.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD_PORTUGU%c3%8aS.pdf)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BORGES, C.; et al . Família, redes sociais e o uso de drogas: tensionamento entre o risco e a proteção. **Pesquisa e práticas psicossociais**, São João del-Rei , v. 12, n. 2, p. 405-421. 2017.

COMPTON, W.M.; et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. **Archives of General Psychiatry**, v. 64, p. 566–576. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.566>.

DANIELSON, C. K.; et al. Trauma-related risk factors for substance abuse among male versus female young adults. **Addictive Behaviors**, v. 34, n. 4, p. 395–399. 2009. Disponível em: doi:10.1016/j.addbeh.2008.11.009

DASGUPTA, A. Link between environmental factors, personality factors, and addiction. Em:

DASGUPTA, **Alcohol, Drugs, Genes and the Clinical Laboratory An Overview for Healthcare and Safety Professionals**, pp. 89-105. 2017.

NAÇÕES UNIDAS: ESCRITÓRIO SOBRE DROGAS E CRIME. **O Relatório Mundial sobre Drogas 2015.** Disponível em: [http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World\\_Drug\\_Report\\_2015.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf)

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). **Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators and Community Leaders.** US Department of Health and Human Services. National Institute on Health. National Institute on Drug Abuse, 2003.

GOMES-MEDEIROS, D.; et al . Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, e00242618. 2019 .

HAN, B.; et al. Substance use disorder among older adults in the USA in 2020. **Addiction** v. 104, p. 88–96. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02411.x>.

HANSON, R. K.; & HARRIS, A. J. R. Where should we intervene? Dynamic predictors of sex offense recidivism. **Criminal Justice and Behavior**, v. 27, p. 6-35. 2000.

HAWKINS, J.D.; CATALANO, R.F.; MILLER, J.Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. **Psychological Bulletin**, v. 112, n. 1, p. 64-105, 1992.

KURTI, A. N.; et al. Characterizing the intersection of Co-occurring risk factors for illicit drug abuse and dependence in a U.S. nationally representative sample. **Preventive Medicine**, v. 92, p. 118–125. 2016. Disponível em: doi:10.1016/j.ypmed.2016.09.030

LÖSEL, F.; & FARRINGTON, D. P. Direct protective and buffering protective factors in the development of youth violence. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 43, p. S8–S23. 2012.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M.. Drug use by Brazilian students: Associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. **Addiction**, v.99, n.5, p. 570-578. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Status report: alcohol and Young people.** Genebra 2001. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66795/1/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.1.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66795/1/WHO_MSD_MSB_01.1.pdf)

PETRAITIS, J.; FLAY, B.R; MILLER, T.Q. Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. **Psychological Bulletin**, v. 117, n. , p. 67-86, 1995.

PORTNOY, J.; CHEN, F. R.; & RAINE, A. Biological protective factors for antisocial and criminal behavior. **Journal of Criminal Justice**, v.41, n. 5, p. 292–299. 2013.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras.** Orgs.r Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. – Brasília: SENAD, 2010.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 707-717. 2005.

SCHINKE, S.; et al. Drug abuse risk and protective factors among Hispanic adolescents. **Preventive Medicine Reports**, v. 3, p. 185–188. 2016. Disponível em: doi:10.1016/j.pmedr.2016.01.012

SILVA, M.; et al. Fatores de Risco que podem Induzir o Uso de Drogas por Estudantes de uma Universidade Pública. **Journal of Human Growth and Development**, v. 23, n. 3, p. 1-6. 2013.

TAYLOR, S.; et al. Substance Use and Abuse, COVID-19-Related Distress, and Disregard for Social Distancing: A Network Analysis. **Addictive Behaviors**, v. 114, p.106754. 2020. Disponível em: doi:10.1016/j.addbeh.2020.106754

WALTERS, G. D. Introduction to the special issue: Psychology of crime. **Journal of Criminal Justice**, v. 41, n. 2, p. 61–63. 2013.

WARD, T., & FORTUNE, C.-A. The role of dynamic risk factors in the explanation of offending. **Aggression and Violent Behavior**, v. 29, p. 79–88. 2016.

ZAPPE, J.; DAPPER, F.. Drogadição na Adolescência: Família como Fator de Risco ou Proteção. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo , v. 9, n. 1, p. 140-158. 2017.



# CAPÍTULO 10

## POLÍTICAS DE SAÚDE: A UTILIZAÇÃO DA VARIÁVEL RAÇA/COR EM SAÚDE PÚBLICA: LIMITES E POSSIBILIDADES

DOI 10.47402/ed.ep.c202166410066

Jacelino Batista da Silva, Especialista em Gestão Pública, UNEB e Entrevistador Social na Secretaria Municipal de Assistência Social de Miguel Calmon

### RESUMO

O presente trabalho visa debater o emprego da simbologia etnia, classe ou cor como causa preponderante em termo de desigualdades sociais, expondo os indivíduos ao risco de adoecer e até mesmo morrer. A proposta é refletir acerca da literatura nacional e internacional com relação à Saúde Pública. Constatou-se que as pesquisas internacionais dialogam e exploram o uso da variável raça e cor no campo da saúde. No Brasil, a questão de raça enquanto desigual na área da saúde é ainda introdutória, porém há evidências distintivas as quais sugestionam uma crescente busca nessa linha. Averiguações acerca do papel da etnia, classe ou cor como fatores de diferenciação na saúde tendem a fornecer dados eficientes e que desempenharão papel fundamental na elaboração de diretrizes destinadas a diminuir as desigualdades na área da saúde. A construção teórica deste estudo foi elaborada por meio da metodologia de revisão bibliográfica para levantar diferentes pesquisas, com o intuito de analisar, investigar e estudar os diferentes conhecimentos científicos sobre o assunto proposto, comum caráter pragmático, um processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. A metodologia deseja descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos. Justifica-se o tema pela importância para a comunidade científica, pois até o ano de 2020, poucos trabalhos científicos foram publicados a respeito do assunto e poucas pesquisas foram realizadas, porém o tema possui grande importância das políticas de saúde, a utilização da variável raça/cor em saúde pública: limites e possibilidades.

**PALAVRAS-CHAVE:** Contraste social. Etnia, raça e cor. Saúde Pública.

### 1. INTRODUÇÃO

A abordagem distinta oferecida às variadas estruturas da sociedade brasileira vem colaborando para que ocorra uma clara diferenciação dos indicadores sociais que por sua vez, são colocados à prova, sobretudo no momento que em se confronta população branca e negra. É evidente que, ainda que o Brasil tenha a maior aglomeração de pessoas negras fora da África, esse grande grupo está representado de modo descomunal no meio onde habitam, seja em termos econômicos e sociais, de poder ou mesmo educacionais.

Constata-se, no entanto que as pessoas negras ocupam cargos de menor qualificação ou de remuneração mais baixa nos ambientes corporativos, habitam em áreas onde a infraestrutura é básica ou paupérrima, enfrentam fortes restrições aos serviços de saúde e, estes, se disponibilizados, são de qualidade e resolutividade inferiores. Mesmo diante de tais evidências,

nota-se na história recente a notória falta de compreensão em relação às discrepâncias e o preconceito racial é iminente. Perante uma história vexatória de escravidão e exclusão, o Brasil passa a reconhecer que há diferença racial e esta contribui fortemente para a desigualdade social.

Não obstante sejam ínfimas as pesquisas na área da saúde, que utilizam o fator etnia, raça ou cor, embora poucos deles apontam para a exorbitante ocorrência de doenças e morte da população negra, a justificativa apresentada para dada situação está na inclusão socioeconômica dos pacientes.

Assim, a etnia ou cor da pele tem tido pouca ênfase visando evidenciar a maneira intolerante e discriminatória de como a sociedade dedica suas estruturas e conduz às desigualdades econômicas e sociais, e estruturando prejuízos que estabelecem condições mais difíceis para os marginalizados. Nesse sentido, a abordagem racial deve ser compreendida, não apenas com um fator biológico, mas como variável social que transporta a bagagem das concepções históricas e culturais, sendo um determinante crucial da ausência de equidade.

Portanto, o presente texto, fundamentado nas proposições do modelo de determinante na sociedade, busca apontar perspectivas do uso da variável etnia, raça ou cor da pele como fator que determina as desigualdades sociais, podendo, nesse contexto, expor os indivíduos ao risco de adoecimento e mortalidade.

## **2. METODOLOGIA**

As análises abordadas a este respeito estão fundamentadas na leitura de trabalhos escritos na literatura brasileira, norte-americana e inglesa da área da Saúde Pública publicada entre de 2010 a 2019. Foram averiguadas publicações pertinentes ao tema abordado em revistas catalogadas pelas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências Sociais) e SciELO (biblioteca científica eletrônica). As palavras-chaves selecionadas foram: contraste, desigualdade, etnia, raça e cor, raça/etnia e saúde pública. Foram encontrados 30 artigos originais completos e de revisão. Os textos foram detectados pelas palavras-chaves usando a técnica de combinação booleana, que é a procura na base de dados acrescentando vários escritores ao mesmo tempo. Tive, dessa forma, somente 13 artigos originais para construir esse raciocínio.

## **3. CONTRASTES SOCIAIS NA SAÚDE**

As diferenças e desigualdades em saúde já são observadas de longa data. Rousseau (1752) abordava dois paradigmas de desigualdade: a natural, definida pela natureza e a moral

ou de um regime, que se sujeita à determinadas convenções ou concessões de um grupo. A primeira refere-se à distinção de idade, da saúde, de forças corporais e crenças. A segunda engloba os mais diversos privilégios de que desfrutam alguns em detrimento de outros, como questões de riqueza ou poder. Para Rousseau, o cerne da questão não é questionar a origem da desigualdade natural visto que a resposta se encontraria traduzida na própria definição do vocábulo.

Assim, compete averiguar em que proporção tais diferenças exprime a diversidade – seja por aspectos raciais, de gênero, necessidades especiais, posição social, localização geográfica - revelam a razão de desigualdades e arbitrariedade (Fundo das Nações Unidas para a Infância - Unicef, 2003). A partir desse ponto aparece o princípio da equidade, que simboliza a declaração de que é preciso tratar sem distinção aqueles que não possuem as mesmas condições estabelecidas e dessa forma atingir relações mais justas (Araujo, 2017). Portanto, batalhar pela equidade sugere notar as diferenças e a consequente vulnerabilidade, desvantagens e injustiças.

### **3.1 DISPARIDADES DE COR DE PELE EM SAÚDE NO MUNDO**

A questão das disparidades de cor de pele ou raça em saúde vem sendo investigada em países ao redor do mundo, como Estados Unidos e Inglaterra, evidenciando a vital da reflexão sobre o tema. Têm-se constatado também afinco para a formação de orientações e metodologia neste sentido (BARROS, 2019).

Nos Estados Unidos, em meados da década de 1990, foi fomentado o estudo de tópicos de desigualdades sociais que abordassem a condição socioeconômica bem como o papel da cor de pele ou raça e gênero na geração de resultados negativos na área da saúde. Os artigos que relacionam raça com desigualdades sociais nos dados de saúde demonstram que a variável é fator primordial, visto que os negros se encontram em desvantagem ao serem comparados com brancos enquanto seu *status* econômico e/ou de saúde.

Fica evidente na literatura que pobreza está correlacionada com o alto risco de baixo peso no nascimento entre afros e brancos americanos. Ao fazer a revisão de literatura conduzida por Batista (2015), as pesquisas apontam que o baixo peso ao nascer e pressão arterial têm piores resultados para a população negra. Em 1998, uma publicação norte-americana também demonstrou que existe enorme diferença racial na qualidade do tratamento médico, ainda que ajustamento por fatores de acesso tenha sido conduzidos, a situação socioeconômica e seriedade da doença (Hasenbalg,2019) é preocupante e motivo de preconceito.

### 3.2 DISPARIDADES DE COR DE PELE EM SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, as desigualdades sociais entre a população negra e branca são evidentes, a questão da equidade em termos de raça é algo pouco abordado na literatura da saúde (Cunha, 2016). É quase nula a produção acadêmica acerca do tema, e os porquês estão, possivelmente, reduzidos à crença da "democracia racial". A questão, divulgada nacionalmente por Jones (2014), ganhou destaque mundial e trouxe uma ilusão, até mesmo entre a população afrodescendente, de igualdade de tratamento. Esse pode ser um dos motivos pelas o tema é quase inexistente nos estudos sobre os contrastes em saúde. A dita "democracia" se mostra no cotidiano ao analisar as diferenças trazidas pelos indicadores econômicos, educacionais e culturais.

Há cerca de vinte anos, alguns autores começaram a usar o conceito de vulnerabilidade, defendido como "soma de aspectos individuais e coletivos que tem relação com o grau e modo de abordagem a um dado cenário e ao maior ou menor ingresso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação" (Lopes, 2016, p.14).

Seguindo esse raciocínio, parece que a exclusão social que é atribuída aos negros caracteriza a vulnerabilidade social, e o atendimento impróprio às suas carências jurídicas, de saúde, lazer, trabalho e moradia, entre outras, configura a vulnerabilidade programática que os submete à condição de pleno risco (Batista, 2015). Essa abordagem tem relação com a produção de desigualdades que exprimem na condição de inserção social, cultural e ambiental dos indivíduos e que, no que lhe diz respeito, revela a supressão de equidade e apresenta enorme desvantagem a esses membros na sociedade, os quais sofrem com as consequências negativas de tal movimento. No que diz respeito à escassez, trabalhos científicos mais desenvolvidos sobre as discrepâncias existentes na questão de cor de pele, os indicadores sociais vêm apontando uma situação desfavorável para a população negra, fato que coopera para sua exposição a passar por danos e riscos.

Os estudos que abordam as desigualdades sociais no Brasil ainda são ínfimos. Entre eles, há destaque para as diferenças de classes e regiões (Kaplan, 2019). Alguns autores recentes começaram a explorar mais a inserção social dos negros em termos de saúde, apontando diferenciais entre grupos de acordo com a etnia, raça ou cor de pele.

No meio das pesquisas brasileiras que abordam o tema dos contrastes em saúde de acordo com etnia ou cor, terão destaque na literatura os estudos brevemente aqui citados: Kawachi (2016), analisando as diferenças no risco de morte devido a fatores maternos, os quais

desproporcionalmente lesaram mulheres negras e pardas. O estudo acerca da mortalidade infantil e de mulheres feito por Cunha (2016), relatou a mortalidade de filhos com menos de um ano, filhos de mães negras. Barros, Victoria e Hortta (2002), utilizando extensos dados sobre saúde, apontaram as piores resoluções em saúde para crianças negras no Sul do Brasil.

Os resultados propõem que mães negras tinham a pior assistência à saúde quando comparadas com mães brancas. Segundo Kilsztajn (2016), no Brasil, as desigualdades raciais são mais usais durante o tratamento do que no acesso aos serviços de assistência pública. Krieger (2015) reforçam a afirmação ao declararem que, em 2004, a fração de mortes sem devida assistência médica entre povos indígenas foi de 8,0%, comparada à de 5,0% entre pessoas brancas.

Esses dados referem-se a um extenso estudo realizado em São Paulo com os colaboradores de uma grande universidade onde ficou evidente que, entre outras variáveis, a distinção na assistência médica pode atrapalhar o diagnóstico e o controle da hipertensão e doenças cardiovasculares. Por esses dados, o Ministério da Saúde ressaltou a importância da equidade no documento "A Saúde da População Negra perante o SUS", pois quanto há desigualdades pessoas são afetadas enquanto ao acesso aos serviços prestados a essa parcela da população.

Em contrapartida, diferenças estatisticamente significantes não apareceram na condição de saúde auto avaliativa. No Estado de São Paulo, uma pesquisa elaborada por Batista (2015), avaliando dados vindos de certidões de óbito de 2000, visando traçar o perfil das causas da morte de homens e mulheres negros que habitam no Estado de São Paulo, focando nas disparidades de gênero e/ou cor de pele, os resultados apontam altas taxas brutais de mortalidade para homens e mulheres negras.

Lopes (2016, p.8) pondera que os levantamentos sobre desigualdades ou contrastes em saúde deveriam transpassar os limites numéricos, ultrapassando frios dados de estatística, porque o racismo usualmente se disfarça e fica implícito nas relações sociais, nas suas mais diversas camadas. Então, o racismo operacionalizado abrange os processos da hierarquia, excluindo e discriminando pessoas com base em seus traços ou características, resignificando-os negativamente.

Assim, há um contexto histórico que permeia pela cultura e tais mecanismos modificam a representação social e ação comunicativa enquanto serviço público: o discurso e a linguagem, as práticas e os processos de produção, a arte e as produções culturais, ou seja, as manifestações

sociais como um todo. É plausível, por meio de uma sensibilização de todas as esferas que compõem a sociedade, formadas por todas as etnias e raças, aperfeiçoar os processos de modo que venham promover a equidade. Leal (2016) presume que o preconceito contra determinados grupos poderia ser explicado pela supremacia de um grupo majoritário predominante e como estes manifestam sua natureza superior em detrimento do grupo minoritário.

Então, independente das questões dos grupos minoritários ou de maioria, a Constituição Federativa Brasileira sanciona a saúde com um direito de “todos” e um dever do Estado, definindo como seu princípio e diretriz a equidade. Dessa forma, ter acesso ao serviço público de saúde é direito de todos, o que inclui: população de centros urbanos, campo, populações isoladas, povos indígenas, ribeirinhos, assentados, prisioneiros e excluídos sociais.

Lovell (2016) estuda o cerne da questão, afirmando que a disparidade vivenciada não apenas, mas sobretudo na área da saúde é expressão de exclusões sociais antepassadas, discriminações ancestrais passadas de geração em geração. Apesar disso, é sabido que a decomposição é essencial, não objetivando apenas organizar e compreender o contexto histórico, mas sim verificar as perspectivas de um mesmo problema, porque este é o caminho para alcançar a tão almejada equidade.

Embora os autores supracitados tenham usado abordagens diferentes, fica claro que examinar as pesquisas sobre contrastes raciais em saúde escritos no Brasil até o presente momento, têm: explorado a questão etnia, raça e cor de pele em uma conjuntura social; estimado evidências que apontam para a falta de equidade ao colocar os indivíduos em comparação; a acessibilidade e propriedade da informação sobre etnias e raças em sistemas de registros oficiais; evidenciando os impasses e deficiências relativos à metodologia de classificação racial e tem buscado desmascarar a concepção de "democracia racial" brasileira.

#### **4. CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES**

No presente ensaio, foi verificado: o papel dos contrastes sociais na produção de discrepâncias em saúde em termos de cor de pele; a eclosão da concepção de raça como potencial área de acesso aos indicadores de falta de equidade, e as possibilidades e limites do uso dessa variável na área da Saúde Pública. As análises trouxeram que a variável cor, raça ou etnia pode compreender as desigualdades em saúde, fato este que deixa esse grupo mais exposto. A literatura internacional enfatiza de maneira mais robusta à fundamentação do uso da variável cor, raça ou etnia. Em contra partida, os textos brasileiros focaram mais nos

diferenciais na área da saúde, assinalando tópicos de classificação e avaliação sobre a qualidade e disponibilidade de dados sobre a cor da pele ou raça.

Para concluir, os estudos que ponderam os limites relacionados ao campo de desigualdades sociais em saúde de acordo com a raça, cor ou etnia, buscando superá-las, terão maior possibilidade de prestar um grande serviço para a Saúde Pública, desfazendo assim, as diferenças em saúde, ao provocar a constituição de políticas e intervenções específicas. Outrossim, esse envolvimento revela uma oportunidade para ampliar as produções acadêmicas no campo da Saúde Pública, visando contribuir com o quadro de demandas pelas necessidades sociais, e encoraje a busca por outros pontos sociais importantes, dando perceptibilidade à verdadeira situação de saúde dos mais distintos grupos sociais, promovendo assim a cidadania em um imenso país de contrastes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, E. **Mortalidade por causas externas**: uma expressão das desigualdades sociais em Salvador, 1998 a 2003. 2007. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2017.

BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; HORTTA, B.L. Ethnicity and infant health in Southern Brazil: a birth cohort study. **Int. J. Epidemiol.**, v.30, p.1001-8, 2019.

BATISTA, L.; ESCUDER, M. Pode o estudo da mortalidade denunciar as desigualdades raciais? In: BARBOSA, L.M.A.; SILVA, P.B.G.; SILVÉRIO, V.R. (Orgs.). **De preto a afrodescendente**: trajetos de pesquisa sobre relações étnico-raciais no Brasil. São Carlos: EDUFSCar, 2015. p.243-60.

HASENBALG, C. **Relações raciais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Rio Fundo, 2019.

JONES, C.P.; LILLIE-BLANTON, M. Race in the epidemiologic literature: an examination of the American Journal of Epidemiology, 1921-1991. **Am. J. Epidemiol.**, v.134, n.12, p.1079-84, 2014.

KAPLAN, G. Upstream approaches to reducing socioeconomic inequalities in health. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.5, supl.1, p.19-27, 2019.

KAWACHI, I. Income inequality and health. In: BERKMAN, L.F.; KAWACHI, I. (Orgs.). **Social Epidemiology**. New York: Oxford University Press, 2016. p.78-92.

KILSZTAJN S. et al. Vítimas da cor: homicídios na região metropolitana de São Paulo Brasil, 2000. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1408-15, 2016.

KRIEGER, N. Discrimination and health. **Social Epidemiology**. New York: Oxford University Press, 2015. p.36-75.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.2, p.100-7, 2016.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.8, p.1595-601, 2016.

LOVELL, P.A. Skin color, racial identity, and life chances in Brazil. **Lat. Am. Perspect.**, v.25, p.90-109, 2016.

MARTINS, A.L.; TANAKA, A.C.D. Mulheres negras e mortalidade materna no estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.**, v.10, p.27-38, 2016.



# CAPÍTULO 11

## AVALIAÇÃO DA INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E SUA ASSOCIAÇÃO COM A ADEQUAÇÃO NUTRICIONAL: PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES

João Henrique Sousa do Nascimento, Estudante, IFMA  
Angelo Gabriel Cunha da Silva, Estudante, IFMA  
Carlos André Martins da Silva, Estudante, IFMA  
Lorrana Oliveira dos Santos Moura, Estudante, IFMA  
Pedro Lucas da Silva Oliveira, Estudante, IFMA  
Cecília Teresa Muniz Pereira, IFMA  
Dalva Muniz Pereira, Nutricionista, IFMA

### RESUMO

A insatisfação com a imagem corporal pode ser identificada como o desejo do adolescente por um corpo diferente daquele que possui, de forma a querer emagrecer ou engordar. O objetivo do estudo foi verificar a associação entre imagem corporal e estado nutricional em adolescentes do ensino médio/técnico do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão, na cidade de Caxias - MA. Atualmente, os indivíduos na fase da adolescência têm sido surpreendidos com a imposição dos padrões de beleza. Tal fato resulta na insatisfação corporal destes jovens, além de poder acarretar o desenvolvimento de transtornos alimentares. Foram coletadas as suas percepções de imagem do próprio corpo e os dados antropométricos (peso, estatura e circunferências do pescoço, da cintura e do quadril). Os resultados indicaram que 80,42% dos participantes da pesquisa se encontravam em estado nutricional adequado, de acordo com sua idade. No entanto, apenas 27,1% dos adolescentes se sentiam satisfeitos com sua imagem corporal. Verificamos que a maioria dos participantes da pesquisa, mesmo eutróficos, gostariam de ganhar peso. Em relação aos meninos, o fato se justifica, com a necessidade de ganho de massa magra. Já para as meninas, que geralmente buscam pelo emagrecimento, de acordo com os padrões impostos, o entendimento sobre o possível motivo requer mais estudos. É importante ressaltar a necessidade em reduzir o poder de ação dos padrões, sendo assim, possível diminuir a insatisfação e o desenvolvimento de transtornos alimentares, em que ambos são considerados questões de saúde pública.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adolescência. Imagem corporal. Insatisfação. Transtornos alimentares.

### INTRODUÇÃO

A adolescência marca uma fase de mudanças em vários aspectos, já que se localiza no intermédio entre infância e vida adulta. As transformações biológicas, físicas, hormonais e psíquicas requerem diretamente de uma base de apoio, composta principalmente pelos pais, durante a formação da Imagem Corporal (IC) (FROIS et al., 2011). Desta forma, caracteriza-se a IC como uma representação tida de si mesmo, que indica mentalmente como os indivíduos se veem, sua estrutura corporal e aparência física, quando comparado com os demais sujeitos a

sua volta (DAMASCENO et al., 2006). É importante destacar que esse processo é contínuo, de maneira que com o passar do tempo, e interações com outras pessoas, essa percepção se adapte ao ambiente em que se vive (BARROS, 2005).

Ao longo de muitos anos, a sociedade como um todo, impõe certos padrões de corpos considerados “corretos”, criando uma ideia deturpada do que é ser belo ou ter um corpo belo, ao ponto de definir o que é um homem bonito ou uma bela mulher (FROIS et al., 2011). A partir disso, surge a insatisfação corporal, como sendo o desejo do adolescente por um corpo diferente daquele que possui, criando-se uma imagem negativa de si mesmo (DUMITH et al., 2012). Um dos principais responsáveis pela divulgação de padrões estéticos, é a indústria de beleza (FROIS et al., 2011), que associado ao papel disseminador da mídia (DAMASCENO et al., 2006) provocam a manutenção dos padrões corporais, principalmente no cinema, nas revistas, entre outros (BARBOSA et al., 2016).

Um dos aspectos que se associa à insatisfação, é o estado nutricional (EN). O mesmo é definido pelo índice de massa corporal, que é um ótimo método indicativo de risco de inadequação nutricional para adolescentes. Assim, pode-se compreender que pode haver uma possível comparação entre o resultado indicativo do EN e a (in)satisfação corporal. Como destaque deste aspecto, um estudo apontou que parte dos adolescentes com eutrofia, mostraram estar insatisfeitos com seus corpos (DUMITH et al., 2012). É comum a diferença de percepção da imagem corporal, quando associado ao sexo, de forma que os meninos sempre venham a buscar por corpos mais atléticos e fortes (FIDELIX et al., 2011), ao passo que integrantes do sexo feminino, devem sempre ter menos massa corporal, indicando um corpo esbelto e pouco peso (BARBOSA et al., 2016).

Os transtornos alimentares (TA) são doenças psiquiátricas caracterizadas por graves alterações do comportamento alimentar e que afetam, na sua maioria adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo originar prejuízos biológicos, psicológicos e aumento da morbidade e mortalidade (BORGES et al., 2006).

Estudos apontam para o risco de TA em adolescentes como um fator diretamente associado à insatisfação com a imagem corporal (ALVES et al., 2008). Assim como afirma um estudo de 2004, identificando esta relação entre TA e deturpação da imagem corporal. Além dessas, outras duas pesquisas também relacionam distúrbios de ordem alimentar com a ausência de satisfação com o próprio corpo (ZORDÃO et al., 2015). Mais especificamente, em um estudo

só com meninas, tem-se resultados que apontam para maior predisposição de TA naquelas que se encontram insatisfeitas (MARTINS; PETROSKI, 2015).

Essa pesquisa teve por objetivo verificar a associação entre insatisfação com a imagem corporal e estado nutricional em adolescentes do Instituto Federal do Maranhão.

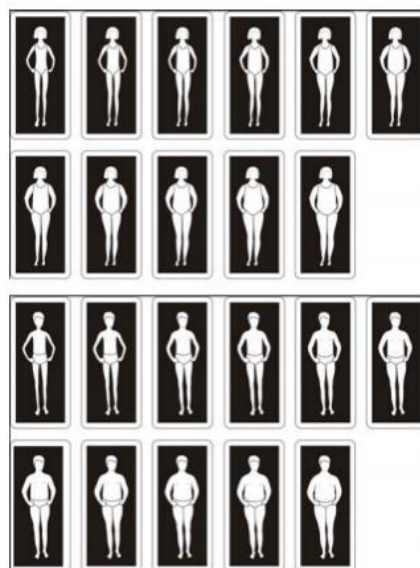
## **METODOLOGIA**

Este foi um estudo transversal e observacional. A amostra foi composta por 240 adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 14 e 19 anos, regularmente matriculados no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia – Campus Caxias. A coleta dos dados antropométricos ocorreu durante as aulas de Educação Física, em dias determinados organizados pela equipe, em comum acordo com os alunos, para que no dia, usassem roupas mais leves, e não se exercitassem antes da coleta, para que reduzisse a possibilidade de alteração dos dados coletados.

Existem dois tipos de escalas comumente utilizadas para percepção da imagem corporal. A escala de Stunkard et al. (1983) é a mais conhecida e utilizada para a avaliação da imagem corporal, sendo baseada em dados antropométricos da população americana. Por outro lado, uma escala de silhueta criada por uma pesquisa brasileira, no caso Kakeshita (2009), mostrava-se atrativa por aventar contemplar a diversidade corporal.

Dessa forma, as informações da percepção da imagem corporal foram obtidas com a utilização da escala de Kakeshita (2009): a escala é apresentada em série ordenada ascendente, devendo escolher “a figura que melhor representa seu tamanho atual” e a seguir “a figura que você gostaria de ter”. Em caso de seleção da mesma figura, o sujeito é classificado como satisfeito com sua silhueta. Quando a figura escolhida como “desejado” for maior do que a escolhida como “atual”, considera-se que o indivíduo quer aumentar o tamanho do seu corpo, e quando for menor, há um desejo de diminuí-lo. A escala foi auto aplicada, buscando excluir qualquer interferência do entrevistador nas respostas, além de facilitar o acesso às interpretações subjetivas dos adolescentes.

Figura 1: Escala de Silhuetas Corporais Adaptado de Kakeshita, 2009.



As silhuetas corporais foram mostradas aos adolescentes antes da realização das medidas antropométricas, durante um momento rápido, em que poderiam responder confortavelmente. Em seguida, para a obtenção dos indicadores antropométricos utilizou-se uma balança de bioimpedância portátil digital eletrônica, com capacidade de 150 Kg (marca: Omron® HBF 514C) para obter o peso e percentual de gordura corporal. A estatura foi aferida utilizando estadiômetro portátil (marca: Sanny®). O IMC foi calculado de através do Escore-z, que indica a posição relativa do IMC do adolescente de acordo com a idade, obedecendo aos seguintes pontos de corte: eutrófico (escore z entre - 2 e + 1); desnutrido (escore z < - 2); sobrepeso (escore z entre + 1 e + 2); obesidade (escore z > + 2). A medição das circunferências da cintura, do quadril e do pescoço foram realizadas com auxílio de uma fita métrica flexível e inelástica com extensão de 2m, dividida em cm e subdividida em mm, por um único examinador.

Os dados foram tabulados em percentuais, gráficos e tabelas com auxílio do software Microsoft Office Excel® 2007.

Por fim, realizou-se palestras online durante o período pandêmico, de forma que fosse possível expor os principais conhecimentos sobre os transtornos alimentares.

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 240 alunos do ensino médio, devidamente matriculados no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão, Campus Caxias. Foram contabilizados a participação dos quatro cursos técnicos de nível médio: Administração, Agroindústria, Agropecuária e Informática. Os alunos participantes da pesquisa, tinham idades entre 14 e 19 anos. É importante destacar que na literatura, o período da adolescência pode variar, de um autor para outro (EISENSTEIN, 2005). As características dos participantes da pesquisa encontram-se descritas na Tabela 01.

O resultado aponta participação maior das meninas, que representaram 55,0% dos integrantes desta pesquisa. Em relação ao estado nutricional, pode-se observar que 80,4% da amostra se encontrava eutrófica, o que indica um bom índice de adolescentes saudáveis, da mesma forma que podemos encontrar na pesquisa de Pinho et al., 2019.

**Tabela 01. Caracterização da Amostra. Caxias, Brasil.**

Variáveis	Masculino		Feminino		TOTAL
	n	%	n	%	
<b>CURSOS</b>	n	%	n	%	240
<b>Agroindústria</b>	23	37,7	38	62,3	61
<b>Agropecuária</b>	48	48,0	52	52,0	100
<b>Administração</b>	19	39,5	29	60,5	48
<b>Informática</b>	18	58,1	13	41,9	31
<b>IDADE</b>	n	%	n	%	
<b>14</b>	4	66,7	2	33,3	6
<b>15</b>	15	42,8	20	57,2	35
<b>16</b>	27	41,5	38	58,5	65
<b>17</b>	35	40,7	51	59,3	86
<b>18</b>	18	50,0	18	50,0	36
<b>19</b>	9	75,5	3	25,5	12

<b>IMC</b>	n	%	n	%	
<b>Magreza</b>	3	75,0	1	25,0	4
<b>Eutrofia</b>	87	45,1	106	54,9	193
<b>Sobrepeso</b>	13	50,0	13	50,0	26
<b>Obesidade</b>	5	29,4	12	70,6	17
<b>CP*</b>					
<b>Acima</b>	65	91,5	6	8,5	71

Fonte: Próprio Autor, 2021. Fonte: Próprio Autor, 2021. (CP\*- Circunferência do Pescoço)

Os meninos apresentaram um percentual pouco maior de eutrofia (80,7%), quando comparado com as meninas (80,3%). É importante destacar que índices de pessoas com peso adequado indica melhor possibilidade de satisfação com a imagem corporal, já que se associa sobrepeso e obesidade à insatisfação com o próprio corpo (RENTZ-FERNANDES et al., 2017).

A relação entre estado nutricional e insatisfação com a imagem corporal está descrita na Tabela 02. Dos 240 participantes, apenas 27,1% eram satisfeitos com sua imagem corporal. Dados que podem ser comparados a um estudo de Felden et al., 2015, que fez uso da escala de silhuetas de Stunkard e que encontraram que apenas 30,3% da amostra estava satisfeita.

<b>Variáveis</b>	<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>		<b>TOTAL</b>
	n	%	n	%	
<b>Estado Nutricional</b>					
<b>Magreza</b>	3	75	1	25	4
<b>Eutrofia</b>	87	45,1	106	54,9	193
<b>Sobrepeso</b>	13	50,0	13	50,0	26
<b>Obesidade</b>	5	29,4	12	70,6	17
<b>(In)satisfação corporal</b>					

<b>Gostaria de ser mais magro</b>	26	35,1	48	64,9	74
<b>Satisfeito com a imagem corporal</b>	35	53,8	30	46,2	65
<b>Gostaria de ser mais gordo</b>	47	46,5	54	53,5	101

Fonte: Próprio Autor, 2021.

Tabela 02. Estado nutricional e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes por sexo. Caxias, Brasil, 2021.

Como já descrito, a amostra apresenta em sua maioria jovens com estado nutricional adequado. Diante disso, faz-se a associação de que, mesmo eutróficos, os adolescentes se mostraram insatisfeitos com sua imagem corporal. Um estudo realizado somente com o público feminino, informou que 80,4% das que estavam eutróficas, não eram satisfeitas com seus corpos (LIRA et al., 2019).

A insatisfação conforme o sexo mostrou que 67,6% dos meninos estavam insatisfeitos. Já as meninas tiveram um índice mais alto, apresentando 77,3% de insatisfação. Um estudo aponta que os padrões estéticos impostos na sociedade, obrigam o adolescente a seguir normas de qual corpo deve ter. Geralmente, se presa por uma estrutura corporal mais musculosa com baixa porcentagem de gordura, no caso dos meninos (GOMES et al., 2018) e em relação às meninas, busca-se um corpo esbelto e pouco peso (MORAIS et al., 2018).

Tabela 03. Associação da insatisfação da imagem corporal conforme estado nutricional em adolescentes. Caxias, Brasil, 2021.

Variáveis	Magreza		Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino										
Gostaria de ser mais magro	0	0,0	13	50,0	8	30,8	5	19,2	26	100
Satisfeito com a imagem corporal	0	0,0	30	85,7	5	14,3	0	0,0	35	100
Gostaria de ser mais gordo	3	6,38	44	93,6	0	0,0	0	0,0	47	100
Feminino										

Gostaria de ser mais magro	0	0,0	27	56,3	9	18,7	12	25,0	48	100
Satisfeito com a imagem corporal	1	3,3	25	83,3	4	13,3	0	0,0	30	100
Gostaria de ser mais gordo	0	0,0	54	100,0	0	0	0	0,0	54	100

Fonte: Próprio Autor, 2021.

Comparando a insatisfação com o estado nutricional, cujos dados são apresentados na Tabela 03 pode-se perceber que a maior parte da amostra, mesmo que eutrófica, encontra-se insatisfeita com sua imagem corporal. Dados que podem ser corroborados de acordo com os estudos realizados por Lira et al., 2017, somente com meninas e Teixeira et al., 2019, com ambos os sexos. Uma outra pesquisa realizada por Pinho et al., 2019, apresentou resultados diferentes, ou seja, os eutróficos encontravam-se satisfeitos.

O tipo de insatisfação divergiu do que normalmente é encontrado na literatura (FELDEN et al., 2015; PINHO et al., 2019). A maior parte de insatisfação, principalmente dos eutróficos, foi marcada pelo desejo de ganhar peso, de forma que ambos os sexos, tenham demonstrado tais resultados. Geralmente, as meninas costumam optar pela perda de peso, que pode ser justificado com o fato da imposição de padrões estéticos no âmbito em que as mesmas vivem (MORAIS et al., 2018), fato que não ocorre nos resultados mostrados. Os padrões estéticos estão sujeitos a mudanças ao longo do tempo, a qual pode ter causado os resultados diferentes dos comumente vistos na literatura (EVANGELISTA, 2020). Já no caso dos meninos, na maioria das vezes, buscam por ganho de peso, mais especificamente, ganho de massa magra, aumento do tamanho dos músculos (GOMES et al., 2018), corroborando com os dados da pesquisa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A insatisfação com a imagem corporal pode ser causada por diversos fatores, incluindo questões relacionadas à mídia e à imposição de padrões de ordem estética. De forma a destacar tal informação, o risco dos jovens insatisfeitos com sua imagem corporal pode se relacionar com o desenvolvimento de transtornos alimentares. Além disso, a associação entre a insatisfação e o estado nutricional foi positiva, indicando, apesar da maioria amostral eutrófica, apenas vinte e cinco por cento apresentou satisfação. A partir do momento em que se compreende essa situação, se passa a considerar problema de saúde pública. É de suma



importância que sejam criadas iniciativas que visem problematizar os padrões de beleza. Reduzir a cadeia de alteração da satisfação da imagem corporal torna-se essencial. Além, é claro, de enfatizar o papel formador dos pais, mães, responsáveis e dos educadores, como principais bases do indivíduo na adolescência.

## REFERÊNCIAS

ALVES, E. et al. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 503-512, 2008.

BARBOSA, B. R. S. N.; SILVA, L. V. A mídia como instrumento modelador de corpos: um estudo sobre gênero, padrões de beleza e hábitos alimentares. **Razón y Palabra**, Paraíba – Brasil, v. 20, n. 84, p. 672-687, 2016.

BARROS, D. D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciências e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 547-54, maio-agosto, 2005.

BORGES, N. J. B. G. et al. Transtornos alimentares-quadro clínico. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006.

DAMASCENO, V. O.; VIANNA, V. R. A.; VIANNA, J. M.; LACIO, M.; LIMA, J. R. P.; NOVAES, J. S. Imagem corporal e corpo ideal. **Revista Brasileira Ciência e Movimento.**, v.14, n.1, p. 87-96, 2006.

DUMITH, S. C.; MENEZES, A. M. B.; BIELEMANN, R. M.; PETRESCO, S.; SILVA, I. C. M; LINHARES, R. S.; AMORIM, T. C.; DUARTE, D. V.; ARAÚJO, C. L. P.; SANTOS, J. Insatisfação corporal em adolescentes: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pelotas – RS, v. 17, n. 9, p. 2499-2505, 2012.

EISENSTEIN, Evelyn. Adolescência: definições, conceitos e critério. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, junho, 2015.

EVANGELISTA, Elves Santos. A influência das redes sociais no comportamento estético do sujeito durante o isolamento social. **IX Seminário FESPSP**, out/nov 2020.

FELDEN, E. P. G.; CLAUMANN, G. S.; SACOMORI, C.; DARONCO, L. S. E; CARDOSO, F. L.; PELEGRINI, A.; Fatores sociodemográficos e imagem corporal em adolescentes do ensino médio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3329-3337, 2015.

FIDELIX, Y. L.; SILVA, D. A. S.; PELEGRINI, A.; SILVA, A. F; PETROSKI, E. L.; Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes de uma cidade de pequeno porte: associação com sexo, idade e zona de domicílio. **Revista Brasileira Cineantropom Desempenho Humano**, v. 13, n. 3, p. 202-207, 2011.

FROIS, E.; MOREIRA, J.; STENGE, M. MÍDIAS E A IMAGEM CORPORAL NA ADOLESCÊNCIA: O CORPO EM DISCUSSÃO. **Psicologia em Estudo**, Maringá – MG, v. 16, n. 1, p. 71-77, jan/mar., 2011.

GOMES, A. P. F.; SOUZA, N. S.; VIDAL, S. L.; CASTANHEIRA, M. Fatores antropométricos relacionados à insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 515-527, 2018.

KAKESHITA, Idalina Shiraishi; ALMEIDA, Sebastião de Sousa. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 497-504, 2006.

LIRA, A. G.; GANEN, A. P.; LODI, A. S.; ALVARENGA M. S. Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 66, n. 3, p. 164-171, 2017.

MARTINS, C. R.; PETROSKI, E. L. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino de uma cidade de pequeno porte: prevalência e correlações. **Motricidade**, v. 11, n. 2, p. 94-106, 2015.

MORAIS, N. S.; MIRANDA, V. P. N.; PRIORE, S. E. Imagem corporal de adolescentes do sexo feminino e sua associação à composição corporal e ao comportamento sedentário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Viçosa – MG, v. 23, n. 8, p. 2693-2703, 2018.

PINHO, L.; BRITO, M. F. S. F.; SILVA, R. R. V.; MESSIAS, R. B.; SILVA, C. S. O.; BARBOSA, D. A.; CALDEIRA, A. P.; Percepção de imagem corporal e estado nutricional em adolescentes de escolas públicas. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**, v. 72, s. 2, p. 240-6, 2019.

RENTZ-FERNANDES, A. R.; SILVEIRA-VIANA, M; LIZ, C. M.; ANDRADE, A.; Autoestima, imagem corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais. **Revista Salud Pública**, Estado de Santa Catarina, v. 19, n. 1, p. 66-72, 2017.

SILVA C.D.C., ZAMBOM M.P., VASQUES A.C.J., RODRIGUES A.M.B., CAMILO D.F., ANTONIO M.A.R.G.M., CASSANI R.S.L., GELONEZE B. Neck circumference as a new anthropometric indicator for prediction of insulin resistance and components of metabolic syndrome in adolescents: Brazilian Metabolic Syndrome Study. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 2, 221-229, 2014.

SOUZA, M. F. C. Identificação de pontos de corte da circunferência do pescoço para determinação dos níveis de excesso de peso e predição do risco cardiometabólico em adolescentes. Tese (Doutorado). **Universidade Federal de Sergipe**. Sergipe, p. 43-53, 2016.

TEIXEIRA, C. S.; DINARDI, B.; SINGH, T. C.; CESARINO, C. B.; POMPEO, D. A.; Estado nutricional de adolescentes relacionado ao risco cardiovascular e imagem corporal. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 249-264, 2019.

ZORDÃO, O. P.; BARBOSA, A.; SANT'ANA T. P.; GRASSELLI, C. S. M.; NOGUEIRA, D. A.; SILVA, R. R. Associação da imagem corporal e transtornos alimentares em adolescentes de Minas Gerais (Brasil). **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, v. 35, n. 2, p. 48-56, 2015.

# CAPÍTULO 12

## USO DE ÁLCOOL POR ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS NAS ENTRELINHAS DA REVISÃO INTEGRATIVA

Rayrane Clarah Chaveiro Moraes, Enfermeira, Universidade de São Paulo  
Marília Dutra Teixeira, Graduada em Enfermagem, Centro Universitário de Viçosa  
Aline Alves Fernandes, Enfermeira, Universidade Federal de Goiás  
Juliana Cristina Martins Souza, Enfermeira, Universidade de São Paulo  
Ana Izabela Barbosa da Silva, Enfermeira, Universidade Federal de Viçosa  
Luma Nunes Camilo, Enfermeira, Universidade Federal de Viçosa  
Ana Luiza Rodrigues Lins, Enfermeira, Instituto Nacional de Câncer  
João Vitor Andrade, Enfermeiro, Universidade de São Paulo

### RESUMO

**Introdução:** o álcool é a substância mais comumente consumida, em todo o mundo, sobretudo pelos jovens. A curiosidade, aliada por fatores socioculturais como a transferência para um novo grupo, configuram – se como fatores de risco para o consumo de álcool. **Objetivo:** sistematizar o conhecimento produzido acerca da epidemiologia do álcool em estudantes universitários. **Metodologia:** trata-se de Revisão Integrativa, realizada nas bases de dados *LILACS*, *SCIELO*, *MedLine* e *PubMed*. Como critérios de inclusão foram utilizados artigos completos, gratuitos, publicados em 10 anos, nas línguas, inglesa, espanhola e portuguesa e quanto ao tipo, estudos epidemiológicos (transversais, coorte, caso controle, randomizados). Ao final restaram 19 artigos para análise. **Resultados:** O uso de álcool esteve associado com comportamentos de risco como acidentes de trânsito e comportamentos sexuais desprotegidos; consumo em *binge drinking*; ingestão de álcool e alterações do padrão de sono, bem como diminuição do rendimento escolar. **Conclusão:** Destaca-se que o uso de álcool é um problema eminente nos universitários, afetando estes indivíduos em todas as dimensões. Logo, ratifica-se a necessidade de mais pesquisas em relação a temática, a fim de suprir as lacunas, sobretudo em relação aos fatores que ocasionam a experimentação do álcool, bem como os que levam a dependência deste.

**PALAVRAS-CHAVE:** Bebidas Alcoólicas; Epidemiologia; Estudantes; Estudantes de Graduação.

### INTRODUÇÃO

Dados estatísticos demonstram que a droga mais consumida a nível mundial é o álcool, sendo usado por aproximadamente dois bilhões de pessoas, sendo responsável por 3,8% das mortes e 4,6% das doenças mundiais, caracterizando-se como agente ocasionador de mais de 60 tipos de doenças (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 2014). Dos brasileiros com idade maior que 18 anos, 50% fazem uso de álcool pelo menos uma vez ao ano, sendo estes 62% homens e 38% mulheres (INPAD, 2014). Os efeitos de morbi-mortalidade de tal substância, tem ido além dos prejuízos à saúde do bebedor, provocando danos para toda população, como atos de violência, por exemplo, agressões físicas e/ou verbais, violência

sexual, homicídios, acidentes de trânsito, afogamentos e quedas (INPAD, 2014; DAMACENA, 2016).

A curiosidade, reforçada pelos fatores socioculturais são os principais fatores de risco para a primeira experimentação e o início do uso de álcool (DAMACENA, 2016). Demarca-se ainda que as propagandas de cerveja, nas quais o conteúdo comercial, demonstra sucesso, beleza e prazer, corrobora com a omissão dos danos que o uso do álcool provoca a curto, médio e longo prazo, sendo estas propagandas alusivos, sobretudo ao público jovem (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2012).

No tocante a esta faixa etária, destaca-se os estudantes universitários que se tornam mais susceptíveis ao consumo de álcool e outras drogas, pois nesta fase vivenciam importantes transformações ambientais, culturais e sociais (FACHINI, 2013). A família que antes era parte fundamental e prioritária da vida desses indivíduos começa a ser sobreposta por outros vínculos sociais, principalmente o dos amigos, assim o jovem acaba transferindo para o novo grupo em que está inserido parte da dependência afetiva, que antes mantinha com a família (FACHINI, 2013). Passando então a enfrentar situações novas como frequentar festas; dificuldade em conciliar atividades acadêmicas e lazer; estresse e saudade da família (FACHINI, 2013).

Um dos determinantes do prejuízo de consumo de álcool pode ser a quantidade ingerida em um único dia. Segundo o National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2020), o uso pesado episódico de álcool, o *binge drinking* é caracterizado pelo consumo de cinco doses ou mais de álcool para os homens e quatro doses ou mais para mulheres. Em pesquisa realizada pelo Centers for Disease Control and Prevention (2016), entre 1991 e 2015, demonstrou, um aumento de consumo excessivo entre os anos de 1991 (31,3%) e 1999 (31,5%), e uma diminuição significativa no ano de 2015 (17,7%). A maioria dos jovens que ingeriam álcool eram bebedores compulsivos (57,8%), dos quais (43,8%), consumiam oito ou mais.

Desse modo, para melhor conhecimento da vulnerabilidade do universitário quanto ao uso e abuso de álcool, objetivou-se sistematizar o conhecimento produzido acerca do uso de álcool por estudantes universitários.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura, que visa agrupar e sumarizar resultados de pesquisas em relação a um tema ou questão específica. A mesma visa a análise de estudos de um determinado objeto de pesquisa, subsidiando tomada de decisão fomentando a prática clínica, com implicação de novos conhecimentos e apontamento de

lacunas, que podem ser preenchidas por meio de estudos futuros (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

A estruturação da revisão deu-se em seis passos, iniciando-se com a escolha de um tema e questão norteadora, seguida pela designação dos critérios de inclusão e exclusão de estudos, posteriormente realizou-se a determinação dos dados pertinentes a serem coletados dos estudos, em seguida, ocorreu a avaliação dos estudos compreendidos na revisão, fez-se então a interpretação das informações dos estudos, e por fim, tem-se a exposição da síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019), a qual ocorre pelos resultados e conclusão do presente trabalho.

A estratégia de busca consistiu em acesso a bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), PubMed (U.S. National Library of Medicine National Institute of Health) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). A pergunta utilizada para motivar o aprofundamento na temática da revisão foi: qual a prevalência, incidência ou risco para uso de álcool em estudantes universitários? Utilizou-se a estratégia PICOT para delimitar a revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019). Sendo a mesma um acrônimo, representando no presente estudo: P) População (estudantes universitários); I) Intervenção (prevalência do consumo de álcool); C) Comparação (essa população usa mais álcool?); O) Desfecho ou resultados (esse consumo gera risco quais os prejuízos?); T) Tempo (estudos publicados nos últimos dez anos [2010-2020]).

A busca foi realizada de maneira interdependente por duas duplas de pesquisares, por meio dos descritores controlados disponíveis nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e seus correspondentes em inglês e espanhol da Biblioteca Virtual em Saúde: “Bebidas Alcoólicas”; “Epidemiologia”, “Estudantes” e ante a recorrência do uso da palavra-chave “Estudantes de Graduação”, a mesma também foi combinada aos descritos. Utilizou-se para o cruzamento dos descritores os operadores booleanos “AND” e “OR”.

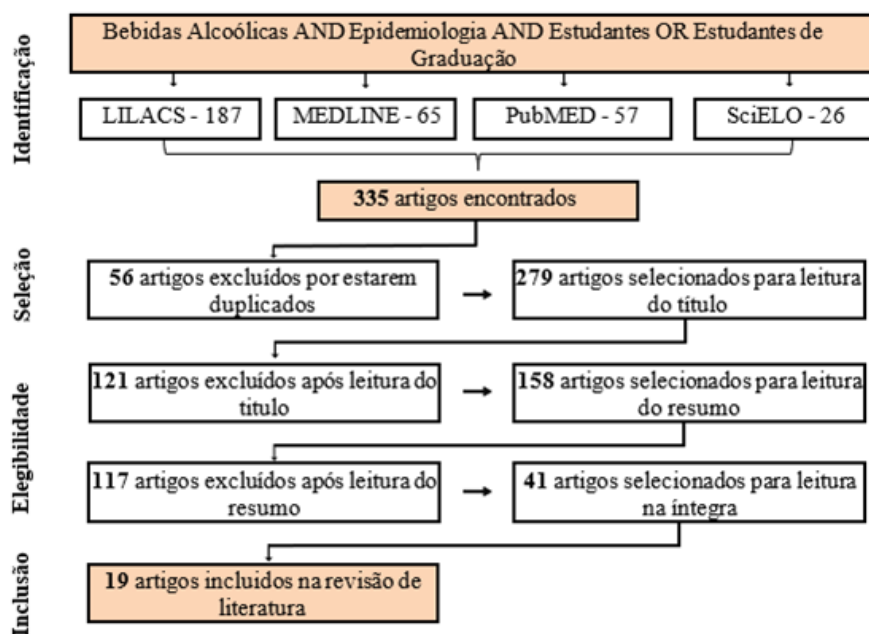
Os estudos foram selecionados pela leitura criteriosa dos títulos, resumos e posteriormente dos artigos na íntegra. Os critérios de inclusão definidos foram artigos científicos similares com a temática deste estudo, produções disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol e que detalhassem e versassem o assunto: uso de álcool por universitários, independentemente do método de pesquisa utilizado, publicado entre os anos de

2010 a 2020. Artigos que se encontravam repetidos nas bases de dados e não abarcavam a temática principal não foram incluídos na análise.

Para a caracterização dos estudos selecionados utilizou-se um instrumento de fichamento de dados adaptado [incluindo-se os itens autor, ano, título do artigo, base de dados e país de publicação, nível de evidencia, delineamento do estudo e síntese da conclusão], visando a sistematização e organização, os artigos selecionados foram avaliados quanto ao nível de evidência (STETLER, et al., 1998).

A análise dos dados foi realizada por meio da leitura dos artigos, sendo as informações dos mesmos extraídas e inseridas em um quadro elaborado no Microsoft Word® 2016, na ordem de citação no decorrer do texto.

**Figura 1:** Diagrama de fluxo da seleção dos artigos, 2020.



**Fonte:** Dados do presente estudo, 2020.

## RESULTADOS

Foram encontrados oito artigos na base de dados *PubMed* (42,1%), sete artigos na base de dados *LILACS* (36,8%), três artigos na *MEDLINE* (15,8%) e um artigo na *SciELO* (5,3%), totalizando 19 artigos (100%) para o fim da análise.

Em relação aos anos de publicação dos estudos, seis (31,6%) artigos foram publicados no ano de 2016, quatro (21%) artigos nos anos de 2015 e 2013, três (15,8%) artigos no ano de 2012 e um artigo (5,3%) respectivamente para os anos de 2014 e 2011.

Quanto aos tipos de estudos, foram incluídos 14 (73,7%) transversais, dois estudos (10,5%) estudos randomizados, dois estudos (10,5%) de coorte e um (5,3%) estudo longitudinal. No que tange ao nível de evidencia observou-se que dois estudos (10,5%) são nível I, um estudo (5,3%) é nível II, 14 estudos (73,7%) são nível III e dois estudos (10,5%) são nível IV.

No que tange ao país em que a pesquisa foi realizada, oito artigos (42,1%), foram oriundos do Brasil, dois (10,5%) do EUA e um estudo (5,3%) de cada um dos seguintes países: Colômbia, Tailândia, Noruega, Sérvia, Reino Unido, Espanha, França, Etiópia e Vietnã.

Com intuito de concentrar, integralizar/sistematizar os achados desta revisão, foi construído um quadro síntese (Quadro 1).

**Quadro 1:** Síntese dos artigos selecionados, 2020.

<b>Autores [Ano]</b>	<b>Título da publicação</b>	<b>País [Base]</b>	<b>Método [NE*]</b>	<b>[Amostra] Síntese da conclusão</b>
SARAIVA; MAIA- FILHO [2015]	Alcohol consumption and binge drinking among Dental students of a university	Brasil [LILACS]	Transversal [Nível III]	[255 questionários] Alto consumo e prática de <i>binge drinking</i> . Exposição a riscos.
WAGNER <i>et al.</i> [2012]	Drug use in college students: a 13-year trend	Brasil [LILACS]	Transversal [Nível III]	[9.974 universitários] Entre os 13 anos de estudo, houve aumento de uso na vida de tabaco, alucinógenos, anfetaminas e álcool.
MILANES <i>et al.</i> [2011]	Public university students' psychosocial factors associated with legal and illegal substance consumption.	Colômbia [LILACS]	Transversal [Nível III]	[1.359 estudantes] Uso abusivo de álcool e disfunção infantil familiar.
FREITAS; NASCIMENTO; SANTOS [2013]	Perfil da utilização de drogas lícitas e ilícitas por universitários de uma instituição privada	Brasil [LILACS]	Transversal [Nível III]	[345 universitários] Influência do ambiente universitário para o consumo abusivo de álcool e outras drogas.
NEMER <i>et al.</i> [2013]	Pattern of alcoholic beverage consumption and academic performance among college students	Brasil [LILACS]	Transversal [Nível III]	[343 universitários] Os universitários avaliados apresentaram altos índices de consumo abusivo de álcool.
SANCHEZ <i>et al.</i>	Sexual behavior among high school students in	Brasil	Transversal	[17.371 estudantes]

[2013]	Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex	[LILACS]	[Nível III]	O uso de álcool e drogas por adolescentes foi associado a práticas sexuais inseguras.
EDGERTO N; ROBERTS [2016]	Socio-demographic, behavioral, and mental health and wellbeing correlates of university student binge drinking: does frequency matter?	Brasil [LILACS]	Transversal [Nível III]	[507 universitários] As relações esperadas entre saúde mental e bem-estar e frequência de consumo excessivo de álcool não eram evidentes.
WAKABA YASHI <i>et al.</i> [2016]	Non-fatal injury in Thailand from 2005 to 2013: Incidence trends and links to alcohol consumption patterns in the thai cohort study	Tailândia [MEDLINE]	Coorte [Nível IV]	[42.785 indivíduos] Examinamos lesões não fatais e a transição de risco à saúde na Tailândia em 2005 e 2013. Nossos dados revelaram reduções no consumo de álcool e lesões não fatais na coorte tailandesa entre 2005 e 2013.
MAHMOO D <i>et al.</i> [2016]	Risk factors measured during medical school for later hazardous drinking: a 10-years, longitudinal, nationwide study (NORDOC)	Noruega [MEDLINE]	Coorte [Nível IV]	[1.052 estudantes] Beber perigosamente e beber para lidar com a tensão Durante a faculdade de medicina.
HOEPNNE R <i>et al.</i> [2013]	Sex differences in college student adherence to NIAAA drinking guidelines	EUA [MEDLINE]	Longitudinal [Nível II]	[992 estudantes] As universitárias têm maior probabilidade de exceder os limites de ingestão semanal de álcool, mas as mulheres podem não amadurecer a partir dos níveis prejudiciais de consumo semanal.
NUNES <i>et al.</i> [2012]	Alcohol consumption and bingen drinking among health college students	Brasil [SciELO]	Transversal [Nível III]	[474 estudantes] Consumo de álcool e binge drinking, medidas preventivas das universidades.
VISNJIC; JOVIC; GRBESA [2015]	Alcohol consumption among students a croos-sectional study at three largest universities in Serbia	Sérvia [PubMed]	Transversal [Nível III]	[2.285 estudantes] A alta porcentagem de estudantes sérvios consome álcool e, embora bebam pela primeira vez em tenra idade, geralmente bebem menos



				do que estudantes de muitos outros países.
GEISNER; MALLET; KILMER [2012]	An examination of depressive symptoms and drinking patterns in first year college students	EUA [PubMed]	Randomizado [Nível I]	[896 estudantes] Com base nos resultados deste estudo e de outros, fica claro que os estudantes universitários, principalmente aqueles no primeiro ano, experimentam muitos sintomas depressivos, bebem de forma arriscada e correm o risco de sofrer uma crise prolongada consequências tardias.
TANUMIH ARDJO <i>et al.</i> [2015]	Association between alcohol use among college students and alcohol outlet proximity and densities	Reino Unido [PubMed]	Randomizado [Nível I]	[166 estudantes] Os bebedores viviam perto dos estabelecimentos de bebidas alcoólicas e tinham significativamente mais estabelecimentos disponíveis a uma distância de até 1,6 km.
GOMEZ <i>et al.</i> [2016]	Binge drinking in young university students is associated with alterations in executive functions related to their starting age	Espanha [PubMed]	Transversal [Nível III]	[206 indivíduos] Nossos resultados sugerem que o consumo intermitente de grandes quantidades de álcool em curto período de tempo está associado a um impacto significativo na função cognitiva em adultos jovens.
KASSA; WAKGARI ; TADDESS E [2016]	Determinants of alcohol use and khat chewing among Hawassa University students, Ethiopia: a cross sectional study	Etiópia [PubMed]	Transversal [Nível III]	[590 estudantes] A proporção de consumo de álcool e mastigação de khat pelos alunos foi significativa. Portanto, o ensino superior, em colaboração com outras partes interessadas, deve trabalhar para convencer os alunos sobre os efeitos nocivos dessas substâncias.
TAVOLAC CI <i>et al.</i> [2016]	Prevalence of binge drinking and associated behaviours among 3286 college students in France	França [PubMed]	Transversal [Nível III]	[3.286 estudantes] Populações em risco: sexo masculino, morando em acomodação alugada, prática regular de esportes

				e outros comportamentos de risco, como uso de tabaco, maconha e álcool. Esses comportamentos aumentam com a frequência do consumo excessivo de álcool
PEREZ; VALLEJA [2014]	Problems associated with alcohol consumption by university studies	Brasil [PubMed]	Transversal [Nível III]	[396 estudantes] O estudo apresentou resultados importantes relacionados ao consumo nocivo e dependência do álcool, com prejuízos ao rendimento escolar, às relações sociais, ao estado psicológico e à condição sexual.
DIEP <i>et al.</i> [2015]	Secondhand effects of alcohol use among students in Vietnam	Vietnã [PubMed]	Transversal [Nível III]	[6.011 estudantes] Além de lidar com os danos causados pelo álcool aos próprios bebedores, evitando os efeitos também devem ser o foco principal da política de prevenção.

Legenda: NE\* - Nível de evidência.

Fonte: Dados do presente estudo, 2020.

## DISCUSSÃO

A transição para a vida adulta acontece por volta dos 18 aos 25 anos, período em que acontecem várias experiências e descobertas incluindo o contato com o álcool e/ou outras drogas (PONCIANO; FÉRES-CARNEIRO, 2014). Muitas variáveis podem influenciar o comportamento de beber ou não, como a própria personalidade do indivíduo, genética, gênero, etnia, faculdade, religiosidade, ocupação, estado civil, amigos e familiares (NEMER *et al.*, 2013).

A análise dos estudos identificou uma alta prevalência de consumo de álcool pelo menos uma vez na vida entre universitários em média 92,5%, 91,4%, 88,6% (WAGNER, *et al.* 2012; MILANES, *et al.*, 2011; TANUMIHARDJO *et al.*, 2015). Corroborado por outros estudos, nos quais a prevalência de consumo de álcool na vida foi de 90,4%, 86,2%, 70, 1% (PEDROSA *et al.*, 2011; ANDRADE, *et al.*, 2012; ECKSCHMIDT; ANDRADE; OLIVEIRA, 2013). Estudos realizados com universitários brasileiros detectaram uma prevalência de uso de álcool entre 65% a 92% (NEMER *et al.*, 2013).

O elevado consumo de álcool no ambiente universitário pode ser resultado de vários fatores descritos em várias literaturas, como o contexto social, influência de amigos, melhora do humor, redução do estresse e sensação de liberdade de viver sozinho ou sem família (EDGERTON; ROBERTS, 2016). Esse comportamento pode se justificar pelo ingressar no meio acadêmico em que a introdução em um ambiente novo, com total liberdade e sem dispositivos de controle da sua vida, torna esse momento mais vulnerável à comportamentos de risco individuais e sociais (FERRAZ *et al.*, 2017). Assim o comportamento de uso de álcool por jovens, passa a ser percebido como uma atitude positiva, e considerado um comportamento habitual (VARGAS, 2011).

Em totalidade 88,9% dos artigos, evidenciaram que a população do sexo masculino, eram os que mais faziam uso de bebidas alcoólicas, dois trabalhos apontaram para o maior uso em mulheres, semanalmente (GEISNER; MALLETT; KILMER, 2012; HOEPPNER *et al.*, 2013), no entanto quando se avalia o consumo contínuo e em excesso a maior concentração, está na população masculina. Estudo realizado, com universitários da fronteira do Sul do país, demonstrou um maior consumo de álcool pelo sexo masculino, 90,3%. Contudo FERRAZ, *et al.* (2017), apontam que entre os universitários dos cursos de medicina, direito e engenharia civil da região sul do país, não houve diferença estatística significativa no consumo de álcool entre os sexos, 89,1% dos homens e 81,8% mulheres. Padrão similar em outra pesquisa, entre o sexo masculino e o feminino, sendo 90,3% e 89,0%, concomitantemente, evidenciando uma mudança de comportamento cultural e histórico, tidos anteriormente mais dos homens do que das mulheres (PRIOTO; LIZZI; NIRREI, 2015).

O consumo excessivo por homens binge drinking, esteve associado, em cerca de 61% dos artigos, com prevalências de 65,4%, 57%, 47,6%, 45% (GEISNER; MALLETT; KILMER, 2012; HOEPPNER *et al.*, 2013; WAKABAYASHI, *et al.* 2016; GOMEZ *et al.*, 2016). Em estudo caso e controle entre jovens de uma Universidade Federal Brasileira antes das intervenções, o consumo excessivo de álcool em um dia típico era de cerca de 7 a 10 doses (34,4%), após um ano de intervenção 12,2% deixaram de consumir em excesso (SILVA; TUCCI, 2015).

O uso de álcool reduz a capacidade de tomada de decisão e causam alterações fisiopatológicas no organismo cuja a intensidade dessas alterações vão depender diretamente da quantidade consumida. Além disso o consumo excessivo de álcool diminui as chances de rejeição de um ato sexual indesejado e desprotegido, levando a uma possível gravidez, a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis e realização de relações com múltiplos

parceiros. Jovens que não conheciam a probabilidade de transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), contudo conheciam a maioria das infecções sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos, apresentavam prevalência superiores de abuso de álcool (SANCHEZ *et al.*, 2013).

Um estudo entre jovens adultos britânicos mostrou que o álcool, a maconha, o ecstasy e a cocaína foram usadas para estimular a excitação durante a relação sexual (TANUMIHARDJO *et al.*, 2015). Além disso, o uso precoce de álcool esteve associado ao início precoce da atividade sexual, principalmente entre meninas (SANCHEZ *et al.*, 2013).

Estudo longitudinal nos EUA, comprovou que o uso de álcool está fortemente associado a condução insegura de veículos pelos adolescentes, principalmente no período noturno, onde ocorrem as festas e saídas para diversão (HOEPNNER *et al.*, 2013). Assim vulnerabilidades e comportamentos de risco como relações sexuais desprotegidas e condução perigosa de veículos automotores, estão correlacionados ao uso de álcool (KASSA; WAKGARI; TADDESSE, 2016; SARAIVA *et al.*, 2015, NUNES *et al.*, 2012, PEREZ; VALLEJA, 2014, WAKABAYASHI *et al.*, 2016).

Alguns autores enfatizaram a “Teoria da Miopia do Álcool” para explicar os comportamentos de risco associados aos efeitos farmacológicos do álcool. A teoria sugere que ao ingerir álcool, habilidade cognitivas para processar e discriminar entre estímulos ou pistas para o comportamento começam a diminuir. Esse comprometimento cognitivo faz com que a pessoa se torne “miope” concentrando nos sinais mais importantes e ignorando outros. Esta Teoria parece ser apropriada para explicar o sexo inseguro que ocorre após o uso de drogas psicotrópicas tomadas para facilitar um encontro sexual (SANCHEZ *et al.*, 2013).

Um estudo francês encontrou uma forte relação entre o uso de álcool por universitários que praticavam esportes coletivos e o abuso de álcool “binge drinking” (TAVOLACCI *et al.*, 2016). Outro fator associado ao excessivo consumo de álcool entre universitários foi em relação aos cursos realizados pelos estudantes. Alguns estudos sugerem maior consumo nos cursos de Ciências da saúde, seguidos pelas Ciências Exatas e Ciências Humanas, sendo que os cursos de Ciências exatas consomem mais bebidas destiladas, tais como aguardente, cachaça e pinga. Dentre o consumo de álcool por cursos 46,5% são estudantes de Medicina, 34,5% acadêmicos de Direito e de Engenharia Civil (PRIOTO; LIZZI; NIRREI, 2015; FERRAZ *et al.*, 2017).

O comportamento do consumo inadequado de álcool pode levar a um atraso no desenvolvimento do aluno, condição que pode obrigá-lo a permanecer mais tempo na

universidade, portanto exposto a um ambiente que favorece o consumo de álcool, em um ciclo vicioso.

Quando se trata da ingestão de bebidas alcoólicas, referente às condições de moradia dos universitários, pesquisas sugerem que os jovens apresentam um risco aumentado de abuso de álcool quando começam a viver longe de seus pais (NEMER *et al.*, 2013, EDGERTON; ROBERTS, 2016). Destaca-se que a disfuncionalidade familiar foi associada como fator de risco para uso de álcool, ratificando que a maioria dos comportamentos sociais e culturais dos jovens são aprendidos predominantemente neste meio. Portanto, estilos parenterais com disfunções ou atitudes permissivas, possuem um maior consumo de álcool, tabaco ou outras drogas (PAIVA; RONZANI, 2009).

Associado ao uso de bebidas alcoólicas entre a população estudada, alterações no padrão de sono de universitários podem estar ligados a níveis de estresse elevados, podendo levar a comportamentos depressivos e conseqüentemente ao aumento do consumo de álcool, e outras substâncias. Além disso a privação de sono interfere na qualidade do desempenho acadêmico (CASTILHO *et al.*, 2015). Distúrbios do sono foram prevalentes em dois estudos, respectivamente 59,2% e 50%, jovens dormiam menos horas por noite após uso de álcool (DIEP *et al.*, 2015; GEISNER; MALLETT; KILMER, 2012).

Álcool e diminuição do desempenho acadêmico estiveram citados em seis trabalhos (WAGNER *et al.*, 2012; MAHMOOD *et al.*, 2016; NUNES *et al.*, 2012; VISNJIC; JOVIC; GRBESA, 2015, GOMEZ *et al.*, 2016; NEMER *et al.*, 2013). O comportamento do consumo inadequado de álcool pode levar a um atraso no desenvolvimento do aluno, condição que pode obrigá-lo a permanecer mais tempo na universidade, portanto exposto a um ambiente que favorece o consumo de álcool, em um ciclo vicioso (NEMER *et al.*, 2013). Levantamento realizado na cidade de Coimbra, com jovens estudantes universitários, não se obteve associação significativa entre o consumo de álcool e diminuição do desempenho acadêmico (RÍOS; GUILLÉN, 2012). Quanto às alterações cognitivas que o uso do álcool pode acarretar, em um estudo selecionado, 69% dos alunos não esqueciam os compromissos enquanto usavam álcool, e 85% não faziam uso de álcool no período de aulas (FREITAS; NASCIMENTO; SANTOS; 2012).

## CONCLUSÃO

O uso de álcool pelos jovens esteve relacionado com comportamentos de risco e vulnerabilidades, como práticas sexuais desprotegidas e direção automobilística perigosa.

Destaca-se que o consumo de álcool que historicamente era mais evidenciado na população masculina sofreu uma modificação, com um acréscimo na ingestão de bebidas alcoólicas por mulheres, estatisticamente pareada com as dos homens.

A prática do *binge drinking*, o “beber pesado” permaneceu expressivamente presente na maioria dos estudos, tendo o sexo masculino, a maior prevalência de consumo de 5 doses ou mais de álcool em duas horas. Destaca-se a ocorrência das alterações fisiopatológicas, tais como padrão de sono e diminuição do desempenho acadêmico, porém esta última, não foi prevalente nos estudos.

Destaca-se que o uso de álcool é um problema eminente nos universitários, afetando estes indivíduos em todas as dimensões. Logo, ratifica-se a necessidade de mais pesquisas em relação a temática, a fim de suprir as lacunas, sobretudo em relação aos fatores que ocasionam a experimentação do álcool, bem como os que levam a dependência deste.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. G. et al. Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: effects of gender and age. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 34, n. 3, p. 294-305, 2012.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Abuso e Dependência de Álcool**. 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CASTILHO, C. P. et al. A privação de sono nos alunos da área de saúde em atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e suas consequências. **Revista de Medicina**, v. 94, n. 2, p. 113-119, 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Alcohol Use**, 2016.

DAMACENA, G. N. et al. Consumo abusivo de álcool e envolvimento em acidentes de trânsito na população brasileira, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3777-3786, 2016.

DIEP, P. B. et al. Secondhand effects of alcohol use among students in Vietnam. **Glob Health Action**, 2015.

ECKSCHMIDT, F.; ANDRADE, A. G.; OLIVEIRA, L. G. Comparação do uso de drogas entre universitários brasileiros, norte-americanos e jovens da população geral brasileira. **J. bras. psiquiatr.** v. 62, n. 3, p. 199-207, 2013.

EDGERTON, J. D.; ROBERTS, L. W. Socio-demographic, behavioral, and mental health and wellbeing correlates of university student binge drinking: does frequency matter? **Ment Health Addict Res.** v.1, n.4, p. 1-6, 2016.

FACHINI, A. **Aspectos da vida acadêmica associados ao uso de álcool e outras drogas**. 2013. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

FERRAZ, L. et al. O uso de álcool e tabaco entre acadêmicos de uma universidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**. Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 79-85, 2017.

FREITAS, R. M.; NASCIMENTO, D. S.; SANTOS, P. S. Investigação do uso de drogas lícitas e ilícitas entre os universitários de instituições de ensino superior (públicas e privadas), no município de Picos, Piauí. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** v. 8, n.2, p.79-86, 2012.

GEISNER, I. M.; MALLETT, K.; KILMER, J. R. An Examination of Depressive Symptoms and Drinking Patterns in First Year College Students. **Issues Ment Health Nurs.** 2012.

GOMEZ, D. S. et al. Binge Drinking in Young University Students Is Associated with Alterations in Executive Functions Related to Their Starting Age. **Plos One.** 2016.

HOEPPNER, B. B. et al. Sex differences in college student adherence to NIAAA drinking Guidelines. **Alcohol Clin Exp.** 2013.

INPAD - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. **II Levantamento Nacional de Álcool e drogas (LENAD) – 2012.** São Paulo, UNIFESP. 2014.

KASSA, A.; WAKGARI, N.; TADDESSE, F. Determinants of alcohol use and khat chewing among Hawassa University students, Ethiopia: a cross sectional study. **African Health Sciences,** 2016.

MAHMOOD, J. I. et al. Risk Factors Measured During Medical School for Later Hazardous Drinking: A 10-year, Longitudinal, Nationwide Study (NORDOC). **Alcohol and Alcoholism,** v. 51, n. 1, p. 71–76, 2016.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto & Contexto-Enfermagem,** v. 28, 2019.

MILANÉS, C. Z.; et al. Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. **Rev. salud pública.** v.13, n.3, p. 470-479, 2011.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. **Comprender os riscos do álcool.** 2020.

NEMER, A. S. A. et al. Pattern of alcoholic beverage consumption and academic performance among college students. **Rev. Psiq. Clín.** v.40, n.2, p.65-70, 2013.

NUNES, J. M. et al. Consumo de bebidas alcoólicas e prática do binge drinking entre acadêmicos da área da saúde. **Rev Psiq Clín.** v. 39, n. 3, p. 94-9, 2012.

PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: **Revisão Sistemática.** Psicologia em Estudo. Maringá, v. 14, n. 1, p. 177-183, 2009.

PEDROSA, A. A. S. et al. Consumo de álcool entre estudantes universitários. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1611-1621, 2011.

PEREZ, G. A. C.; VALLEJO, G. A. C. Problems associated with alcohol consumption by university students. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 22, n. 5, p. 739-46, 2014.

PONCIANO, E. L. T.; FERES-CARNEIRO, T. Relação Pais-Filhos na Transição para a Vida Adulta, Autonomia e Relativização da Hierarquia. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 388-397, 2014.

PRIOTTO, E. M. T. P.; LIZZI, E. A. S.; NIHEI, O. K. Uso de álcool e outras drogas por estudantes universitários de uma região de fronteira do sul do Brasil. **Revista Espaço para a Saúde.** Londrina, v. 16, n. 4, p. 07-19, 2015.

RÍOS, R.; GUILLÉN, D.M. Conductas de Riesgo relacionadas com enfermidades crônicas, depression e rendimento escolar en estudiantes universitários. **Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería.** Coimbra, v. 2, n.4, p.10-19, 2012.

SANCHEZ, Z. M. et al. Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. **CLINICS.** v.68, n.4, p.489-494, 2013.

SARAIVA, S. S.; MAIA-FILHO, A. L. M. Consumo de bebidas alcoólicas e prática do *binge drinking* entre acadêmicos de Odontologia de uma IES. **Rev. bras. odontol.** Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 104-8, 2015.

SILVA, E. C.; TUCCI, A. M. Intervenção Breve para Redução do Consumo de Álcool e suas Consequências em Estudantes Universitários Brasileiros. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** v. 28, n.4, 728-736, 2015.

STETLER, C.B et al., Utilization-focused integrative reviews in a nursing service, **ApplNurs Res.** v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.

TANUMIHARDJO, J. B. S.; et al. Association Between Alcohol Use Among College Students and Alcohol Outlet Proximity and Densities. **Wisconsin Medical Society**, 2015.

TAVOLACCI, M. P. et al. Prevalence of binge drinking and associated behaviours among 3286 college students in France. **BMC Public Health.** v. 16, n. 178, 2016.

VARGAS, D. Atitudes de estudantes de enfermagem frente questões relacionadas ao álcool, alcoolismo e alcoolista. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 24, n. 5, p. 638-644, 2011.

VISNJIC, A.; JOVIC, S.; GRBESA, G. Alcohol consumption among students a cross-sectional study at three largest universities in Serbia. **Srp Arh Celok Lek.** v. 143, n. 5-6, p. 301-308, 2015.

WAGNER, G. A. et al. Drug use in college students: a 13-year trend. **Rev Saúde Pública.** v. 46, n. 3, p. 497-504, 2012.

WAKABAYASHI, M. et al. Non-Fatal Injury in Thailand From 2005 to 2013: Incidence Trends and Links to Alcohol Consumption Patterns in the Thai Cohort Study. **J Epidemiol.** v. 26, n. 9, p. 471-480, 2016.



# CAPÍTULO 13

## A EVOLUÇÃO DA REABILITAÇÃO ORAL ATRAVÉS DA IMPLANTODONTIA

Diana Cândido de Lima Alves, Cirurgiã-dentista, Uninassau  
Juliana Campos Pinheiro, Cirurgiã-dentista, Universidade Tiradentes  
Marvin Felipe Oliveira, Médico, Faculdade IDE  
Jabes Gennedyr da Cruz Lima, Cirurgião-dentista, Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Cristianne Kalinne Santos Medeiros, Cirurgiã-dentista, Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Joaquim Felipe Junior, Cirurgião-dentista, Universidade Potiguar  
Luiz Gustavo Xavier Filho, Cirurgião-dentista, Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Rafaella Bastos Leite, Cirurgiã-dentista, Uninassau

### RESUMO

Nos últimos anos a instalação de próteses dentárias implantossuportadas se tornou uma alternativa viável e segura para paciente em situação de edentulismo, principalmente no que se refere aos procedimentos reabilitadores. O objetivo deste estudo é realizar uma revisão literária sobre os fatores locais e sistêmicos que ocorrem no processo de osseointegração dos implantes dentários. Foi realizada a análise de artigos relacionados à temática da pesquisa, buscando-se assim fortalecer a construção do referencial teórico. Os critérios de inclusão usados foram artigos e livros publicados em qualquer idioma, que se enquadraram ao tema da pesquisa e que apresentaram metodologia empregada de forma detalhada. Foram excluídos trabalhos em duplicada ou que não se enquadrassem à metodologia empregada. Uma leitura detalhada foi realizada, logo após houve a seleção do material de escolha, com a finalidade de fundamentar um debate sobre a influência dos fatores locais e sistêmicos no processo de osseointegração na reabilitação oral por meio dos implantes dentários. Após a análise e revisão de literatura pôde-se concluir que a maioria das falhas que ocorrem na osseointegração dos implantes dentários pode ser evitada por meio de um bom planejamento, anamnese e orientação pós-operatória. O tabagismo, diabetes a oxidação do material implantado, o tipo ósseo onde o implante foi instalado, infecções, doenças peri-implantar, mal angulação dos implantes, são fatores que contribuem para o fracasso da terapia com implantes dentários.

**PALAVRAS-CHAVE:** Osseointegração; Implantes Dentários; Reabilitação Oral.

### INTRODUÇÃO

O tratamento com implantes osseointegráveis possibilita a reabilitação do sistema estomatognático, restabelecendo a função estética, fonética, melhoria da oclusão, devolvendo as condições favoráveis da articulação e alimentação. A implantodontia é uma técnica de sucesso e traz bem-estar ao paciente, de acordo com a literatura, a perda dos implantes pode ser

prevenida, através de uma detalhada anamnese, qualificação profissional, e colaboração do paciente (BIANCH, 2005; ZAVANELLI, 2011).

Apesar das vantagens de se fazer um implante dentário pode acontecer também imprevistos. Estudos epidemiológicos têm demonstrado que têm ocorrido problemas como infecção no implante e parestesia no nervo alveolar inferior (ZAVANELLI, 2011). Os estudos epidemiológicos também têm evidenciado que a demanda por tratamento protético reabilitador irá aumentar, considerando o aumento populacional, maior expectativa de vida e envelhecimento da população (BIANCH, 2005).

Os tratamentos protéticos com próteses convencionais apresentam efetividade questionável, longevidade reduzida e muitas vezes com danos irreversíveis ao sistema mastigatório (ZAVANELLI, 2011). Ainda existem falhas recorrentes que acontece durante o período de osseointegração e pode ser desencadeada por diversos fatores locais e sistêmicos, a exemplo da diabetes do tipo 1 e 2 não controladas, que podem causar alterações significativas na cicatrização e remodelação do tecido ósseo após o procedimento cirúrgico (BIANCH, 2005).

A osteoporose pode levar a uma condição óssea desfavorável, pois, o paciente tem como característica principal uma grande deficiência de minerais, dificultando o sucesso do tratamento. A higiene deficiente e perdas ósseas são também fatores para o não sucesso dos procedimentos. Além disso, a falha do profissional durante a instalação, como superaquecimento durante os procedimentos de fresagem e falta de bom planejamento (BRISMAN, 2001).

A literatura da área tem mostrado que as falhas existem em qualquer processo que envolva a saúde humana. Em alguns estudos, como no de Bianch (2005), o paciente não apresentava distúrbios sistêmicos ou locais (o que foi observado através de exames hematológicos, radiográficos e exame clínico). A colocação do implante em um lugar contaminado, no caso citado acima, não é provável, uma vez que o local da colocação do implante não apresentava alterações radiográficas, não houve comunicação com o seio maxilar e os dentes vizinhos foram devidamente examinados e tratados antes da cirurgia, embora Brisman (2001) tenha relatado falha de implante relacionada a dentes endodonticamente tratados assintomáticos.

A contaminação do implante antes da sua inserção, também parece ser uma possibilidade remota, já que o procedimento de inserção do implante no alvéolo cirúrgico foi realizado de forma rápida e precisa, não sendo percebida qualquer falha no protocolo.

Sendo a contaminação durante a manufatura improvável quando se opta por empresas idôneas. As perfurações foram feitas com irrigação abundante, de forma não houve aquecimento ósseo (BRISMAN, 2001).

O implante foi bem posicionado em relação aos dentes vizinhos, sendo respeitado o espaço biológico necessário para a osteointegração. A quantidade óssea foi considerada satisfatória e a qualidade como sendo osso tipo IV, o que pode ter influenciado de forma negativa na estabilidade inicial do implante, embora tenha sido usada técnica cirúrgica para minimizar este problema. (BIANCH, 2005).

A utilização de implante cônico com superfície tratada poderia aumentar a área de contato entre o implante e a base óssea, diminuindo a possibilidade de falha na osseointegração. O fracasso de um implante consiste na falha total do implante em cumprir seu propósito funcional (EL-ASKARY, 1999). O sucesso ou o fracasso de um implante depende basicamente da saúde sistêmica e local do indivíduo, dos seus hábitos e da condição cirúrgica em que o procedimento foi executado. Portanto, o objetivo do presente estudo é realizar uma revisão literária sobre os fatores locais e sistêmicos que ocorrem no processo de osseointegração dos implantes dentários.

## **METODOLOGIA**

Foi realizada a análise de artigos relacionados à temática da pesquisa, buscando-se assim fortalecer a construção do referencial teórico. Utilizaram-se os descritores “implante”, “osseointegração” e “implantes dentários”, assim como o operador booleano and. Foram selecionados textos em qualquer idioma. Os critérios de inclusão usados foram artigos e livros publicados em qualquer idioma, que se enquadraram ao tema da pesquisa e que apresentaram metodologia empregada de forma detalhada. Foram excluídos trabalhos em duplicada ou que não se enquadrassem à metodologia empregada. Uma leitura detalhada foi realizada, logo após houve a seleção do material de escolha, com a finalidade de fundamentar um debate sobre a influência dos fatores locais e sistêmicos no processo de osseointegração na reabilitação oral por meio dos implantes dentários.

## **REVISÃO DA LITERATURA**

A história dos implantes dentários vem desde o tempo do Egito Antigo, quando conchas do mar eram esculpidas, dentro da mandíbula, no local do dente perdido. Alguns cientistas acreditam que além da função estética, estas conchas também tiveram função mastigatória (BECKER, 2000). No século XVIII, relatos afirmam que o dente perdido, muitas vezes, era

substituído por dentes de doadores humanos. A implantação era feita de forma agressiva, e o índice de sucesso era extremamente baixo devido à forte resposta imunológica do indivíduo receptor. (BECKER, 2000).

Em 1809, Maggiolo fabricou um implante de ouro que era instalado em alvéolo fresco, como uma forma de moldar o osso, para posteriormente inserir um dente após o período de cicatrização. Em 1887, um médico chamado Harris tentou realizar o mesmo procedimento com um pilar de platina ao invés de ouro. Em 1886, Edmunds foi o primeiro a implantar um disco de platina no osso mandibular e fixar uma coroa de porcelana posteriormente, demonstrando esta experiência na Primeira Sociedade Odontológica de Nova York. Após esta fase inicial, vários experimentos utilizaram diferentes ligas de metal e tipos de porcelana, para implantação em osso, objetivando a substituição de dentes. No entanto, o sucesso a longo prazo era ainda pequeno (TAYLOR, 2002).

Vários materiais e técnicas têm sido desenvolvidos, desde implantes em formato de cesta, laminados, justa-ósseos, agulhados, até o desenvolvimento dos implantes rosqueáveis. Inúmeros materiais foram testados como o alumínio, a prata, o latão, o cobre, magnésio, o ouro, aço e o níquel. A corrosão dos materiais em decorrência da eletrólise produzida pelo organismo foi constatada. Os implantes compostos de cromo não suportam a aplicação de forças laterais de qualquer intensidade e quando as interrespirais foram utilizados, também, os implantes em formato de l mina efeitos de cromo, níquel ou andino e o tântalo em agulhados, até o uso de titânio dos implantes rosqueáveis (ZITZMANN, 2010).

O grande avanço na implantodontia oral foi alcançado em 1952, no laboratório de microscopia vital da Universidade de Lund, na Suécia, por uma equipe de pesquisadores suecos coordenados pelo Dr. Per Ingvar Brånemark, um cirurgião ortopédico. Em uma de suas pesquisas ele estudou a cicatrização óssea, por microscopia óptica, em coelhos. (TAYLOR, 2002).

A equipe do Dr. Brånemark desenvolveu uma câmara óptica constituída de titânio, a qual era aparafusada no osso fêmur para facilitar a observação da osteogênese. Após alguns meses, eles perceberam que o cilindro de titânio estava fusionado ao osso, nomeando este fenômeno de osseointegração. Baseado nestas observações, Dr. Brånemark direcionou suas pesquisas para a aplicação do titânio em osso humano. (BIANCHI, 2005). O titânio foi utilizado em forma de parafuso, e incluído no osso como âncora em regiões de perda dentária, demonstrando que sob condições controladas, o titânio poderia ser estruturalmente integrado

ao osso com alto grau de previsibilidade, e sem inflamação tecidual ou rejeição em humanos, reafirmando o conceito de osseointegração (TAYLOR, 2002).

A primeira aplicação prática da osseointegração foi feita em 1965, instalando titânio em forma de raiz no rebordo edêntulo. Após 30 anos, as próteses deste implante ainda permaneciam em função perfeita. A osseointegração representa uma conexão direta entre o osso e o implante sem a interposição de camadas de tecidos moles. Porém, o contato direto entre o implante e o osso não ocorre 100%. Problemas na identificação do grau exato de contato ósseo com o implante necessário para considerá-lo osseointegrado levaram a uma definição de osseointegração baseada na estabilidade clínica, em vez de se usarem critérios histológicos: "O processo pelo qual a fixação rígida clinicamente assintomática de materiais aloplásticos é realizada e mantida, no osso, durante cargas funcionais" (SILVA, 2016).

Existem fatores importantes que devem ser controlados para se alcançar a osseointegração do implante. Esses fatores envolvem: (1) a biocompatibilidade, (2) o desenho do implante, (3) as condições da superfície do implante, (4) o estado do sítio cirúrgico (5) a técnica cirúrgica utilizada para instalação dos implantes e (6) as condições das cargas aplicadas sobre o implante após a sua instalação. Todos eles precisam ser controlados para resultar na osseointegração do implante. O processo de osseointegração dos implantes está intimamente ligada a uma densa e resistente película de filme de óxido na superfície do implante, que ao entrar em contato com o ar forma-se espontaneamente, quando o titânio entra em contato com o ar ou com os fluidos fisiológicos, substância responsável pela proteção do titânio contra corrosão e oxidação. A espessura e a estabilidade dessa camada de óxido formada na superfície do implante têm um importante papel na relação do implante como biomaterial, pois corrosão e liberação de íons são indesejáveis, podendo prejudicar a osseointegração. (SILVA, 2016).

O desenho do implante, sua geometria, afeta a interação entre o osso e o material, sendo assim os implantes dentários são classificados em diferentes grupos de acordo com sua forma. Os principais tipos de implantes são cilíndricos, cônicos, lisos ou rosqueáveis. A literatura tem mostrado que as superfícies de implantes em formato cônico, com discontinuidades geométricas, resultaram em maiores tensões do que as formas mais suaves, tais como cilíndricos. O desenho do implante, sua geometria, afeta a interação entre o osso e o material, sendo assim os implantes dentários são classificados em diferentes grupos de acordo com sua forma. Os principais tipos de implantes são cilíndricos, cônicos, lisos ou rosqueáveis. A literatura tem mostrado também que as superfícies de implantes em formato cônico, com discontinuidades geométricas, resultaram em maiores tensões do que as formas mais suaves,

tais como cilíndricos. Existem várias classificações para as superfícies dos implantes que levam em consideração vários aspectos (SILVA, 2016).

As rugosidades superficiais são categorizadas em: minimamente rugosa (0.5-1  $\mu\text{m}$ ), medianamente rugosa (1-2  $\mu\text{m}$ ) e rugosa (2-3  $\mu\text{m}$ ), considerando-se lisa como sendo  $< 0.5 \mu\text{m}$ . A rugosidade entre 1-1,5  $\mu\text{m}$  e diâmetro de 4  $\mu\text{m}$  seriam ideais com relação à capacidade de resistir à remoção por cisalhamento. Quando a textura é objeto de estudo, caracteriza-se em: côncava (tratamentos de adição como revestimento com HA e spray de plasma de titânio) e convexa (tratamentos de subtração como ataque ácido e jateamento). A anatomia do tecido ósseo pode ser dividida em quatro grupos, sendo: tipo I –osso cortical homogêneo; tipo II –osso cortical espesso com cavidade medular; tipo III –osso cortical fino com trabecular denso e firme; e tipo IV –osso cortical fino e com trabeculado frouxo. Avaliando o índice de insucessos dos implantes nos tipos ósseos I, II e III, apenas 3% foi observado, enquanto no tipo ósseo IV, observaram 35%. Afirmaram que a determinação pré-cirúrgica da qualidade do tecido ósseo pode ser um método eficaz para prevenção de insucessos dos implantes (JAFFIN, 1991).

Estudos têm indicado a possibilidade de osseointegração seguida de um único estágio cirúrgico e colocação de carga imediata sobre implantes de titânio em maxilares edêntulos desde que o torque final de instalação de implantes (fixação primária) exceda 40 N/cm (GARBER, 2001; LENHARO, 2004). Em casos de implantações imediatas após exodontia, análises histológicas demonstraram que a taxa de osseointegração pode ser adequada e eficaz quando o implante sobrepassa de 3 a 5 mm o ápice do processo alveolar e quando o diâmetro do implante é maior que o da raiz do dente extraído. (BARZILAY, 1993). As complicações relacionadas aos implantes podem ser classificadas como complicações imediatas e complicações tardias. As complicações imediatas são aquelas que ocorrem no primeiro estágio cirúrgico e no momento da reabertura e incluem: danos nervosos, falha do implante, posição desfavorável do implante dificultando a reabilitação protética, infecção pós-operatória, invasão do seio maxilar e hemorragia pós-operatória. As complicações tardias são definidas como aquelas que ocorrem após a segunda fase cirúrgica e incluem: perda do implante não resultando na perda da reabilitação protética, perda do implante resultando na perda da reabilitação protética, e grande perda óssea culminando com a perda do implante (GIVOL, 2002).

Um implante que causa sintomas clínicos, tais como dor contínua e mobilidade, é considerado defeituoso. No entanto, a perda óssea marginal (MBL) raramente é sintomática e pode pôr em perigo a sobrevivência a longo prazo do implante. Embora os relatórios sobre a dinâmica da MBL ao longo do tempo estejam incompletos, a taxa de MBL muda em diferentes

estádios durante a vida de um implante. O prognóstico a longo prazo de um implante não pode ser estabelecido com base apenas nos cálculos do MBL do primeiro ano. O seguimento é essencial para determinar e prever um futuro curso clínico. Anteriormente, é recomendável que quatro padrões de MBL clinicamente detectáveis sejam usados para acompanhamento clínico e avaliação de um elemento dentário (SCHWARTZ-ARAD, 2002).

Os fatores de risco podem ser divididos em endógenos e exógenos. Os endógenos são referentes aos fatores locais, sistêmicos, psico-sócio-emocionais, econômico-financeiros e de disponibilidade temporal do paciente para a realização do tratamento. Os exógenos são referentes à equipe operadora, tais como conhecimento profissional, experiência, domínio da técnica, ao sistema de implante, como os biomateriais e subsídios tecnológicos de suporte. Os fatores de risco endógeno podem ser ainda classificados em internos e externos. Um fator de risco endógeno interno é aquele presente no paciente (intrínseco) e pode ser local (exemplo: osso de baixa densidade) ou sistêmico (exemplo: diabetes melito). O fator de risco endógeno externo é aquele que veio do meio em que o cerca (extrínseco), mas é introduzido no organismo do indivíduo (exemplo: tabagismo) (ESPOSITO, 2005).

Se diferentes fatores de risco estão associados, está estabelecida uma situação de risco. O reconhecimento de tal situação permite optar pela indicação ou contra-indicação do tratamento. Se os fatores de risco forem minimizados, a porcentagem de sucesso da terapia será aumentada (HAYES, 1992; RENOARD, 1999). No início, os implantes eram utilizados para reabilitação de áreas edêntulas e somente eram instalados entre 2 e 4 meses após a extração dos dentes, devendo ficar livres de carga por um período de 3 a 6 meses. O protocolo cirúrgico protético inicial estabelecia que os implantes deveriam ficar submersos por um período de tempo que variava de três a seis meses para permitir a neoformação óssea e minimizar as chances de indução de um reparo fibroso em vez da cicatrização óssea na interface implante-osso (ABOUZGIA, 1997).

Branemark previa a reabilitação oral 3 meses após a colocação de implantes em maxila, e 6 meses, em mandíbula. Visando não comprometer o processo de osseointegração. De fato, está comprovada a previsibilidade e sucesso das reabilitações à longo prazo, invocando a manutenção dos implantes submersos na fase de cicatrização óssea. A implantodontia contemporânea sofreu grandes mudanças à medida que os conceitos inicialmente propostos foram questionados. Antigos paradigmas como cicatrização submersa e a necessidade de longos

períodos de espera para a consolidação do fenômeno de osseointegração passaram a ser questionados (HAYES, 1992; RENOUEAU, 1999).

Os implantes de estágio único demonstraram que a cicatrização adequada dos tecidos moles e duros adjacentes pode ser obtida com os componentes expostos no momento da sua instalação. Recentemente, implantes imediatos após exodontia estão se tornando uma abordagem clínica comum. A redução do número de cirurgias necessárias, a vantagem de diminuir o tempo para a reabilitação funcional e estética, vem produzindo diversos estudos sobre o assunto (SCHROPP, 2003). Estudos têm indicado a possibilidade de osseointegração seguida de um único estágio cirúrgico e colocação de carga imediata sobre implantes de titânio em maxilares edêntulos desde que o torque final de instalação de implantes (fixação primária) exceda 40 N/cm (GARBER, 2001; LENHARO, 2004).

Em 1998, Wohrle instituiu um protocolo para a substituição imediata de dentes comprometidos, por meio da instalação de implantes osseointegráveis seguidos da confecção de restaurações protéticas provisórias. Cooper (2002), publicou o primeiro artigo sobre o assunto, relatando 100% de sucesso em 18 meses. A influência de fatores sistêmicos no processo de osseointegração foi objeto de estudo em algumas publicações. Em um estudo retrospectivo, Alsaadi (2007) observou que a doença de Crohn e da osteoporose foram associados ao insucesso do implante aumentado, e que a doença gástrica e cardíaca, controlada diabetes tipo I e II, os problemas com a coagulação, a hipertensão, hipo ou hipertireoidismo, a hipercolesterolemia, a asma, e claustrofobia não estavam 23 relacionados.

No entanto, em um estudo prospectivo, o mesmo autor encontrou uma relação entre o aumento da falha precoce e problemas gástricos, doença de Crohn, diabetes tipo I, e as mulheres com histerectomia radical (ALSAADI, 2007). O diabetes mellitus controlada não afeta diretamente o sucesso ou o fracasso de implantes. A colocação de implantes em pacientes com diabetes metabolicamente controlados não resulta em maior risco de falhas do que na população geral. Já os pacientes diabéticos descompensados apresentam maior risco de desenvolver infecções e complicações vasculares. O processo de cicatrização é afetado pelo comprometimento da função vascular, quimiotaxia, comprometimento da função dos neutrófilos e um meio ambiente anaeróbico. O metabolismo da proteína é reduzido e a cicatrização dos tecidos moles e duros é retardada. A regeneração dos nervos é alterada e a angiogênese, comprometida. Desta forma, pacientes portadores do diabetes mellitus não controlados devem postergar a cirurgia até que controlem o seu metabolismo (ALVES, 2011). O grau de controle da doença é mais importante do que a natureza da doença em si, e a avaliação



individualizada do paciente, incluindo sua condição médica e qualidade/expectativa de vida são indicados.

Certamente que protocolos rígidos no pré e pós-operatório são relevantes na taxa de sucesso. Os benefícios dos implantes para muitos dos pacientes diabéticos podem superar quaisquer riscos (ALVES, 2011). Após estudos Mellado-Valero (2007) chegaram à conclusão que o controle glicêmico pré e pós-operatório deve ser obtido para uma melhor osteointegração em pacientes diabéticos. O diabetes mellitus controlada não afeta diretamente o sucesso ou o fracasso de implantes. A colocação de implantes em pacientes com diabetes metabolicamente controlados não resulta em maior risco de falhas do que na população geral. Já os pacientes diabéticos descompensados apresentam maior risco de desenvolver infecções e complicações vasculares.

O processo de cicatrização é afetado pelo comprometimento da função vascular, quimiotaxia, comprometimento da função dos neutrófilos e um meio ambiente anaeróbico. O metabolismo da proteína é reduzido e a cicatrização dos tecidos moles e duros é retardada. A regeneração dos nervos é alterada e a angiogênese, comprometida. Desta forma, pacientes portadores do diabetes mellitus não controlados devem postergar a cirurgia até que controlem o seu metabolismo (EL-ASKARY, 1999). O grau de controle da doença é mais importante do que a natureza da doença em si, e a avaliação individualizada do paciente, incluindo sua condição médica e qualidade/expectativa de vida são indicados. Certamente que protocolos rígidos no pré e pós-operatório são relevantes na taxa de sucesso. Os benefícios dos implantes para muitos dos pacientes diabéticos podem superar quaisquer riscos (ALVES, 2011).

Após estudos Mellado-Valero (2007) chegaram à conclusão que o controle glicêmico pré e pós-operatório deve ser obtido para uma melhor osteointegração em pacientes diabéticos. É recomendável que o tratamento eletivo seja adiado quando os níveis de glicose no sangue sejam menores que 70mg/dL, porque aumenta a probabilidade de episódios hipoglicêmicos, e superiores a 200mg/dL ou níveis de HbA1c maiores que 7%, pois há maior probabilidade de desenvolver complicações macro e microvasculares e aumenta o risco de infecção.

A osteoporose é considerada um fator de risco para a utilização de implantes por ser esperada uma menor fixação destes ao osso, devido à diminuição do número de osteoblastos e aumento da atividade dos osteoclastos que alteram o processo de osteointegração. Esta doença altera a regeneração óssea, sobretudo no osso trabecular no período antes, durante e após a colocação dos implantes. Verificou-se que há também uma diminuição do contato osso-

implante e da força de ligação na interface ossoimplante. Contudo, há estudos onde não foi encontrada nenhuma diferença significativa na osteointegração e referem não haver nenhum aumento significativo da taxa de insucesso (ALGHAMDI, 2013).

Há evidências de que existe uma redução no contato osso-implante e uma a densidade e volume ósseos insuficientes, proporcionando assim uma redução na estabilidade primária para uma integração óssea bem-sucedida. Apesar de existirem estudos clínicos que indicam que a osteoporose possa provocar insucessos dos implantes colocados, não há nenhuma evidência suficiente para se considerar a osteoporose como uma contraindicação absoluta do uso de implantes dentários (ALGHAMDI, 2013).

A solicitação de exames laboratoriais é rotina no período pré-cirúrgico. Exames básicos para qualquer cirurgia, como hemograma, coagulograma e glicemia são essenciais para se diagnosticar alterações significativas que contraindiquem a cirurgia de implantes. Para alguns casos específicos outros tipos de exames devem ser solicitados, como os eletrocardiogramas para pacientes cardíacos. Neste sentido, caso haja acompanhamento médico, uma liberação médica para cirurgia também é de grande valia no momento da cirurgia odontológica. Além destes exames complementares, deve ser protocolo para cirurgias de colocação de implantes osseointegrados execução de exames radiográficos panorâmicos e periapicais, pois são a partir destes exames que se descobrem quaisquer alterações ósseas significativas que poderiam contraindicar a colocação dos implantes (ALVES, 2011).

É por meio destes exames radiográficos, em conjunto com exames clínicos, que se faz a análise óssea verificando-se altura e espessura disponíveis para os implantes. Por estas radiografias também se determinam distâncias de estruturas nobres, como o canal mandibular e seio maxilar, que devem ser evitadas e não lesionadas durante a cirurgia, determinando uma distância segura para elas. Quando restam ainda dúvidas em relação ao osso disponível para a colocação dos implantes, a realização de exames tomográficos, que tem tido um custo mais acessível ao longo dos anos, pode auxiliar de maneira significativa neste planejamento (ZITZMANN, 2010).

Durante a cirurgia de implantodontia, realizada às expensas de fresas cirúrgicas, pode ocorrer sobreaquecimento ósseo. A temperatura elevada aliada a uma falta de irrigação adequada pode induzir a uma cicatrização prejudicada e maior probabilidade de formação de uma interface de tecido conjuntivo entre o parafuso do implante e o osso, levando ao fracasso do tratamento por perda precoce de 26 osseointegração. Esse fenômeno pode ser descrito como

fibrose óssea ou osteofibrose, e indica ausência de osseointegração. Consequentemente, ocorrerá falha no tratamento com implantes. Para se evitar este superaquecimento ósseo durante o preparo do leito cirúrgico, é necessário não só a irrigação abundante com soro fisiológico, mas também a execução de movimentos intermitentes do contra ângulo cirúrgico durante a perfuração (ZITZMANN, 2010). Por fim, a pressão aplicada à Broca é um fator essencial, pois pouca atenção é dada a quantidade de pressão que o operador coloca na peça de mão, e a fricção resulta em um calor gerado (ALVES, 2011).

Os índices de sucesso com implantes são consideravelmente altos para pacientes tratados com esse tipo de opção reabilitadora. As falhas não são comuns na maioria dos casos no dia a dia clínico, mas tende a aumentar naqueles que apresentam doenças sistêmicas e fatores de riscos evidentes relacionados aos implantes, técnicas, anatomia, saúde sistêmica, oclusão e respostas inflamatórias do hospedeiro. Devido a isso, é de suma importância o bom planejamento do operador, aliado aos exames complementares corretos e interpretação das informações coletadas durante as consultas de diagnóstico, isto é, o planejamento reverso é um pré-requisito para todo tratamento odontológico eletivo. A maioria dos erros clínicos ocorre na fase pré-operatória reforçando a ideia de que a maioria dos erros poderia ter sido evitada (ZITZMANN, 2010).

O posicionamento incorreto do implante deve ser observado. Alguns profissionais tendem a negligenciar a importância da localização correta do implante por sua tendência otimista em acreditar que uma posição desfavorável poderia ser corrigida durante a fase protética do tratamento. Infelizmente, isso nem sempre é possível. Alguns estudos mostram que tais casos, podem comprometer todo o plano de tratamento, levando a uma grande frustração tanto do paciente quanto do profissional (CHUANG, 2005).

Falhas iatrogênicas ocorrem com frequência. Os torques aplicados aos parafusos nos devem obedecer às instruções do fabricante. Danos no implante podem ocorrer quando a força aplicada é excessiva. As quebras de componentes protéticos ocorrem com uma certa frequência podendo levar a exposição de implantes, periimplantites e comprometimento do trabalho protético (ZITZMANN, 2010). Após análise de literatura, não há condições locais ou sistêmicas relacionadas aos pacientes que contra-indiquem de forma absoluta o tratamento com implantes. O tabaco constitui-se no principal fator de risco à instalação de implantes, podendo diminuir a taxa de sucesso e aumentar as complicações pós-operatórias. Portanto, o cirurgião dentista deve manter sempre o controle da situação clínica e radiográfica, a fim de detectar complicações precoces. Com um bom acompanhamento, muitas dessas complicações podem ser

diagnosticadas e resolvidas, não comprometendo a reabilitação. Próteses mal adaptadas, contatos oclusais inadequados, má higienização são exemplos de problemas que podem ser revertidos com a intervenção do profissional. Em qualquer situação, o controle do profissional e os 29 cuidados dos pacientes são essenciais para o sucesso dos tratamentos reabilitadores com implantes dentais.

Ashley (2003) relataram que embora a taxa de sucesso do tratamento com implantes seja alta, ocasionalmente poderão ocorrer fracassos (5% a 10%) e os profissionais precisam estar aptos para solucioná-los. As causas dos fracassos parecem estar relacionadas com fatores biológicos, biomecânicos, características dos implantes, técnica cirúrgica sem irrigação adequada, além de oclusão traumática. Concluíram que a seleção adequada do caso, a realização correta da técnica cirúrgica, a instalação de uma prótese ajustada, a educação meticulosa do paciente em manter sua higiene bucal, além dos controles clínicos e radiográficos 28 periódicos em visitas de retornos são passos que podem evitar o fracasso da terapia com implantes Von-Wowern (1989) discorreu sobre os aspectos gerais e bucais da osteoporose, relatando que seu diagnóstico em relação aos maxilares requer a determinação do conteúdo mineral do tecido ósseo e de sua densidade. De forma geral, a osteoporose acomete 1/3 da população do sexo feminino acima dos 65 anos, e é caracterizada pela baixa massa óssea e deterioração microestrutural desse tecido, levando a uma fragilidade óssea e aumentando o risco de fraturas. Devido a isso, é de suma importância o acompanhamento multiprofissional para pacientes portadores dessa doença.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de osseointegração é complexo que pode ser influenciado por diversos fatores locais e sistêmicos, o profissional deve estar atento às condições de saúde do paciente, orientá-lo sobre os possíveis riscos, condicionar este paciente a ter uma saúde bucal favorável para que a reabilitação com o implante alcance o sucesso. No que se refere a análise literária do tema o que se observou foi que tanto o método de pesquisa de alguns autores quanto a própria subjetividade deles, o rigor na formulação dos protocolos faz com que os revisores tenham dificuldade de interpretar. Após a análise e revisão de literatura pôde-se concluir que a maioria das falhas que ocorrem na osseointegração dos implantes dentários pode ser evitada por meio de um bom planejamento, anamnese e orientação pós-operatória. O tabagismo, diabetes a oxidação do material implantado, o tipo ósseo onde o implante foi instalado, infecções, doenças peri-implantar, mal angulação dos implantes, são fatores que contribuem para o fracasso da terapia com implantes osseointegrados.

## REFERÊNCIAS

- ABOUZGIA, M. B. Temperature rise during drilling through bone. **Int J Oral maxillofac implants**, v. 12, n. 3, p. 342-353, 1997.
- ALVES, M.C.R.A. Tratamento de superfície de implantes dentários: SBF. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 32, n. 2, p. 38-43, 2011.
- ALGHAMDI, H. S. Bone regeneration associated with nontherapeutic and therapeutic surface coatings for dental implants in osteoporosis. **Tissue Eng Part B Rev**, v. 19, n. 3, p. 233-253, 2013.
- ASHLEY, E. T. Ailing and failing endosseous dental implants: a literature review. **J Contemp Dent Pract**, v. 4, n. 2, p. 35-50, 2003.
- BARZILAY, I. Immediate implants: Their current Status **Int. J Prastodont**, v 6, p.169-75, 1993.
- BECKER W. Immediate implant placement: treatment planning and surgical steps for successful outcome. **Periodontol**, v.47, p.79-89, 2000.
- BIANCHI, A. Falha prematura em implantes orais. **Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS**, v. 20, n. 48, p.70-80, 2005.
- CHUANG, S. K. Frailty approach for the analysis of clustered failure time observations in dental research. **J Dent Res**, v. 84, n. 1, p. 54-58, 2005.
- EL ASKARY, A.S. Why do dental implants fail? Part I. **Implant Dent**, v. 8, n. 2, p. 173-83, 1999.
- ESPOSITO, M. Biological factors contributing to failures of osseointegrated oral implants (I): success criteria and epidemiology. **Eur J Oral Sci**, v.106, n.1, p.527-551, 2005.
- GARBER, D. Immediate total tooth replacement in the external root resorption care. **WordDentistry**, v.1, p.6-10, 1995.
- SCHROPP, L. Impact of conventional tomography on prediction of the appropriate implant size. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v.92, n.2, p.458–463, 2003.
- SILVA, A. Tratamento de superfície em implantes dentários: uma revisão de literatura. **RFO UPF**, v.21 n.1, p.10, 2016.
- TAYLOR, T. D. Twenty years process in implant prosthodontics. **Journal of Prosthetic Dentistry**, v.88, p.793, 2002.
- VON-WOWERN, N. General and oral aspects of osteoporosis: a review. **Clin Oral**, v.1, n.1, p.135-139, 1989.
- ZAVANELLI, A. Fatores locais e sistêmicos relacionados aos pacientes que podem afetar a osseointegração. **RGO**, v.59, n.1, p.10, 2011.

ZITZMANN, N. U. Strategic considerations in treatment planning: deciding when to treat, extract, or replace a questionable tooth. **J Prosthet Dent**, v.104, n.2, p. 80-91, 2010.

# CAPÍTULO 14

## HARMONIZAÇÃO DO SORRISO GENGIVAL: UMA ABORDAGEM DOS ASPECTOS PERIODONTAIS

Juliana Campos Pinheiro, Cirurgiã-dentista, Universidade Tiradentes  
Jabes Gennedyr da Cruz Lima, Cirurgião-dentista, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Cristianne Kalinne Santos Medeiros, Cirurgiã-dentista, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dennys Ramon de Melo Fernandes Almeida, Cirurgião-dentista, Universidade Estadual do Ceará

Danielle Machado Farias, Cirurgiã-dentista, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Gabriel Coutinho Gonçalves, Fisioterapeuta, Universidade Estadual do Ceará

Rafaella Bastos Leite, Cirurgiã-dentista, Uninassau

### RESUMO

Para um correto diagnóstico de qualquer alteração é necessário que os profissionais da área da saúde tenham conhecimento da etiologia da doença, porque só tendo o conhecimento do fator causal, é que se torna possível a realização de um correto diagnóstico, possibilitando traçar um correto plano de tratamento para as doenças. Portanto, o objetivo do presente estudo é abordar os aspectos periodontais relacionados a harmonização do sorriso gengival. Foi realizada a análise de artigos relacionados à temática da pesquisa, buscando-se assim fortalecer a construção do referencial teórico. Os critérios de inclusão usados foram artigos e livros publicados em qualquer idioma, que se enquadraram ao tema da pesquisa e que apresentaram metodologia empregada de forma detalhada. Uma leitura detalhada foi realizada, logo após houve a seleção do material de escolha, com a finalidade de fundamentar um debate sobre os aspectos periodontais relacionados a harmonização do sorriso gengival.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sorriso Gengival; Cirurgia Periodontal; Odontologia.

### INTRODUÇÃO

Para um correto diagnóstico de qualquer alteração é necessário que os profissionais da área da saúde tenham conhecimento da etiologia da doença, porque só tendo o conhecimento do fator causal, é que se torna possível a realização de um correto diagnóstico, possibilitando traçar um correto plano de tratamento para as doenças. Na correção do sorriso gengival isso não é diferente, para a realização de um correto diagnóstico e conseqüentemente um correto plano de tratamento, deve-se conhecer todas as etiologias por trás dessa condição, para que seja possível um tratamento verdadeiramente efetivo (PIRES, 2010).

Para que seja possível a realização do correto diagnóstico do sorriso gengival, existem alguns pontos que devem ser destacados, desde a realização de um registro sistematizado da

distância interlabial em repouso (DIR), seguido de um registro da exposição dos incisivos superiores durante a fala, e em repouso, um registro do arco do sorriso, analisando a proporção largura/comprimento dos incisivos superiores e das características morfofuncionais do lábio superior (SEIXAS, 2011).

O pré-operatório de uma cirurgia periodontal consiste em diversos fatores, porém devemos começar com uma anamnese bem executada, e também com solicitações de exames complementares tanto imaginológicos como hematológicos, em relação aos exames imaginológicos, o padrão ouro consiste na tomografia computadorizada, para tornar possível a mensuração do osso e tecidos moles, já em relação aos exames hematológicos mais comumente solicitados são hemograma completo, coagulograma, e hemoglobina glicada, em casos de pacientes com alguma alteração sistêmica, pode ser necessário a solicitação de exames complementares mais específicos (MATHIAS, 2006). Portanto, o objetivo do presente estudo é abordar os aspectos periodontais relacionados a harmonização do sorriso gengival.

## **METODOLOGIA**

Foi realizada a análise de artigos relacionados à temática da pesquisa, buscando-se assim fortalecer a construção do referencial teórico. Utilizaram-se os descritores “sorriso gengival”, “cirurgia periodontal” e “odontologia”, assim como o operador booleano and. Foram selecionados textos em qualquer idioma. Os critérios de inclusão usados foram artigos e livros publicados em qualquer idioma, que se enquadraram ao tema da pesquisa e que apresentaram metodologia empregada de forma detalhada. Foram excluídos trabalhos em duplicada ou que não se enquadrassem à metodologia empregada. Uma leitura detalhada foi realizada, logo após houve a seleção do material de escolha, com a finalidade de fundamentar um debate sobre os aspectos periodontais relacionados a harmonização do sorriso gengival.

## **REVISÃO DA LITERATURA**

Em relação a etiologia do sorriso gengival, várias causas etiológicas têm sido relatadas, dessa forma, é de extrema importância que o cirurgião dentista seja capaz de identificar a etiologia principal individual do aumento de sorriso gengival para cada paciente, tornando-se possível assim, a realização do diagnóstico e mecanismo de tratamento adequados (CARVALHO, 2010). Dentre as diferentes etiologias já relatadas para o sorriso gengival, merecem destaque, lábio superior curto, erupção passiva alterada, hiperatividade do lábio superior, crescimento vertical, extrusão dento-alveolar, sobremordida e sobressalência aumentadas e hiperplasia medicamentosa (CARVALHO, 2010).



Essas etiologias na maioria dos casos podem aparecer de forma isolada, ou associada a outra, por isso é de extrema importância, que seja analisado muito bem pelo cirurgião dentista Periodontista, qual a verdadeira etiologia, ou quais as etiologias envolvidas no sorriso gengival de cada paciente, tendo em vista que em alguns casos a exemplo da hiperplasia medicamentosa, onde o tratamento a ser realizado envolve desde a suspensão e/ou substituição medicamentosa até a resolução da remoção cirúrgica da hiperplasia já instalada (DUTRA, 2011).

Não há uma relação direta entre a distância interlabial em repouso e o sorriso gengival, apesar de ser o que se acreditava no passado, um paciente pode ter um comprimento normal do lábio superior, e ter um espaço interlabial pequeno e apresentar um sorriso gengival (SEIXAS, 2011). Um espaço interlabial é considerado normal, quando em repouso possui entre 1 e 3 milímetros, quando nesse caso, estando com o espaço interlabial normal o paciente apresentar sorriso gengival, a etiologia desse caso é caracterizada como sendo de uma origem muscular (SEIXAS, 2011).

Durante a posição de repouso dos lábios os pacientes do sexo masculino apresentam de 1 a 3 milímetros de exposição dos incisivos superiores, por outro lado, os pacientes do sexo feminino apresentam em média de 2 a 4,5 milímetros, isso para pacientes jovens, ao longo da vida esse valor tende a diminuir, pois com a velhice ocorre o processo de maturação e envelhecimento dos tecidos, causando um alongamento do lábio superior (ARAÚJO, 2011).

Outro fator que também deve ser observado é a proporção largura/comprimento dos incisivos superiores, estudos já realizados mostram que a proporção considerada esteticamente harmônica é que a largura dos incisivos centrais superiores deve ser de 80% do seu comprimento e nos incisivos laterais, eles devem apresentar uma largura de aproximadamente 70% do seu comprimento, esses dados são extremamente importantes para um correto diagnóstico, pois com eles torna-se possível observar quando a coroa dos dentes anteriores estão mais curtas que o normal, caracterizando assim um sorriso gengival (ARAÚJO, 2011).

Mesmo que alguns preceitos devam ser observados durante o tratamento, as opiniões do paciente, o conceito de sorriso do paciente e as expectativas dos resultados do tratamento devem sempre ser considerados, esses fatores, somados à uma boa técnica, materiais de boa qualidade, se traduzem em resultados mais satisfatórios e com uma maior longevidade ao final do tratamento (LOPES, 2000; ARAÚJO, 2007).

Um outro fator a ser considerado são as medidas preventivas de controle pré-operatório e controle de infecção, onde preconiza-se o uso de antibióticos uma hora antes do procedimento

cirúrgico, que deve ser continuado nos sete dias subsequentes, além disso o controle químico antes do procedimento onde o antisséptico considerado padrão ouro é a clorexidina a 0,12% (ARAÚJO, 2007).

É muito importante que o paciente faça um tratamento periodontal de controle mecânico, através da raspagem e alisamento coronaradicular RACR antes realização da cirurgia para correção do sorriso gengival, para a obtenção de resultado mais satisfatórios no momento da cicatrização dos tecidos periodontais, tornando-se possível a obtenção de melhores resultados clínicos (LOPES, 2000; ARAÚJO, 2007).

O cimento cirúrgico é um material protetor que pode ser aplicado em feridas causadas por cirurgia periodontal, tem a função de proteger a ferida após a cirurgia periodontal, funcionando como uma barreira física entre a ferida e o meio bucal, obtendo e mantendo o retalho das mucosas e dos ossos adjacentes bem adaptados, para que o tecido não seja danificado durante o processo de cicatrização, e traga maior conforto e comodidade ao paciente após a terapia cirúrgica, evitando ou minimizando a formação de reação de granulação e prevenindo o sangramento excessivo pós-operatório (CARRUTHERS, 2001).

Nos casos das gengivectomias, o cimento cirúrgico, pode ser utilizado para proteger a superfície do tecido extensivamente removido da irritação dos fatores inerentes a cavidade oral. De forma semelhante, na cirurgia de retalho, ele é usado como estabilizador de retalho muito mais que um protetor de ferida. Por outro lado, nos cuidados pós-operatórios cirúrgicos, alguns autores têm relatado que os retalhos que empregam uma técnica cirúrgica adequada, e exibem uma movimentação dos tecidos no trans-cirúrgico com os instrumentais adequados, exibem resultados clínicos mais satisfatórios quando comparado ao uso isolado do cimento cirúrgico, porém em casos nos quais a ferida cirúrgica não estiver fechada adequadamente e existir exposição de tecido ósseo ou conjuntivo se faz necessário o uso do cimento cirúrgico (LOPES, 2000; ARAÚJO, 2007).

As funções e os usos terapêuticos da toxina botulínica e do ácido hialurônico no campo da odontologia continuam a se expandir e resultados positivos têm sido alcançados (CARRUTHERS, 2001). Em 1981, Scott conduziu um estudo, relatando a experiência no tratamento com a toxina botulínica tipo A, e após isso ela foi reconhecida por seu amplo uso na medicina estética para reduzir os sinais de envelhecimento, a toxina botulínica do tipo A toxina botulínica foi aprovada pela ANVISA para uso cosmético no Brasil em 2000 e em 2002 foi aprovado pelo FDA (food and drug administration) (CARRUTHERS, 2001).

Há evidências de que o AH é bacteriostático (CARLSON, 2004), fungistático (KANG, 2011), anti-inflamatório, antiedematoso, osteoindutor e pró-angiogênico (DAHIYA, 2013). Diante dessas propriedades, o AH é considerado um material ideal na inflamação, na formação de reação de granulação e de epitélio e na remodelação de tecidos. Por isso, foi sugerido que desempenhe papel importante nos tratamentos periodontais (CROCE, 2001).

O ácido hialurônico é um componente muito presente na matriz extracelular, que dar resistência a todos os tecidos animais e humanos, quando a água está presente na matriz do ácido hialurônico, que é altamente hidrofílico, o mesmo funciona atraindo essas moléculas e gerando uma pressão de edema, restaurando a hidratação e a elasticidade da pele, quando usados na forma injetável, contêm lidocaína para redução do desconforto da técnica. Uma das vantagens do ácido hialurônico está relacionado a sua longa duração (de 6 a 12 meses), exibindo pequenos efeitos colaterais, não ser alergênico e apresentar fácil manipulação (VIEIRA, 2016).

Um fator extremamente importante a ser considerado no momento da manipulação do AH é a identificação dos músculos envolvidos para a definição do local exato da aplicação do ácido hialurônico, um outro fator a ser considerado é a profundidade e a dose que deve ser usada em cada situação, estudos mostram que após a aplicação do ácido hialurônico os pacientes tem uma diminuição de 0,95 milímetros de exposição da gengiva imediatamente, e após 2 semanas exibem um aumento de 1,37 milímetros (LOPES, 2000; ARAÚJO, 2007).

Nos casos em que o paciente exibe um lábio superior considerado curto, o ácido hialurônico também pode ser aplicado diretamente nos lábios para aumentar o volume da área, aumentando a vermelhidão dos lábios e definindo melhor o arco de cupido, encobrendo assim o sorriso gengival (LOPES, 2000; ARAÚJO, 2007).

O preenchimento com ácido hialurônico tem uma boa durabilidade, tem efeito imediato e não prova nenhuma reação imune (LOPES, 2000; ARAÚJO, 2007). Em relação aos efeitos colaterais relacionados ao uso do ácido hialurônico, estes são raros, mas, quando ocorrerem, podem causar reações inflamatórias, hematomas, abscessos no local da aplicação, edema persistente e granulomas (ALSTER, 2000; NECAS, 2008).

De forma diferente, a toxina botulínica tem como mecanismo de ação a paralisação dos músculos, que quando comparada ao ácido hialurônico, este age repondo o volume perdido em certas áreas sem alterar as terminações do nervo facial (LOPES, 2000; ARAÚJO, 2007). O efeito da toxina botulínica tem um período de duração em média 6 meses, variando de 4 a 8 meses, após esse tempo o paciente pode retornar para avaliação da necessidade da repetição do

processo. É importante que a reavaliação seja realizada com bastante cautela, tendo em vista que quando a injeção acontece de forma precoce pode ocasionar à formação de anticorpos, diluindo assim o seu efeito terapêutico adicional (POLO, 2008).

Em um procedimento bem executado, os efeitos colaterais da toxina botulínica são mínimos, como um pequeno desconforto e pequenos hematomas no local da injeção. No entanto, caso seja aplicada uma superdosagem a toxina botulínica pode causar paralisia do músculo alvo, sendo a dose considerada um passo de extrema importância para o sucesso do tratamento (POLO, 2008).

As contraindicações incluem o uso de toxina botulínica durante a gravidez ou amamentação; inflamação/infecção no local da injeção; hipersensibilidade à albumina humana, toxina botulínica ou solução salina; neuropatia muscular, doenças musculares, como esclerose lateral amiotrófica (ELA), síndrome de Lambert Eaton, distrofia muscular, esclerose múltipla, e também é contraindicado para pacientes que usam bloqueadores dos canais de cálcio e aminoglicosídeos (POLO, 2008).

A distância entre a coroa-ápice (COA) e a junção cimento esmalte (JCE) determina se a remodelação óssea é necessária para que haja espaço suficiente para a inserção conjuntival e, portanto, a estabilidade dimensional da margem gengival, a osteotomia/cirurgia osteoplástica depende da altura do retalho para exposição da crista óssea (JOLY, 2010). Considerando que quando a distância entre JCE e COA for menor que 2 mm, deve-se realizar a osteotomia, devendo ser executada uma sondagem óssea para que seja definido a necessidade ou não de se fazer a osteotomia, vale ressaltar que, no caso de intervenções protéticas, a referência ideal é a borda da prótese a ser instalada, se necessário, pode ser utilizado um micro cinzel para a osteotomia através do sulco gengival até que o espaço suficiente seja restaurado para acomodar as estruturas periodontais (; JOLY, 2010).

No planejamento para todos os casos de correção do sorriso gengival e aumento de coroa clínica, deve-se considerar se no futuro haverá uma reabilitação protética, se uma faceta ou coroa for prevista, deve-se determinar a margem protética pois ela deve coincidir com a margem gengival, então esse fato é extremamente relevante para determinação do tamanho da osteotomia a ser realizada (JOLY, 2010).

Após a osteotomia, uma nova sondagem deve ser executada, para a verificação da distância entre a JCE e a COA, que deve ser de 2 a 3 mm. O processo deve ser finalizado com

uma irrigação de soro solução e posteriormente ser feita uma compressão com gaze estéril húmida (JOLY, 2010).

A cirurgia plástica periodontal consiste em uma sondagem inicial, onde deve-se levar em consideração a distância entre a JCE e a COA, para a realização de um planejamento cirúrgico, observando-se a necessidade de osteotomia, não havendo, é feita uma incisão coronal em ângulo de 45° com bisturi nº3 e lâmina nº15 C, posteriormente, a remoção do tecido incisado com gengivótomo de Orban, em seguida, a eliminação do tecido de granulação, utilizando curetas de Goldman-fox, e finalmente é feita a remoção dos tecidos interproximais utilizando o gengivótomo de Orban, e a colocação do cimento cirúrgico no local da cirurgia (MARQUES, 2012).

No decorrer do procedimento alguns aspectos devem ser observados, iniciando-se pela simetria entre os incisivos centrais superiores, onde a margem dos caninos deve estar no nível da margem dos incisivos centrais superiores, e a margem do incisivo lateral deve estar posicionada 1 mm abaixo dos incisivos centrais anteriores, além disso deve haver um paralelismo e uma harmonia entre o novo contorno gengival, entre a linha do sorriso e linha bipupilar (ABOU-ARRAJ, 2013).

A margem gengival é um fator importante que deve ser considerado no momento da realização da cirurgia para correção gengival, pois em alguns casos, existe a possibilidade de que a margem gengival cresça para se ajustar ao espaço do sulco gengival. Muitos estudos mostraram que em aproximadamente 6 meses após o alongamento coronária o espaço livre biológico poderá ser reestabelecido (MAJZOUN, 2014; OLIVEIRA, 2015).

A técnica de correção do sorriso gengival executada com aparelho ultrassônico, utiliza inserções apropriadas e com isso se torna possível uma redução óssea efetiva, gerando uma preservação da integridade da superfície radicular. A principal vantagem da realização de osteotomia com aparelho ultrassônico, consiste em uma fácil execução, facilitada pela proximidade do aparelho com a superfície da raiz, mesmo em casos de pacientes que tenham alguma limitação de abertura bucal (LOPES, 2000).

O uso de lasers em odontologia está aumentando a cada dia, existe até o presente momento, três tipos de laser: o de tratamento, o de diagnóstico e o cirúrgico, o laser de diodo cirúrgico têm a capacidade de remoção dos tecidos, causando coagulação e fechamento dos vasos linfáticos e terminações nervosas, reduzindo assim, a quantidade de anestesia usada durante a intervenção, portanto não há sangramento durante o procedimento cirúrgico, o que

favorece a não formação de edema, melhorando o pós-operatório do paciente e aliviando a dor dos pacientes (LOPES, 2000)

Em relação as cirurgias realizadas para as correções de sorriso, esta é realizada com o auxílio do laser cirúrgico, que exibe diversos benefícios, e cada vez mais esta sendo empregado na odontologia, para esse tipo de procedimento, porém devido ao seu alto custo ainda não é acessível para todos os cirurgiões dentistas, mas dentre as suas principais vantagens pode ser mencionado o fato de seu corte ser preciso e ocasionar mínimo sangramento ao paciente, danificando o mínimo possível dos tecidos adjacentes a região excisada, gerando dores mínimas no pós-operatório dos pacientes (LOPES, 2000).

Após a correção do sorriso gengival, é recomendado ser feita prescrição de dexametasona 4mg, 1 comprimido a cada 12 horas após a cirurgia para controle da dor e edema, e além disso também é recomendado que o paciente faça uso de 2 comprimidos de dexametasona, uma hora antes do procedimento, onde é fundamental a recomendação para que o paciente realize uma alimentação líquida e pastosa com alimentos gelados ou frios, nas primeira 24 horas após a realização do procedimento (LOPES, 2000; ARAÚJO, 2007).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura demonstrou que quando realizada de forma correta, a correção do sorriso gengival, tem um excelente prognóstico, porém é de extrema importância que seja feito o acompanhamento regular pelo periodontista, sendo recomendada para a obtenção de melhores resultados um retorno do paciente inicialmente após 1 semana da data da cirurgia para remoção da sutura, depois após 1 mês, e em seguida após 3 meses, depois disso, é recomendado o acompanhamento semestral do paciente, para avaliação completa. Um outro cuidado importante em relação aos cuidados pós operatórios, é em relação as recomendações para a realização de compressas externas de gelo, repouso, e higienização oral adequada, com um controle químico com auxílio da clorexidina a 0,12%, durante 7 dias.

## REFERÊNCIAS

ABOU-ARRAJ, R. V. Periodontal treatment of excessive gingival display. **Seminars in Orthodontics**, v.119, n.4, p.267-278, 2013.

ALSTER, T. S. Human-derived and new synthetic injectable materials for soft-tissue augmentation: current status and role in cosmetic surgery. **Plast Reconst Surg**, v. 25, n.1, p.105-105, 2000.

ARAÚJO, E. Tratamento estético multi-disciplinar. **Clínica: Braz. Dent. J**, v.3, n.1, p.10-21, 2007.

- CARLSON, G. A. Bacteriostatic properties of biomatrices against common orthopaedic pathogens. **Biochemical And Biophysical Research Communications**, v. 321, n. 2, p. 472-478, 2004.
- CARRUTHERS, J. Botulinum Toxin A. History n current cosmetic use and upper face. **Semin Cutan Med Surg**, v.20, n.1, p.71-84, 2001.
- CROCE, M. A. Hyaluronan affects protein and collagen synthesis by in vitro human skin fibroblasts. **Tissue And Cell**, v. 33, n. 4, p. 326-331, 2001.
- DAHIYA, P. Hyaluronic acid: a boon in periodontal therapy. **North American Journal Of Medical Sciences**, v. 5, n. 5, p. 309, 2013.
- DUTRA, M. B. Influência da exposição gengival na estética do sorriso. **Dental Press J Orthod**, v.16, n.5, p.111-118, 2011.
- JOLY, J. C. Aesthetic crown lengthening: a flapless, new approach. **Rev assoc paul cir dent**, v.1, n.1, p.26-33, 2010.
- KANG, J. H. Influences of hyaluronic acid on the anticandidal activities of lysozyme and the peroxidase system. **Oral Diseases**, v. 17, n. 6, p. 577-583, 2011.
- LOPES, J. C. A. Três diferentes técnicas cirúrgicas empregadas no clareamento gengival. **J Bras Clin Estética Odontol**, v.4, n.23, p.80-83, 2000.
- MATHIAS, L. A.S.T. Exames complementares pré-operatórios: análise crítica. **Rev Bras Anestesiol**, v.56, n.6, p.658-668, 2006.
- MARQUES, L. Reanatomização cosmética associada à cirurgia plástica periodontal, relato de caso clínico. **SALUSVITA**, v.31, n. 2, p.169-181, 2012.
- MAJZOUB, Z.A.K. Crown lengthening procedures: A literature Review. **Semin Orthod**, v.20, n.1, p.188–207, 2014.
- NECAS, J. Hyaluronic acid (hyaluronan): a review. **Veterinari Medicina**, v. 53 n. 8, p. 397-411, 2008.
- OLIVEIRA, P. S. Aesthetic Surgical Crown Lengthening Procedure. **Case Reports in Dentistry**, v.1, n.1, p.10, 2015.
- POLO, M. Botulinum toxin type A (Botox) for the neuromuscular correction of excessive gingival display on smiling (gummy smile). **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.133, n.2, p.195-203, 2008.
- SEIXAS, M. R. Checklist dos aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. **Dental Press J Orthod**, v.16, n.2, p.131-57, 2011.
- VIEIRA, F. D. O uso da toxina botulínica como tratamento paliativo na dor miofascial. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v.16, n.1, p.60-65, 2016.

# CAPÍTULO 15

## TERAPIA PERIODONTAL NÃO CIRÚRGICA: QUAL A SUA IMPORTÂNCIA?

Herrison Félix Valeriano da Silva, Cirurgião-dentista Faculdade Nova Esperança  
Jabes Gennedyr da Cruz Lima, Cirurgião-dentista, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Cristianne Kalinne Santos Medeiros, Cirurgiã-dentista, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Luiz Gustavo Xavier, Cirurgião-dentista, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Fernando Matheus Santana Tunel, Cirurgião-dentista, Universidade Tiradentes

Juliana Campos Pinheiro, Cirurgiã-dentista, Universidade Tiradentes

Rafaella Bastos Leite, Cirurgiã-dentista, Uninassau

### RESUMO

A terapia periodontal através da raspagem e alisamento corono-radicular, consiste na remoção e controle do biofilme bacteriano a fim de evitar a progressão da doença que causa perda de inserção e do elemento dentário. Assim, quanto antes for feito o diagnóstico da doença periodontal ou determinado a susceptibilidade de um paciente a ela, melhores são suas perspectivas de saúde e prognóstico do paciente. Portanto, o objetivo do presente estudo é abordar a importância da terapia periodontal não cirúrgica. Foi realizada a análise de artigos relacionados à temática da pesquisa, buscando-se assim fortalecer a construção do referencial teórico. Os critérios de inclusão usados foram artigos e livros publicados em qualquer idioma, que se enquadraram ao tema da pesquisa e que apresentaram metodologia empregada de forma detalhada. Foram excluídos trabalhos em duplicada ou que não se enquadrassem à metodologia empregada. A literatura demonstrou que quando realizada de forma correta, a terapia periodontal convencional composta pela raspagem e alisamento corono-radicular associada a adequação do meio bucal é eficaz na eliminação dos depósitos de biofilme e cálculo supra e subgingival, propiciando um ambiente compatível com saúde periodontal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença Periodontal; Terapia Periodontal Não Cirúrgica; Odontologia;

### INTRODUÇÃO

A doença periodontal é altamente prevalente e pode afetar até 90% da população mundial. Em relação aos fatores responsáveis pela doença periodontal, destaca-se principalmente o acúmulo de biofilme bacteriano. A escovação dentária mecânica, o uso de fio dental são as formas mais comuns para controlar o biofilme, entretanto, observa-se que esses hábitos não são devidamente praticado pela maioria dos indivíduos (WEIJDEN, 2005).

A terapia periodontal através da raspagem e alisamento corono-radicular, consiste na remoção e controle do biofilme bacteriano a fim de evitar a progressão da doença que causa



perda de inserção e do elemento dentário. Assim, quanto antes for feito o diagnóstico da doença periodontal ou determinado a susceptibilidade de um paciente a ela, melhores são suas perspectivas de saúde e prognóstico do paciente. Sendo um tratamento convencional e bem consolidado, a terapia periodontal básica que inclui a raspagem e alisamento corono- radicular, assim como controle de biofilme e instrução de higiene apresenta altas taxas de sucesso na grande maioria dos sujeitos submetidos, porém, não é incomum encontrar indivíduos que não respondem bem ao tratamento periodontal (ALJATEELI, 2013; NASCIMENTO, 2016).

Ainda que a remoção do biofilme bacteriano seja o objetivo principal dos procedimentos de raspagem e alisamento, também deve ser realizada a remoção do cálculo aderido à superfície radicular. Embora tenha sido demonstrado que a cicatrização periodontal não é afetada pela presença de cálculo remanescente, a “lisura” radicular é o *end-point* desejado na terapia não cirúrgica, dessa forma sugere-se que uma adequada lisura superficial seja realizada para ser possível identificar se a causa da não remissão da doença é oriunda de uma instrumentação mal realizada ou de outros fatores, por exemplo, recolonização subgingival a partir de um inadequado controle supragengival, ausência de resposta devido à presença de fatores modificadores, ou possível lesão periodontal com envolvimento endodôntico (OPPERMANN, 2013). Portanto, o objetivo do presente estudo é abordar a importância da terapia periodontal não cirúrgica.

## **METODOLOGIA**

Foi realizada a análise de artigos relacionados à temática da pesquisa, buscando-se assim fortalecer a construção do referencial teórico. Utilizaram-se os descritores “Doença Periodontal”, “Terapia Periodontal Não Cirúrgica” e “Odontologia”, assim como o operador booleano and. Os critérios de inclusão usados foram artigos e livros publicados em qualquer idioma, que se enquadraram ao tema da pesquisa e que apresentaram metodologia empregada de forma detalhada. Foram excluídos trabalhos em duplicada ou que não se enquadrassem à metodologia empregada. Uma leitura detalhada foi realizada, logo após houve a seleção do material de escolha, com a finalidade de fundamentar um debate sobre a importância da terapia periodontal não cirúrgica.

## **REVISÃO DA LITERATURA**

As doenças periodontais são infecções causadas por microrganismos que colonizam a superfície dentária ou gengival. Esta manifestação clínica é o resultado da interação entre a causa e a resposta imune do hospedeiro, existindo assim, um equilíbrio entre a microbiota bucal

e hospedeir. O fator etiológico primário é o biofilme, sendo este, composto por uma comunidade complexa de microrganismo imersos em uma matriz de polímeros extracelulares, muitos dos quais, ainda difíceis de serem isolados em culturas de laboratório (PERUZZO, 2007; ZACARIAS, 2015).

A associação das bactérias no interior dos biofilmes mistos não acontece de forma aleatória, existem associações específicas entre as espécies bacterianas. Segundo LINDHE (2010), seis grupos de espécies bacterianas estão intimamente relacionadas e foram elencadas em complexos. O complexo amarelo que é constituído por membros do gênero *Streptococcus* que oferecem receptores para um amplo número de espécies, incluindo outros colonizadores primários e espécies conjugadas, como *F. nucleatum*, que podem agregar-se com muitos patógenos periodontais.

O complexo verde é constituído por espécies de *Capnocytophaga*, *Eikenella corrodens*, *Eikenella Corrodens*, *A. actinomycetemcomitans* e *Bastonetes Gram-negativos* que estão relacionados a processos infecciosos como a osteomielite, periodontite agressiva e infecções endodônticas. Esses microrganismos estão presentes em sítios com destruição periodontal, respondendo insatisfatoriamente ao tratamento (LINDHE, 2010).

O complexo azul é constituído por membros do gênero *Actinomyces*, *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* e *Bastonetes Gram-negativos* imóveis. Esses microrganismos vivem na ausência de oxigênio na presença de dióxido de carbono, sendo encontrado em um número elevado nos casos de periodontite agressiva, produzindo metabólitos destrutivos como a leucotoxina. Já o complexo roxo é composto pela *Veillonella parvula* e *Actinomyces odontolyticus*. Esses grupos de espécies são colonizadores primários de superfícies dentárias cujo crescimento usualmente precede a multiplicação de complexos laranja e vermelho, predominantemente Gram-negativos (LINDHE, 2010).

O complexo laranja, consiste em *Streptococcus constellatus*, *Campylobacter gracilis*, *Campylobacter rectus*, *Campylobacter showae*, *Eubacterium nodatum*, *Fusobacterium nucleatum*, *Fusobacterium periodonticum*, *Prevotella intermedia*, *Prevotella nigrescens* e *Peptostreptococcus micros*. O *Campylobacter Rectus*, é um vibrião Gram-Negativo anaeróbio móvel, incomum, pois utiliza hidrogênio, formam colônias convexas pequenas, difusas, estando presentes em áreas de doença periodontal ativa e produzindo leucotoxinas. Já o *Fusobacterium Nucleatum* e *Prevotella intermedia*, são um bastonete Gram-Negativo anaeróbio, isolado do biofilme subgengival, sendo encontrados. frequente nos casos de gengivite ulcerativa necrosante (LINDHE, 2010).

Por fim, o complexo vermelho é constituído pela *Tannerella forsythia*, *Porphyromonas gingivalis* e *Treponema denticola*. A *Tannerella Forsythia*, é um bastonete Gram-negativo anaeróbico, presente na periodontite, invadindo o epitélio, sendo observado no biofilme subgingival. A *Porphyromonas Gingivalis*, é um bastonete Gram-negativo anaeróbico, que forma uma colônia de pigmento castanho a negro, produzindo colagenases, proteases (destruição de imunoglobulina) e endotoxinas, comumente estão ausentes em áreas tratadas da doença. Já a *Treponema Denticola*, são microrganismos helicoidais Gram-negativos anaeróbios altamente móveis, comumente encontrados em bolsas periodontais e associados a gengivite ulcerativa necrosante (LINDHE, 2010).

A terapia periodontal não cirúrgica constitui a primeira etapa do tratamento e tem se mostrado eficaz para o controle das doenças gengivais e periodontais, eliminando os fatores etiológicos e impedindo a progressão da doença, reestabelecendo saúde, bem-estar e função ao paciente. Para o sucesso da terapia periodontal e manutenção do resultado a longo prazo é de fundamental importância que as três etapas do tratamento periodontal básico sejam eficientes: raspagem e alisamento corono-radicular, instrução de higiene bucal e motivação do paciente (LINDHE, 2010). A realização dessa terapia visa reduzir as profundidades de sondagem de bolsa, manter ou melhorar os níveis de inserção clínica e reduzir a incidência do sangramento (HEITZ-MAYFIELD, 2002), eliminando nichos bacterianos patogênicos, reestabelecendo os tecidos de forma saudável e prevenindo o restabelecimento da doença, devolvendo função, conforto e qualidade de vida (KOLAKOVIC, 2014).

Após a motivação e adequação da higiene bucal do paciente, é necessário tornar a cavidade oral livre de fatores de retenção de biofilme oral, como cálculos (NEWMAN, 2011). Normalmente, o debridamento mecânico é usado para tratar a doença periodontal, assim removendo e destruindo o biofilme e cálculos da superfície dentária, que promove uma mudança no ecossistema subgingival levando a uma alteração da microbiota associada à doença para uma microbiota compatível com saúde periodontal (HEITZMAYFIELD, 2009).

Os instrumentos mais comumente usados na raspagem e alisamento corono-radicular são classificados como manuais (curetas, foices, enxadas, cinzéis e limas), ultra-sônicos e instrumentos rotatórios (LINDHE, 2010). MITTAL (2014), salienta que as curetas manuais e ultrassom são os instrumentos mais comumente usados para debridamento da superfície radicular no tratamento periodontal não cirúrgico e, na experiência clínica, são atualmente o equipamento ultra-sônico de escolha para remoção de placa e cálculos por exigirem menos carga de trabalho dos operadores e feito semelhante quando relacionado ao manual.

A remoção de cálculo segundo NEWMAN (2011), pode ser realizada combinando esses dois tipos de técnicas, dependendo de cada situação, de uma ou mais maneiras. As evidências sugerem que os resultados dos tratamentos da periodontite crônica são semelhantes para os dois tipos de instrumentos. O cálculo localizado supragengival, de modo geral, é menos calcificado e retentivo quando comparado ao cálculo subgengival. Assim, os movimentos para a remoção se tornam mais fáceis e a adaptação e angulação do instrumento também. A visibilidade do local também é um fator positivo da terapia periodontal não cirúrgica.

A estabilidade e o sucesso a longo prazo deste tratamento, dependem do controle regular e manutenção regular da higiene oral ao longo da vida do indivíduo (AXELSSON, 2004). De acordo com GEBRAN (2002), a raspagem é uma técnica de grande valor e eficácia, principalmente para pacientes que demonstram higiene bucal adequada, devendo ser realizada a cada seis para manutenção da saúde gengival.

A raspagem periodontal é um tratamento que visa a remoção do cálculo da superfície dental e também entre os dentes e gengiva. O biofilme aderido à superfície mineraliza-se com o passar do tempo, formando o cálculo que foi calcificado, que pode causar a inflamação das gengivas ou problemas mais complexos, como a periodontite, infecção que afeta a estrutura que dá suporte aos dentes (DABABNEH, 1999).

De acordo com LINDHE (2010), a raspagem supra e subgengival é indicada para remover o acúmulo de cálculo nos dentes, que é, na verdade, o biofilme bacteriano endurecido e que não pode ser removida com a escovação, inflamação gengival, retração gengival, quando a raspagem pode melhorar a estética e prevenir infecções e casos de periodontite, que têm como sintomas halitose, sangramento das gengivas, sensibilidade e amolecimento dos dentes.

A intervenção profissional por meio de raspagem e polimento deve ser considerada como suplementar, e não substituta, ao controle do biofilme realizado pelo paciente em sua casa. O cálculo pode ser dividido em dois tipos: o supragengival e o subgengival. (DABABNEH, 1999; LINDHE, 2010). O cálculo supragengival fica na parte visível dos dentes e próxima às gengivas. Apresenta consistência dura, áspera e coloração amarelada. O cálculo subgengival não é visível a olho nu, visto que está localizado abaixo da borda das gengivas. Somente o dentista, com instrumentos adequados, é capaz de visualizar e fazer a remoção. A terapia periodontal básica é o primeiro estágio no tratamento da periodontite. A raspagem supra e subgengival é a remoção de placa, cálculo e manchamento da superfície da coroa e da raiz.

Esta fase pode ser realizada com instrumentos manuais ou instrumentos ultrassônicos (COHEN, 2008).

Geralmente são utilizadas curetas ou foices e após remoção do cálculo supra realiza-se o alisamento da região com taças de borracha, pedra pomes e pastas de polimento com grãos mais finos. Na maioria dos casos a raspagem supragengival pode ser finalizada em uma sessão, permitindo que o paciente comece o controle de biofilme. Visam remover os depósitos moles e duros das superfícies radiculares, bem como pequenas porções da estrutura dentária. Cimento radicular e dentina são removidos sob a forma de pequenas lascas. A instrumentação subgengival visa resolver a inflamação subgengival e interromper a destruição progressiva do periodonto de inserção por meio da remoção do biofilme da bolsa gengival (COHEN, 2008; LINDHE, 2010).

Realiza-se uma sondagem de todos os dentes e a partir das marcações determina-se uma ordem para início do tratamento (COHEN, 2008). Geralmente a raspagem subgengival ocorre sob efeito de anestesia local, para controlar a dor e a hemorragia, segura-se o instrumento pela chamada empunhadura de caneta modificada, usando apoio digital com a face da lâmina paralela e em leve contato com a superfície radicular. O raspador é posicionado na bolsa com o bisel em um ângulo entre 45 e 90° (COHEN, 2008). O apoio digital deve ser feito o mais perto possível do dente selecionado, conferindo um fulcro estável, permitindo uma boa angulação da lâmina e possibilitando a utilização do movimento punho-antebraço (LINDHE, 2010).

O epitélio sulcular e a inserção epitelial são removidos primeiro, seguido da remoção do tecido conjuntivo inflamado da porção interna da parede da bolsa. Após a cicatrização pode ser observado um tecido com contornos delimitados, firme, sem edema e bem adaptado (COHEN, 2008). A terapia periodontal básica, necessita da utilização de instrumentos manuais que exige a habilidade e treinamento do operador, ou seja, em casos mais complexos (com bolsas mais profundas) deve-se encaminhar a um profissional com treinamento adequado. A melhora do quadro depende do sucesso obtido nesse procedimento. Ao longo do tempo, a redução do quadro inflamatório também se traduzirá em redução da progressão à periodontite, ou seja, ela traz benefícios aos pacientes periodontais. A instrumentação errônea pode promover a criação de degraus e riscos profundos na superfície, que podem funcionar como fatores de retenção de biofilme. (DABABNEH, 1999).

O cálculo dental por si só não é a principal causa das doenças periodontais, mas é considerado como fator etiológico secundário na doença periodontal. Curiosamente, não está em contato direto com os tecidos gengivais, pois está sempre coberto com biofilme bacteriano não mineralizada. Por facilitar a retenção de biofilme nas regiões supra e subgengival, é o fator retentivo mais importante e deve ser removido para que o tratamento periodontal tenha chances de sucesso (DABABNEH, 1999). A remoção do cálculo dental pode provocar danos, mesmo que microscópicos, à superfície dentária, mesmo quando se utiliza raspadores afiados e corretamente removem o cálculo junto com o tecido ao qual este se aderiu (cimento/dentina). Deve-se levar em consideração que a raspagem é um procedimento invasivo e que pode provocar danos à superfície dos dentes e hipersensibilidade. Quando realizada por profissional com treinamento específico, tais danos podem ser minimizados devido à habilidade individual do operador na realização da raspagem e na preparação (afiação) dos instrumentais (SCHWARTZKOPF, 2017). Em casos específicos, pode-se associar à terapia convencional, ao uso de antibióticos sistêmicos ou locais. A Minociclina, amoxicilina e o metronidazol são antibióticos de amplo espectro de ação, muito utilizados em conjunto com a terapia periodontal não cirúrgica, apresentam boa atividade contra os microrganismos desta região, mas devem ser administrados com cautela, pois podem causar resistência bacteriana quando administrados de maneira inadequada sendo este um problema de ordem mundial (ALJATEELI, 2013; NASCIMENTO, 2016).

Além do uso de fármacos antimicrobianos, o uso da terapia fotodinâmica na qual se utiliza o azul de metileno e laser em uma potência de 660 watts tem sido de grande valia no tratamento das doenças periodontais crônicas devido à sua potente ação antimicrobiana sem ocasionar resistência das bactérias (DENG, 2015; PERUZZO, 2007). Para a realização da intervenção subgengival existem diferentes instrumentos e/ou protocolos descritos. Quanto aos instrumentos disponíveis, podem-se elencar os manuais mecânicos (curetas, limas, foices) e os manuais elétricos (ultrassom). Sob o ponto de vista da resposta terapêutica, não existem diferenças entre os dois métodos (WEIJDEN, 2005).

Alguns autores chegaram a sugerir que o ultrassom reduziria o tempo operatório. No entanto, como esse recurso deixa a superfície mais rugosa, há necessidade de alisamento com instrumentos manuais mecânicos, o que resulta, ao final, praticamente nenhuma diferença em relação à economia de tempo (ALJATEELI, 2013; NASCIMENTO, 2016). Quanto aos protocolos, descrito por OPPERMANN (2013), destacam-se, o *Full mouth disinfection* (desinfecção de boca toda), protocolo que preconiza a raspagem e alisamento radicular supra e

subgingival conjuntamente de toda a boca em um intervalo de até 2 dias. A instrumentação é finalizada com irrigação subgingival com substâncias antissépticas – especialmente digluconato de clorexidina a 0,12%. O *Full mouth debridement* (raspagem de boca toda), protocolo que preconiza a raspagem e o alisamento radicular supra e subgingival ao mesmo tempo. Este protocolo, no entanto, apesar de recomendar um período de até 2 dias para a intervenção, não utiliza solução irrigadora. Por fim, o protocolo *Quadrant-wise disinfection* (raspagem por quadrante), que preconiza a raspagem e o alisamento radicular por quadrantes, tanto para a abordagem supra como subgingival, sem intervalo de tempo predefinido.

A harmonização do sorriso é encontrada quando há o equilíbrio entre os dentes, os lábios e gengivas (SPEZZIA, 2018). Então é de extrema importância que o periodontista saiba identificar a etiologia para se alcançar um correto diagnóstico e realizar um plano adequado de tratamento. As etiologias mais frequentes relacionadas são: crescimento gengival, erupção passiva alterada, hiperatividade labial, crescimento vertical em excesso, extrusão dento-alveolar e lábio superior curto (NASCIMENTO, 2016).

O sorriso gengival é diagnosticado quando durante o sorriso, o paciente exhibe uma faixa de tecido gengival com mais de 3 mm da sua margem até a linha do lábio superior. A realização do tratamento pode envolver terapia periodontal básica, cirúrgica e ortodontia (DUTRA, 2011). A terapia periodontal básica é uma etapa fundamental e necessária para restaurar a saúde periodontal e irá constituir a fase pré-operatória da terapia cirúrgica, independente da extensão da doença presente. Dados de pesquisas clínicas já realizadas, indicam que o sucesso clínico do tratamento periodontal depende muito mais da manutenção dos resultados obtidos nessa fase do que qualquer procedimento cirúrgico realizado posteriormente. Além disso, a terapia oferece ao Cirurgião-Dentista a oportunidade de avaliar a resposta da cicatrização tecidual, bem como a motivação do paciente em relação aos cuidados periodontais, elementos estes cruciais para o sucesso final do tratamento (NEWMAN, 2011).

Com base no conhecimento de que o biofilme dentário é o principal agente etiológico da inflamação gengival, um objetivo específico e importante da terapia para todos os pacientes é a efetiva remoção diária do biofilme dentário. Esses procedimentos de controle do biofilme podem ser complexos, consumir tempo, e frequentemente, exigir mudanças de hábitos já existentes por muitos anos. Uma boa higiene oral é mais facilmente obtida se as superfícies dentárias estiverem livres de cálculos e contornos irregulares, de modo que as superfícies fiquem mais facilmente acessíveis à higiene oral.

Segundo NEWMAN (2011), além de ensinar ao paciente os procedimentos para a remoção diária do biofilme, o controle de fatores locais que contribuem para o acúmulo do mesmo inclui procedimentos como a remoção total de cálculo dentário, ajuste ou substituição de restaurações e próteses mal adaptadas, restauração definitiva ou temporária em dentes com lesões de cárie, movimentação ortodôntica, tratamento de áreas com impactação alimentar e trauma oclusal, exodontia de dentes condenados e possibilidade da utilização de agentes antimicrobianos, incluindo a coleta de amostras de biofilme dental e realização de antibiograma.

De acordo com NEWMAN (2011), após cuidadosa avaliação do paciente e diagnóstico da condição periodontal presente, o Cirurgião-Dentista deve definir o plano de tratamento, que inclui todos os procedimentos necessários e estimar o número de consultas necessárias para concluir a terapia periodontal básica. Em muitos casos, os pacientes necessitam de várias consultas para finalizar a raspagem e o alisamento radicular. Às vezes, as lesões cariosas e outros fatores que permitem o acúmulo de cálculo precisam ser controlados antes de se estimar o número de consultas necessárias.

NEWMAN (2011), também ressalta que algumas condições devem ser consideradas para determinar o plano de tratamento periodontal, dentre essas situações, destacam-se a condição geral da saúde, nível de tolerância ao tratamento, número de dentes presentes, quantidade de cálculo subgengival, profundidades clínicas de sondagem e perda de inserção, envolvimento de furca, alinhamento dentário, condições das margens das restaurações, anomalias de desenvolvimento, presença de barreiras físicas para o acesso à cavidade oral (abertura de boca, imitada e tendência ao engasgo) e sensibilidade e cooperação do paciente (requerendo o uso de anestesia ou analgesia).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura demonstrou que quando realizada de forma correta, a terapia periodontal convencional composta pela raspagem e alisamento corono-radicular associada a adequação do meio bucal é eficaz na eliminação dos depósitos de biofilme e cálculo supra e subgengival, propiciando um ambiente compatível com saúde periodontal.

## REFERÊNCIAS

ALJATEELI, M. Locally-delivered antibiotics for management of periodontitis: current understanding. **J. of The Michigan Dental Association**, v.95, n.7, p.42-47, 2013.

AXELSSON, P. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. **Journal of Clinical Periodontology**, v.31, n.9, p.749–757, 2004.



COHEN E.S. **Atlas de cirurgia periodontal reconstrutiva e cosmética**. 3ª Edição. São Paulo: Santos livraria e Editora, 2008.

DABABNEH, R. H. Dentin Hypersensitivity – an enigma. A Review of terminology, epidemiology, mechanisms, aetiology and management. **British Dental Journal**, v.187, n.11, p.606-611, 1999.

DENG, S. Scaling and root planning and locally delivered minocycline could reduce the load of *Prevotella intermedia* in an interdependent pattern, which correlated with symptomatic improvements of chronic periodontitis: a short-term randomized clinical trial. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, v.1, n.1, p.1795–1803, 2015.

DUTRA, M.B. Influência da exposição gengival na estética do sorriso. **Dental press J. Orthod**, v.16, n.5, p.111-118, 2011.

GEBRAN, M. P. Controle químico e mecânico de placa bacteriana. **Tuiuti: Ciência e Cultura**, v.1, n. 26, p.45- 58, 2002.

HEITZ-MAYFIELD, L. J. A systematic review of the effect of surgical debridement vs. non-surgical debridement for the treatment of chronic periodontitis. **J Clin Periodontol**, v.29, n.3, p.92–102, 2002.

KOLAKOVIC, M. "An estimate of pocket closure and avoided needs of surgery after scaling and root planing with systemic antibiotics: a systematic review". **BMC Oral Health**, v.14, n.1, p.159, 2014.

LINDHE, J; LANG, N. P; KARRING, T. **Tratado de periodontia clínica e Implantologia Oral**. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Editoras GEN (Grupo Editorial Nacional) e Guanabara Koogan. 2010.

MITTAL, A. The effect of various ultrasonic and hand instruments on the root surfaces of human single rooted teeth: A Planimetric and Profilometric study. **J Indian Soc Periodontol**, v.18, n.6, p.710–717, 2014.

NASCIMENTO, B. F. K. Resolução estética de sorriso gengival através da técnica de gengivoplastia: Relato de caso. **Journal of surgery and clinical research**, v.14, n.3 p.65-69, 2016.

NEWMAN, M. G. **Periodontia Clínica**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2011.

OPPERMANN, R. V; ROSING, C. K. **Periodontia Laboratorial e Clínica**. Série ABENO. São Paulo: Editora Artes Medicas Ltda. 2013.

PERUZZO, D. C. A Systematic Review of Stress and Psychological Factors as Possible Risk Factors for Periodontal Disease. **Journal of Periodontology**, v.78, n.8, p.1491–1504, 2007.

SCHWARTZKOPF, C. T; NAKAO, E; MELANI, R. F. H. **Raspagem supra e subgengival**. OBE - Conexão UNNA, São Paulo, 2017.

SPEZZIA, S. Alterações periodontais na adolescência. **Rev. Periodontia**, v. 28, n.1, p.10, 2018.

WEIJDEN, V. G. A systematic review of the effectiveness of self-performed mechanical plaque removal in adults with gingivitis using a manual toothbrush. **J Clin Periodontol**, v.32, n.6, p.214-228, 2005.

ZACARIAS, J. M. V. The Influence of Interleukin17AandIL17FPolymorphisms on Chronic Periodontitis Disease in Brazilian Patients. **Mediators of Inflammation**, v.1, n.1, p.1-8, 2015.

# CAPÍTULO 16

## DESAFIO TERAPÊUTICO: HEMORRAGIA DIGESTIVA POR ANGIOECTASIA BULBAR EM PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO RECENTE

DOI: 10.47402/ed.ep.c202146916066

José Rafael Araújo e Costa, Aluno da graduação em Medicina da Faculdade de Medicina de Barbacena, Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada

Fernanda Ferradeira Latorre, Aluna da graduação em Medicina da Faculdade de Medicina de Barbacena, Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada

Matheus Santana Luz, Aluno da graduação em Medicina da Faculdade de Medicina de Barbacena, Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada

Radmila Alessandra de Souza Oliveira, Aluna da graduação em Medicina da Faculdade de Medicina de Barbacena, Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada

Raquel Ida Ferreira, Aluno da graduação em Medicina da Faculdade de Medicina de Barbacena, Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada

Marcus Vinícius de Paula da Silva, Médico e professor da graduação em Medicina da Faculdade de Medicina de Barbacena, Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada

### RESUMO

**Objetivo:** Relatar o manejo de um paciente com infarto agudo do miocárdio recente que apresenta indicação absoluta da descontinuação da terapia antiplaquetária devido à hemorragia digestiva alta por angioectasia bulbar. **Detalhamentos do caso:** Paciente idosa, hipertensa, ex-tabagista, em uso de ácido acetilsalicílico, clopidogrel, atorvastatina, metoprolol e captopril após angioplastia primária com implante de stent devido a infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST, evoluiu com quadro de dor epigástrica em queimação, melena e adinamia. Endoscopia digestiva alta evidenciou angioectasia em bulbo duodenal com sangramento em porejamento. Ao hemograma, hemoglobina de 5,2 g/dL. A paciente obteve boa resposta à ablação endoscópica da angioectasia, recebendo alta com suspensão da terapia antiplaquetária. **Considerações finais:** A despeito da ausência de dados na literatura, esse trabalho tem por objetivo relatar um quadro de difícil manejo sobre o ideal momento para se reintroduzir dupla antiagregação plaquetária, apesar do benefício de tais drogas em pacientes submetidos à intervenção coronariana percutânea, como a redução do risco de recorrência do infarto, nos casos de evidente risco de sangramento em que o paciente apresenta indicação absoluta da descontinuação da terapia antiplaquetária, faz-se necessário a individualização da indicação desse tratamento farmacológico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Angioectasia Bulbar; Hemorragia Digestiva Alta; Terapia Antiplaquetária.

### INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma causa comum de admissão hospitalar com níveis de mortalidade global em torno de 10%, independentemente da sua etiologia específica. Essa entidade clínica é definida como sangramento de lesões localizadas no trato gastrointestinal acima do ângulo de Treitz, sendo que a lesão de angioectasia duodenal é uma

causa incomum e de difícil diagnóstico. A apresentação clínica é variável e, por isso, a avaliação inicial é de fundamental importância no diagnóstico, bem como na definição dos critérios de gravidade e no manejo do paciente (STANKE PF, et al., 2019).

A angioectasia gastrointestinal é uma malformação arteriovenosa, cuja etiologia não é bem elucidada, que consiste em pequenos vasos anormais, dilatados e tortuosos, com paredes finas e diâmetro menor que 10 mm dentro da camada mucosa e submucosa do intestino, sendo frequentemente mais prevalente no intestino grosso (SAMI SS, et al., 2013). Nesse sentido, a angioectasia intestinal gera uma fragilidade local que eventualmente resulta em hemorragias no trato gastrointestinal, com manifestações variadas, como anemia, fadiga e até mesmo enterorragia (MAGALHÃES RT, et al., 2020).

Essa patologia é classificada em 3 tipos, baseada nas diferentes malformações arterio-vasculares (MAV's): Tipo I, com maior incidência no cécum e cólon direito; a Tipo II, mais frequente no intestino delgado e em pacientes jovens, sendo, mais extensas e de provável origem congênita – onde classifica-se a lesão do presente caso; e a Tipo III, que podem acometer qualquer parte do trato gastrointestinal. (DALL'INHA VN e RIBAS JC, 2010; JACKSON CS e STRONG R, 2017).

Pacientes portadores de angioectasia gastrointestinal em uso de terapia combinada de aspirina e clopidogrel são de difícil manejo terapêutico, visto que apresentam elevado risco hemorrágico. Em seu último posicionamento, a Sociedade Brasileira de Cardiologia orienta que a realização da dupla antiagregação plaquetária (DAP) seja realizada por um mínimo de 12 meses em pacientes submetidas a intervenção coronária percutânea (ICP) após síndrome coronariana aguda (SCA), podendo ser modificada para um tempo mínimo de 6 meses em caso de risco aumentado de sangramento. Contudo, o manejo adequado ao paciente é individual. Em pacientes com risco de sangramento maior do que a de um evento trombótico, a descontinuação da terapia antiplaquetária deve ser considerada (DALL'INHA VN e RIBAS JC, 2010; SERRANO JRCV. et al. 2019).

Este trabalho tem por objetivo relatar um quadro de difícil manejo de HDA por angioectasia bulbar em paciente com infarto agudo do miocárdio há 2 meses que apresenta indicação absoluta da descontinuação da terapia antiplaquetária, sendo que não há dados na literatura sobre o momento ideal para a reintrodução desses agentes em tal situação.

## DETALHAMENTO DO CASO

Trata-se de uma paciente do sexo feminino, 71 anos, que procurou atendimento em unidade de emergência devido a queixa de dor epigástrica em queimação, insidiosa, progressiva, contínua e intensa. Queixou-se, ainda, de sangramento digestivo baixo tipificado como melena e de adinamia.

Quanto aos antecedentes pessoais, relatou ser hipertensa, ex-tabagista e ter sido submetida à angioplastia primária com implante de stent convencional em ramo marginal esquerdo (ME), devido a infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST em parede inferior, há 2 meses. Na ocasião, recebeu alta hospitalar em uso de ácido acetilsalicílico 100 mg/dia, clopidogrel 75 mg/dia e atorvastatina 40 mg/dia, metoprolol 100 mg/dia e captopril 50 mg/dia, os quais relatou realizar uso contínuo. Do ponto de vista gastrointestinal, afirmava diagnóstico prévio de angioectasia estável no bulbo duodenal com proposta de seguimento não invasivo.

Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, lúcida e bem orientada, agitada, acianótica, anictérica, afebril, normotensa. À ausculta cardíaca, ritmo regular e taquicárdico, com bulhas normofonéticas. À ausculta pulmonar, evidentes crepitações finas em bases. Abdomegloboso e doloroso à palpação profunda em região epigástrica.

Diante do quadro álgico, a paciente foi submetida à endoscopia digestiva alta, a qual evidenciou esofagite erosiva grau B de Los Angeles e mucosa hipocorada, bem como angioectasia em bulbo duodenal com coágulo facilmente retirável com instilação de água, evoluindo com sangramento do tipo porejamento. Quanto aos exames laboratoriais, os componentes alterados foram Hemoglobina 5,2 g/dL (valor de referência mulheres: >12g/dl) e Creatinina 2,85 mg/dL (valor referência entre 0,6 e 1,2mg/dl).

Como conduta, a paciente foi submetida à ablação endoscópica da angioectasia bulbar com gás argônio (30W), sem intercorrências. Em vista dos níveis hematimétricos foi realizada transfusão de dois concentrados de hemácias. Ademais, iniciou-se hidratação venosa e omeprazol 40 mg/dia, suspendendo o uso da aspirina 100 mg/dia, do clopidogrel 75 mg/dia e dos anti-hipertensivos: metoprolol 100mg/dia e captopril 50mg/dia.

A paciente evoluiu com boa resposta ao tratamento, recebendo alta com proposta de avaliação ambulatorial do retorno da terapia antiplaquetária em momento oportuno.

A Figura 1 demonstra o bulbo duodenal anatômico com mucosas lisas e íntegras, sendo evidenciado angioectasia sem sangramento ativo (Foto A). Realizada ablação da mesma com

gás argônio (30W, 1,5 L) com êxito e sem intercorrências (Fotos B,C e D). Segunda porção duodenal sem alterações.

FIGURA 1 – Etapas da ablação endoscópica da angioectasia bulbar.



A: Bulbo duodenal – angioectasia. B- Ablação com gás argônio. C- Bulbo duodenal- Angioectasia. D- Ablação com gás argônio.

Fonte: Costa JRA, et. al., 2021.

## DISCUSSÃO

As angiodisplasias ou angioectasias caracterizam-se por anormalidades vasculares, nas quais ocorrem ectasias de vasos sanguíneos submucosos (DALL'INHA VN e RIBAS JC, 2010; SALTZMAN JR, et al. 2017). Tratam-se de veias dilatadas e tortuosas, de paredes finas, revestidas por endotélio associado ou não à pequenas quantidades de músculo liso, frequentemente encontradas no trato gastrointestinal, com maior acometimento no intestino grosso (SALTZMAN JR, et al. 2017; CLOUSE RE, et al., 1985).

Apesar de poderem estar presentes ao nascimento ou serem desenvolvidas como parte de síndromes hereditárias, as angioectasias frequentemente são adquiridas ao longo da vida, todavia com etiologia pouco compreendida (SALTZMAN JR, et al. 2017).

Acometem, principalmente, pacientes após a 6ª década de vida e, por se tratar de uma doença oligossintomática, consiste em um achado incidental de endoscopia digestiva alta em cerca de 40% dos casos (SALTZMAN JR, et al. 2017). Cerca de 6% dos casos de hemorragias digestivas baixas (HDB) de caráter autolimitado tem como causa as angiodisplasias do intestino delgado. Aproximadamente 40-60% dos pacientes apresentam mais de uma angiodisplasia,

predominantemente encontradas na mesma porção do trato gastrointestinal(SAURIN JC, et al., 2019; JAECKLE T, et al., 2008).

O acometimento do bulbo duodenal, como no caso descrito, é mais raro podendo ser uma causa importante de sangramento gastrointestinal com grandes consequências hemodinâmicas ao paciente caso não haja um devido manejo (CLOUSE RE, et al., 1985; HOLMES DR eSORAJJA P, 2019). Alguns fatores se associam ao risco de desenvolvimento e de sangramento das angioectasias, tais como doença renal crônica, coagulopatias e estenose aórtica (MAGALHÃES RT, et al., 2020).

A angioplastia transluminal percutânea é uma intervenção minimamente invasiva no campo da hemodinâmica, que consiste na desobstrução de artérias através do implante de stents - sobretudo após um evento de síndrome coronariana aguda. Nessa situação a terapia antitrombótica tende a ser uma parte importante para o sucesso do procedimento de revascularização, pois visa a prevenção de eventos cardiovasculares indesejáveis periprocedimento, como a ocorrência de trombose em stents, e a longo prazo, como a recorrência do infarto agudo do miocárdio (SERRANO JRCV. et al. 2019; LINCOFF AM, et al., 2020; SMITH KJ, et al., 2003).

Assim, é fortemente recomendado a terapia antiplaquetária dupla para todos os pacientes submetidos à intervenção coronariana percutânea – como foi o caso da paciente do referido trabalho-, através da combinação de ácido acetilsalicílico (AAS) e de um bloqueador do receptor P2Y12 (clopidogrel, por exemplo) por pelo menos 12 meses. É recomendado o tratamento por 36 meses adicionais aos pacientes que obtiverem sucesso diante do uso da terapia em questão (LINCOFF AM, et al., 2020; EIKELBOOM JW, et al., 2006).

Entretanto, é válido ressaltar que os regimes antitrombóticos atuais têm o potencial de resultar em casos de sangramento gastrointestinal, aumentando o risco para a ocorrência de hematêmese, melena ou enterorragia, ou ainda de exacerbar um sangramento crônico, sendo responsáveis por aproximadamente 15% de todos os eventos de alguma perda sanguínea periprocedimento (HOLMES DR e SORAJJA P, 2019).No caso apresentado, a paciente encontrava-se em uso da DAP com AAS e clopidogrel há 2 meses, devido a colocação de stent farmacológico após infarto do miocárdio, quando apresentou o evento hemorrágico.

Para os pacientes que apresentam sangramento gastrointestinal devido à terapia antiplaquetária, existem morbidade e mortalidade significativas atribuíveis a este evento (TAYLOR JE, et al., 1991). Por isso, não se pode deixar de avaliar e de eliminar os fatores

desencadeadores do sangramento. ADAP induz um estado de hipocoagulabilidade devido à redução da função plaquetária, apesar destas se apresentarem com contagem dentro do valor de referência (LINCOFF AM, et al., 2020; FERRARI E, et al., 2005). Desta forma, o uso do AAS e clopidogrel apresentaram-se como fator indutor para o sangramento da angiodisplasia previamente presente no bulbo da paciente.

Sabe-se que o AAS e outros anti-inflamatórios não esteroidais são capazes de bloquear a enzima ciclooxygenase (COX). Assim, no trato gastrointestinal há inibição da proteção de sua mucosa de revestimento, bem como o aumento da secreção ácida, podendo levar a erosões ou a hemorragia (BATLOUNI M, et al., 2010). Além disso, o bloqueio da COX também inibe a produção do tromboxano A<sub>2</sub>, que é um potente estimulador da agregação plaquetária, favorecendo a ocorrência de sangramentos.

Já o clopidogrel, e outros bloqueadores do receptor P2Y<sub>12</sub> de plaquetas, tem a propriedade de inibir a agregação plaquetária a partir da ligação do receptor de difosfato de adenosina plaquetária ao complexo glicoproteína IIb-IIIa (TAYLOR JE, et al., 1991). Portanto, o uso de tais medicamentos está associado ao aumento no risco de sangramento gastrointestinal; entretanto com magnitude não é bem elucidada.

O uso da DAP por seis meses a um ano em pacientes com síndrome coronariana aguda que sofreram intervenção coronariana percutânea reduz o risco de recorrência do infarto, de trombose do stent e de acidente vascular encefálico. O benefício da intervenção é ainda maior nos casos de intervenção coronariana percutânea complicada, que inclui colocação de 3 ou mais stents, tratamento de 3 ou mais lesões ou 3 coronárias distintas, tratamento de bifurcação com 2 stents, comprimento do stent maior que 60 mm ou tratamento de lesão crônica (COSTA F, et al., 2019; FREITAS AH, et al., 2009).

Por outro lado, o risco-benefício da terapêutica antiplaquetária deve ser cuidadosamente avaliado em pacientes com maior risco de sangramento. Apesar do benefício notório da DAP na síndrome coronariana aguda e no procedimento de intervenção coronariana percutânea, pacientes com alto risco de sangramento, como a paciente apresentada neste artigo, não se beneficiam com a redução da mortalidade almejada por essa terapêutica, devido a maior ocorrência de eventos hemorrágicos, necessitando da descontinuação da terapia medicamentosa para a hemostasia (COSTA F, et al., 2019; HOLMES DR e SORAJJA P, 2019).

De fato, estudos mostram que os mecanismos associados a sangramentos em paciente após angioplastia primária com implante de stent pode relacionar-se com o aumento da



mortalidade, com causa multifatorial(HOLMES DR e SORAJJA P, 2019; EIKELBOOM JW, et al., 2006).

Dentre as consequências do evento hemorrágico destaca-se a ocorrência de hipercoagulabilidade pela interação entre as plaquetas e a cascata de coagulação (LANE DA, et al., 2005). Além disso, dados experimentais sugerem que o aumento da síntese e liberação de eritropoietina em resposta à anemia causada pelo sangramento pode sustentar um estado pró-trombótico sistêmico por ativar e induzir o inibidor do ativador de plasminogênio (PAI-1). Níveis elevados de PAI-1 estão relacionados à redução da atividade fibrinolítica e, por conseguinte, o aumento do risco de doenças cardiovasculares e da trombose (TAYLOR JE, et al., 1991; SMITH KJ, et al., 2003).

Entretanto, diante de sangramentos, a descontinuação prematura de terapias antitrombóticas leva a um aumento do risco de eventos isquêmicos miocárdicos recorrentes, incluindo trombose de stent, visto que o próprio sangramento agudo pode levar à ativação das plaquetas e ao início da cascata de coagulação para hemostasia, aumentando potencialmente o risco de trombose na ausência de terapia antiplaquetária (HOLMES DR eSORAJJA P, 2019).

Em caso de sangramento gastrointestinal agudo, a decisão de interromper o AAS, o bloqueador do receptor P2Y12 ou outra terapia antitrombótica deve ser individualizada para cada paciente, equilibrando a probabilidade e as consequências para uma ação de evento trombótico ou hemorrágico (HOLMES DR e SORAJJA P, 2019).

O tratamento do sangramento digestivo causado pela angioectasia requer a avaliação e o tratamento definitivo por via endoscópica (MAGALHÃES RT, et al., 2020). Vários métodos têm sido utilizados para hemostasia, como: injeção de soluções na submucosa (soro fisiológico, esclerosantes, vasoconstrictores) e métodos térmicos (cautérios monopolar e bipolar, gás argônio)(FREITAS AH, et al., 2009).A técnica de coagulação de plasma de argônio, método terapêutico de escolha no caso, tem sido descrita pela literatura como método de baixo custo, seguro e popular, devido à sua facilidade de uso. Trata-se de um método em que é usada energia de alta frequência transmitida ao tecido por gás ionizado e que vem sendo usada para tratamento de uma grande variedade de lesões com sangramento, incluindo a angiodisplasia(SALTZMAN JR, et al. 2017).

Nesse sentido, para a referida paciente, o uso da DAP foi suspenso até o tratamento endoscópico definitivo da angiodisplasia. A paciente recebeu alta com a proposta de retorno da DAP em tempo oportuno, uma vez que não há consenso na literatura em relação ao momento

ideal para reintrodução desses agentes. Com relação ao sangramento após intervenção coronariana, o uso de inibidores da bomba de prótons está associado a uma incidência significativamente menor de sangramento gastrointestinal dentro dos primeiros 30 dias após o procedimento de intervenção percutânea. Em termos de prevenção secundária, os inibidores da bomba de prótons podem reduzir o risco de recorrência do trato gastrointestinal superior (HOLMES DR e SORAJJA P, 2019; CHIN MW, et al., 2007).

Apesar do benefício do uso da DAP em pacientes vítimas de síndrome coronariana aguda, em casos de incontestável risco de sangramento, como apresentado neste relato, não há serventia no objetivo da redução da mortalidade através dessa abordagem (COSTA F, et al., 2019). Nesse sentido, ainda que devam ser feitos esforços para continuar a terapia antiplaquetária, a paciente foi conduzida com a suspensão da DAP, visto que lhe traria maiores danos, dada a magnitude do sangramento.

Para pacientes que foram submetidos à intervenção coronariana com stents farmacológicos que apresentarem sangramento gastrointestinal, especialmente se o implante de stent coronário tiver sido realizado recentemente, é razoável mudar de terapia antiplaquetária dupla para monoterapia por seis meses, no caso de síndromes coronárias agudas. Em pacientes para os quais foi determinado que a terapia antiplaquetária absolutamente precisa ser descontinuada, não há dados sobre o momento ideal para a reintrodução desses agentes ou do doses apropriadas que devem ser usadas (HOLMES DR e SORAJJA P, 2019).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A abordagem foi feita pela resolução da angioectasia através do tratamento endoscópico definitivo e, posteriormente, considerada possibilidade de retornar com o tratamento da DAP, para que haja profilaxia de futuros eventos isquêmicos. Portanto, este caso é um desafio terapêutico único, bem como chama a atenção para a necessidade de individualizar a indicação do tratamento antiagregante plaquetário, guiando-se pelo risco de sangramento da paciente.

## **REFERÊNCIAS**

BATLOUNI M. Anti-Inflamatórios Não Esteroides: Efeitos Cardiovasculares, Cérebro Vasculares e Renais. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2010;94(4): 556-563

CHIN MW, et al. Predictive and protective factors associated with upper gastrointestinal bleeding after percutaneous coronary intervention: a case-control study. *The American Journal of Gastroenterology*, 2007; 102:2411.

CLOUSE RE, et al. Angiodisplasia como causa de sangramento gastrointestinal superior. *Archives of Internal Medicine*, 1985; 145: 458-61.

COSTA F, et al. Dual Antiplatelet Therapy Duration Based on Ischemic and Bleeding Risks After Coronary Stenting. *Journal of the American College of Cardiology*, 2019; 73 (7): 741-754.

DALL'INHA VN, RIBAS JC. Angiodisplasia do Intestino Delgado: Revisão da Literatura e Novas Perspectivas. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 2010; 39(4): 80-84

EIKELBOOM JW, et al. Adverse impact of bleeding on prognosis in patients with acute coronary syndromes. *Circulation*, 2006;114:774–782.

FERRARI E, et al. Coronary syndromes following aspirin withdrawal: a special risk for late stent thrombosis. *Journal of the American College of Cardiology*, 2005;45(3):456-459.

FREITAS AH, et al. Novo método para tratamento da angiodisplasia de cólon. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 2009; 29(4):485-488.

HOLMES DR, SORAJJA P. Gastrointestinal bleeding in patients undergoing percutaneous coronary intervention. *UpToDate*, 2019

JACKSON CS, STRONG R. Gastrointestinal Angiodysplasia Diagnosis and Management. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 2017; 27:51–62

JAECKLE T, et al. Acute gastrointestinal bleeding: value of MDCT. *Abdominal Imaging*, 2008;33(3):285-93.

LANE DA, et al. Directing thrombin. *Blood*, 2005;106:2605–2612.

LINCOFF AM, et al. Antiplatelet agents in acute ST-elevation myocardial infarction. *UpToDate*; 2020 Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/acute-st-elevation-myocardial-infarction-antiplatelet-therapy#!>

MAGALHÃES RT, et al. Angiodisplasia intestinal em paciente com doença renal crônica: relato de caso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020;48: 1-6.

SALTZMAN JR, et al. Angiodysplasia of the gastrointestinal tract. *UpToDate*; 2017 Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/angiodysplasia-of-the-gastrointestinal-tract#!>

[SAMI](#) SS, et al. Review article: gastrointestinal angiodysplasia - pathogenesis, diagnosis and management. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2014;39(1):15-34

SAURIN JC, et al. Treatment of digestive angiectasia: time for prospective, randomized, therapeutic studies. *Endoscopy International Open*, 2019;07(12): E1778–E1779.

SERRANO JRCV, et al. Statement on Antiplatelet Agents and Anticoagulants in Cardiology. *Journal of Brazilian Society of Cardiology*, 2019; 113(1): 109-111.

SMITH KJ, et al. The cardiovascular effects of erythropoietin. *Cardiovascular Research*. 2003;59:538–548.

STANKE PF, et al. Lesão de dieulafoy em bulbo duodenal. *Relatos de Casos Cirúrgicos*. 2019;3:2247

TAYLOR JE, et al. Erythropoietin and spontaneous platelet aggregation in haemodialysis patients. *Lancet*. 1991;338:1361–1362.

# CAPÍTULO 17

## CÂNCER DE CÓLON E RETO: RELAÇÃO ENTRE IMUNIDADE E MICROBIOTA INTESTINAL E O USO DE PROBIÓTICOS, PREBIÓTICOS E SIMBIÓTICOS

Beatriz Ursinos Catelan Schneider, Mestre em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, UFMS

Katrine Consoli, Especialista em Microbiologia Avançada, Centro Universitário Unigran Capital

Renata Matuo, Doutora em Biologia Celular e Molecular, UFRGS, Docente do Centro Universitário Unigran Capital

### RESUMO

Os cânceres de cólon e reto apresentaram cerca de 36.360 novos casos no ano de 2018, e estão relacionados com hábitos alimentares, fumo, bebidas alcoólicas, microbiota intestinal entre outros fatores de risco. A utilização de probióticos, prebióticos e simbióticos tornou-se uma opção preventiva e terapêutica desta patologia. O objetivo deste trabalho foi investigar a influência das bactérias componentes da microbiota intestinal e sua relação com o sistema imune, na regulação e desenvolvimento da neoplasia, além da utilização de probióticos, prebióticos e simbióticos na prevenção e tratamento dos doentes. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica qualitativa em periódicos e livros, contendo as palavras-chaves: MICROBIOTA, CÂNCER, FLORA BACTERIANA INTESTINAL, PROBIÓTICOS, PREBIÓTICOS, SIMBIÓTICOS, CÂNCER DE CÓLON E RETO, publicados entre os anos 1998 a 2019, nos idiomas português e inglês, utilizando como critério de inclusão os resumos relacionados com o trabalho. A presença de probióticos- *Lactobacillus spp.*, bifidobactérias, por exemplo, competem com as bactérias patogênicas-*E. coli* e *Salmonella*, entre outras, por sítios de adesão, nutrientes, minimizando a produção de proteínas inflamatórias como os Il-1 e auxiliando no processo de recuperação dos tecidos danificados, mostrando-se eficaz na prevenção e tratamento do câncer dessa neoplasia. Simbióticos utilizados em pós-operatórios também reduziram o risco de infecções. O câncer de cólon e reto tem inúmeros fatores de risco, influenciados pela presença da microbiota na profilaxia e terapia. Embora existam inúmeras pesquisas acerca das interações do microbioma intestinal, são necessários mais estudos visando benefícios aos pacientes oncológicos.

**Palavras-Chave:** MICROBIOTA, PROBIÓTICOS, PREBIÓTICOS, SIMBIÓTICOS, CÂNCER DE CÓLON E RETO

### INTRODUÇÃO

O câncer, também conhecido como neoplasia maligna, é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que é caracterizado pelo crescimento desordenado das células, as quais invadem tecidos e órgãos, e dependendo do grau de invasão podem levar a formação de metástases (INCA, 2017). Essas neoplasias malignas destacam-se entre as doenças crônicas degenerativas mais prevalentes, com mais de 11 milhões de novos casos e sete milhões de

mortes por ano no mundo. Trata-se, portanto, de uma doença de alta prevalência global e, em nosso meio, verifica-se aumento importante da mortalidade a partir dos trinta anos de idade, em especial, na população geriátrica, na qual se concentram as maiores taxas (FLORIANI & SCHRAMM, 2006).

Os tumores de cólon e reto tiveram como estimativa 36.360 novos casos no ano de 2018, dos quais 17.380 acometeram homens e 18.980 mulheres, com 16.697 mortes no ano de 2015, estando entre os mais prevalentes e com maior índice de mortalidade entre os brasileiros (INCA, 2018).

Essas neoplasias possuem como fator de risco a hereditariedade que pode ou não estar relacionada à polipose heredo-familiar (SANTOS, 2007). Por isso, medidas preventivas podem ser tomadas, tais como: dieta balanceada (ricas em frutas e fibras); uso de suplemento diário com vitamina D, ter índice de massa corporal (IMC) adequada, praticar atividades físicas regularmente, não consumir cigarro; e realizar um monitoramento anual com exames clínicos, laboratoriais, genéticos entre outros (FUINI *et al.*, 2018).

O intestino humano é habitado por um ecossistema diverso e dinâmico – a microbiota intestinal. A homeostasia entre os microrganismos mantém várias funções que são vitais para a manutenção da saúde, enquanto o seu desequilíbrio – disbiose – está associado ao aparecimento de várias doenças, dentre elas o câncer de cólon e reto (GAGNIERE *et al.*, 2016).

Nesse sentido, estudos que envolvam a flora bacteriana intestinal estão em alta, devido ao potencial desenvolvimento de doenças através de mecanismos diversos envolvendo várias espécies, dentre elas a *Escherichia coli* potencialmente patogênicas, que possuem a capacidade de induzir inflamação crônica e, inclusive participação no processo de formação tumoral (LAX, 2005). Como descrito no ensaio realizado por Bonnet *et al.*, 2013 com cepas de *E. coli* (11G5), onde foram avaliadas as propriedades carcinogênicas em cólon de camundongos por meio da inoculação deste microrganismo (cepa 11G5), demonstrando-se como co-fator do desenvolvimento de neoplasias.

O uso de dietas imunomoduladoras através da ingestão de prébióticos, probióticos bem como a associação dos dois, chamado de suplementação simbiótica, tem sido muito utilizado em pacientes com tumores de cólon reto, não somente para reposição nutricional, bem como para contribuir com o tratamento e prevenção da doença (OLIVEIRA; AARESTRUP, 2012).

Em estudo realizado por Oliveira e Aarestrup, 2012 foram avaliados 9 pacientes adultos com diagnóstico de câncer colorretal em fase pré operatória, onde todos passaram por avaliação

antropométrica e bioquímica e obtiveram um consumo diário do suplemento simbiótico, e assim foi constatado que houveram resultados benéficos para os doentes avaliados (os níveis do PCR diminuíram e do Antígeno carcinoembrionário e albumina mantiveram-se estáveis no período analisado).

O objetivo deste trabalho foi tratar a relação entre os fatores de desenvolvimento da neoplasia de cólon e reto, observando principalmente a participação das bactérias do microbiota intestinal, sendo elas comensais ou não, assim como a utilização de probióticos, prebióticos e simbióticos na prevenção e tratamento da doença.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O desenvolvimento de algumas doenças em seres humanos está relacionado com a interação entre os constituintes da microbiota intestinal (vírus, bactérias e microorganismos eucarióticos) junto com o microbioma, interligado ao sistema imunológico envolvendo tais constituintes e meio ambiente habitado (CLEMENTE *et al.*, 2012; The Human Microbiome Project Consortium, 2013).

A composição bacteriana do intestino inclui bactérias anaeróbias, bem como o *Clostridium*, *Bacteroides*, cocos gram positivos e bacilos gram negativos como *Escherichia coli* e *Lactobacillus spp.* (LLOID-PRINCE *et al.*, 2016). A presença de alguns desses microorganismos simbióticos, auxilia na manutenção e integridade do tecido intestinal, absorção e até mesmo na prevenção de doenças, como exemplo o câncer de cólon e reto.

O microbioma pode sofrer alterações ao longo do tempo, ou seja, disbioses nas comunidades microbianas, ocasionando uma variedade de estados de doença (obesidade, diabetes, distúrbios vaginais e bacterianos da pele, entre outros). Assim, a composição do microbiota pode ser manipulada para minimização da formação de doenças ou para melhorar a saúde, através por exemplo, da dieta (PARFREY & KNIGHT, 2012).

Um exemplo dessas funções está relacionada com as várias espécies de *Lactobacillus* que auxiliam na diminuição do pH impedindo o crescimento de algumas cepas de bactérias patogênicas, bem como interagem com os organismos que compõe essa cadeia, e desta forma torna-se um fator determinante na evolução ou não de patologias, principalmente quando avaliada a presença e a quantidade de estruturas bacterianas em determinadas regiões tumorais (DENIPOTE *et al.*, 2010). No caso das bactérias *Escherichia coli* e *Shigella* as quais produzem substâncias pró-oncogênicas, estimulando uma resposta inflamatória, elevando o risco de

mutações do DNA celular e levando, conseqüentemente, o desenvolvimento de células tumorais (GAO *et al.*, 2015).

A imunidade nata é a proteção contra doenças, principalmente as infecciosas, onde as células responsáveis formam o sistema imunológico que por sua vez formam respostas coletivas e coordenadas na introdução de substâncias “estranhas” gerando assim a resposta imunológica (ABBAS & LITCHMAN, 2005).

Os processos inflamatórios que acarretarão no desenvolvimento dos tumores são explicados por quatro sistemas básicos: capacidade de invasão celular estimulando a expressão de enzimas danosas; microbiota acarretando a inflamação crônica; liberação de substâncias antigênicas com intuito de estimular o reconhecimento da resposta imunológica do hospedeiro e finalizando a liberação de toxinas para lesão de DNA celular (RAY; KIDANE, 2016).

O câncer ou neoplasia maligna é causado por alterações celulares que ocasionam uma multiplicação desordenada formando tumores com capacidade de invadir outros tecidos, desenvolvendo novas massas tumorais, acarretadas por danos no material genético celular (ALBERTS *et al.*, 2017).

A relação entre câncer e as bactérias é bastante complexa, principalmente porque essa patologia normalmente está relacionada a fatores genéticos, pois em cerca de 20% dos casos, observa-se a presença de microrganismos patogênicos relacionados com a formação de neoplasias. Embora tenha participação no desenvolvimento deste tipo de doença, a existência de microbiota normal auxilia na prevenção pela desintoxicação do organismo, mantendo sob controle o crescimento bacteriano patogênico e reduzindo o processo inflamatório (GARRETT, 2015).

Os tumores colo-retais aumentaram ao longo dos anos e uma das formas de auxiliar no prognóstico bom e/ou tratamento é a utilização de probióticos corretos e em quantidades adequadas (MCFADDEN, 2015). De acordo com Bedani e Rossi, 2009, geneticamente a combinação dos genes ACGG produzidas por bactérias probióticas, ocasionam a diminuição dos processos inflamatórios e conseqüentemente o desenvolvimento de tumores.

## **O CÂNCER DE CÓLON E RETO**

O câncer está entre um dos maiores causadores de óbitos representando um sério problema de saúde pública (MELO *et al.*, 2012). Pode ser observado através de dados estimados pelo GLOBOCAN 2018, onde surgiram cerca de 1,8 milhões de novos casos de câncer colo-retal, incluindo entre eles muitos óbitos (IARC, 2018). Segundo o INCA, 2018 as neoplasias



de cólon e reto estão entre as principais formas encontradas e enquadra-se em terceiro lugar entre as mais comuns na atualidade em ambos os sexos em países desenvolvidos com estimativas para biênio 2018 - 2019 de aproximadamente 600 mil novos casos, podendo atingir cerca de 17 mil novos casos em homens e 18 mil em mulheres de brasileiros.

As causas que contribuem para o desenvolvimento de tumores de cólon e reto são: exposição ambiental, alterações genéticas, fatores dietéticos e inflamatórios do sistema gastrointestinal (NAHAS *et al.*, 2015).

A maior prevalência desta patologia ocorre homens com faixa etária de 50 anos ou mais, porém na juventude, tal neoplasia aumentou nos últimos anos de forma mais agressiva. As características tumorais e o estadiamento da patologia são de essencial importância para o prognóstico da patologia (CAMPOS *et al.*, 2017). Por isso, foram classificados tumores mucinosos ou pouco diferenciados e de maior potencial invasivo, sendo os mais prevalentes entre os jovens, caracterizado macroscopicamente por assumir forma vegetante (exofítica), ulcerada (infiltrativa) ou polipóide, enquanto a microscópica é classificada como pouco, moderado ou muito diferenciado (CAMPOS *et al.*, 2017).

Pode apresentar fatores hereditários não polipose (síndrome de Lynch) que resulta no desenvolvimento precoce, no qual a lesão inicia-se pelas mutações nos genes que correspondem a detecção, reparação e excisão das células mutadas. Entre as características macroscópicas, as estruturas se assemelham a framboesa ou veludo, e microscopicamente verifica-se citoplasma eosinofílico, nucléolos grandes, com redução de células caliciformes (KUMAR *et al.*, 2016).

As alterações genéticas estão podem ser do tipo a mutações gênicas e cromossômicas, nas quais resultam em instabilidade de microssatélite (MSI) que impede a reparação pelos genes *hMLH1* e *hMLH2* (CAMPOS *et al.*, 2017). Além dessa mutação, uma das alterações mais presentes é a do gene *TP53*. A alteração na posição 17p do cromossomo está diretamente ligada a evolução da doença, pois é responsável pela falta de regulação do ciclo celular, acarretando diretamente a displasia, tamanho do câncer e agressividade (*in loco* ou metastático) do tumor (GUEDES *et al.*, 2019).

Segundo Amad *et al.*, 2019, hábitos alimentares regulares bem como o uso de componentes ditos benéficos estão diretamente relacionados a índices menores de carcinomas no cólon e reto, como é o caso do licopeno (age com antioxidante), das isoflavonas (com as enzimas com ação anticancerígenas), dos agentes indutores da apoptose (resveratrol, vitamina D), dos moduladores de enzimas específicas (polifenóis), do folato (ação no DNA), do selênio

(antioxidante), de fibras que reduzem o contato com agentes fecais com atividade carcinogênica, do cálcio (reduz o efeito de proliferação de alguns compostos), legumes, frutas e especiarias, como o açafrão, o qual terá destaque pelo seu princípio ativo curcumina. Em contrapartida o consumo de pequena quantidade de fibras alimentares em conjunto com grande ingestão de gordura animal, aumentam a quantidade de ácidos biliares e conseqüentemente alteram a flora bacteriana intestinal (KUMAR *et al.*, 2010).

## **SISTEMA IMUNOLÓGICO X CÂNCER**

Os linfócitos B e T são mediadores da imunidade, assim como as células dendríticas no sistema imunitário inato, com capacidade de fagocitar patógenos. A sua principal função é processar material antigênico, devolvê-lo à sua superfície e apresentá-lo às células especializadas do sistema imunitário (ABBAS; LITCHMAN, 2015).

As células dendríticas na periferia capturam e processam antígenos, expressam moléculas co-estimuladoras de linfócitos, migram para órgãos linfóides e secretam citocinas para iniciar respostas imunes. Não apenas ativam os linfócitos, também toleram os antígenos celulares que estão no corpo (auto-antígenos), minimizando as reações autoimunes. Como um tipo de célula negligenciada, as células dendríticas podem ser prontamente obtidas em quantidades suficientes para permitir análises biológicas moleculares e celulares (BANCHEREAU; STEINMAN, 1998).

A membrana superficial externa de bactérias gram negativas é composta por lipopolissacarídeos (LPS) bacterianos ativos, os quais atuam como estimuladores extremamente fortes da imunidade inata ou natural em diversas espécies eucarióticas, variando de insetos a humanos. Segundo Alexander e Rietschel, 2001 o modelo atual de reconhecimento celular específico da membrana de lipopolissacarídeos / lipídio A é inicializado pelas ações extracelulares combinadas da proteína de ligação dessa membrana, onde as formas de CD14 ligadas à membrana ou solúveis e o recém-identificado receptor Toll-like 4MD-2, levando à rápida ativação de uma rede de sinalização intracelular, altamente homóloga aos sistemas de sinalização de IL-1 e IL-18. A elucidação das correlações estrutura-atividade no LPS e no lipídio A não só contribuiu para uma compreensão molecular dos processos sépticos imunoestimulatórios e tóxicos, bem como reviveu o desenvolvimento de novas estratégias farmacológicas e imunoestimuladoras para a prevenção e terapia de doenças infecciosas e malignas.

## A MICROBIOTA INTESTINAL HUMANA

A microbiota intestinal é essencial para a digestão, atua na produção de metabólitos fisiológicos e na defesa, composta por  $10^{13}$  bactérias presentes somente no intestino, inspirando cuidados com o surgimento de possíveis infecções, onde a resposta imune atua para regular possíveis patógenos externos mantendo a homeostase (EBERL, 2017).

É composta por diversos grupos bacterianos e desempenha influência significativa sobre a saúde do hospedeiro, por isso é importante mantê-la equilibrada, já que esta sofre interferências como contaminação ambiental, características genéticas e imunológicas do hospedeiro, uso de antibióticos, tipo de aleitamento, entre outros (SANTOS; VARAVALHO, 2011).

As bactérias comensais do intestino são anatomicamente definidas em quatro populações: comensais do lúmen, residentes no muco, residentes no epitélio e comensais residentes no tecido linfóide (BRENNAN; GARRETT, 2016). Por isso a flora bacteriana que é abrigada no trato gastrointestinal varia de forma tanto longitudinalmente como transversalmente por diferentes localizações anatômicas, assim torna-se notável que a translocação de bactérias comensais demonstrando sua relação da progressão das neoplasias de cólon e reto (ZHAO *et al.*, 2017).

No Quadro 1, podemos observar alguns os tipos bacterianos e suas respectivas funções no intestino humano.

Quadro 1: Tipos bacterianos encontrados no intestino humano

Microrganismo	Função
<i>E. coli</i> , <i>Enterococcus faecalis</i> e <i>E. faecium</i>	Criam ambiente adequado ao crescimento de bactérias anaeróbias por consumir oxigênio
<i>Bacterioides spp.</i>	Utilizam carboidratos para a produzir butirato
<i>Eurobacterium</i>	Auxiliam no acúmulo de ácido lático pela utilização do lactato
<i>Bifidobacterium longum</i> , <i>Bifidobacterium lactis</i> e <i>Bifidobacterium bifidum</i>	Modula a flora bacteriana pela produção de substratos birugênicos
<i>Lactobacillus plantarum</i> e <i>Lactobacillus reuteri</i>	Estimulam a produção e liberação de citocinas anti ou pró- inflamatória

Fonte: Baseado em Alterthum, 2015.

Apesar das alterações genéticas que contribuem para o câncer colorretal, a microbiota intestinal é um ator importante para o surgimento e progressão de tal patologia, pois a infecção crônica e a inflamação recorrentes contribuem para o início e progressão do tumor, onde uma grande variedade de espécies bacterianas e mecanismos de virulência promotoras de tumores

podem alterar o ambiente intestinal, mais especificamente os microrganismos habitantes da mucosa (SUN; KATO, 2016).

O microbioma pode também, induzir repostas autoimunes desejáveis através do envolvimento de reação cruzada entre antígenos microbianos e tumorais moldando células T e/ou produtos que estimulam receptores de reconhecimento de padrões, e com isso influenciam o tipo e a intensidade das respostas imunes (ZITROVEL *et al.*, 2016).

## **MICROBIOMA**

O microbioma humano é definido como o genoma coletivo de microrganismos dentro de uma comunidade, onde o termo microbiota se refere aos seus microrganismos e agregados, dentro de um organismo humano, onde existem trilhões deles que interagem constantemente com o hospedeiro (pele, superfícies e mucosas, bem como o trato gastrointestinal), e desempenham inúmeras funções no hospedeiro inclusive na imunidade (SENDER *et al.*, 2016; MORGAN; HUTTENHOWER, 2012).

Através da modulação do sistema imunológico do hospedeiro local e sistematicamente, pois o microbioma afeta a eficácia terapêutica da imunoterapia do câncer, particularmente os inibidores do ponto de verificação imune (LI *et al.*, 2019).

As associações previamente detectadas de bactérias individuais (por exemplo, *Helicobacter pylori*), doença periodontal e inflamação frente aos cânceres específicos e em muitas doenças, torna-se um fator de risco a mais para o desenvolvimento da patologia (VOGTMANN *et al.*, 2016).

A microbiota e o hospedeiro formam um organismo complexo, no qual as relações simbióticas conferem benefícios ao hospedeiro. Entretanto, defeitos nos circuitos reguladores do hospedeiro que controlam a detecção e homeostase bacteriana ou alterações do microbioma, por meio de mudanças ambientais (infecção, dieta ou estilo de vida), podem causar alterações nesse processo, promovendo a doença. Existem evidências que sugerem que a microbiota bacteriana pode ter relação com carcinogênese, provavelmente por interações com respostas imunes, disbiose, genotoxicidade, metabolismo e talvez até na prevenção do câncer (SCHWABE; JOBIN, 2013).

Bactérias do gênero *Eurobacterium spp* e *Bifidobacterium spp* permitem o controle de crescimento de microrganismos patogênicos e da microbiota que compõe a flora bacteriana intestinal, modulando a expressão gênica e impedindo alterações graves no sistema (ALTERTHUM, 2015).

Já as bactérias *Clostridium spp.*, *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae* produzem gases tóxicos para a mucosa intestinal quando consumidos alimentos ricos em gorduras, frutos do mar, bebidas alcóolicas etc., levando a um processo inflamatório indesejado (OLIVEIRA; HAMMES, 2016).

## **INTER RELAÇÃO DA MICROBIOTA HUMANA, AMBIENTE HABITADOS E DESENVOLVIMENTO DE NEOPLASIAS DE CÓLON E RETO**

O desenvolvimento do câncer está intimamente relacionado à interação do meio ambiente habitado com os genes do indivíduo (VOGELSTEIN *et al.*, 2013). O mesmo ocorre a nível intestinal, onde o microbioma humano, revelado por estudos metagenômicos, demonstrou que a microbiota pode aumentar ou diminuir a suscetibilidade e progressão do câncer por diversos mecanismos, como a modulação e a inflamação, e isso poderá influenciar na estabilidade genômica das células hospedeiras e produzir metabólitos que funcionam como inibidores da histona desacetilase para regular epigeneticamente a expressão do gene hospedeiro. Assim como a dieta pode modular a composição das comunidades microbianas dentro do nosso intestino, como por exemplo o uso de probióticos e prebióticos na quimioprevenção (BULTMAN, 2014).

Embora exista a interferência genética que permeia a oncogênese, alguns fatores que auxiliam nesse processo, como a inflamação persistente, auxiliam na iniciação e progressão do câncer (FISHER *et al.*, 2019); bem como suas causas, onde uma das possíveis sugestões é de que há alterações no equilíbrio da flora bacteriana entérica e defeitos no sistema imune do indivíduo- disbiose (CHUNG *et al.*, 2019).

Um exemplo dessa modificação é o processo inflamatório inadequado estimulado pela proteína inflamassoma NLRP3, através da fagocitose dos patógenos, acarretando lesão tecidual. Cabe ressaltar que algumas bactérias consideradas como comensais, transformam-se em patogênicas por alterações do ambiente em que se encontram (CHUNG *et al.*, 2019).

## **PREBIÓTICOS X PROBIÓTICOS X SIMBIÓTICOS**

Os tratamentos para tumores de cólon e reto envolvem o uso de quimioterapia, radioterapia, cirurgias entre outros, em sua maioria das vezes ocasionam efeitos colaterais graves nos pacientes. Com isso surgiu a necessidade de elaborar novas estratégias para tratar estes doentes como é o caso da ingestão de probióticos, prebióticos ou a combinação de ambos (simbióticos), demonstrando a importância do equilíbrio quantitativo e qualitativo da microbiota intestinal para saúde humana corroborando com o papel dos probióticos e

prebióticos de forma coadjuvante na prevenção e tratamento de câncer de cólon (DENIPOTE *et al.*, 2010).

Os probióticos são microrganismos vivos que conferem benefícios à saúde do hospedeiro e pertencentes a dois gêneros: os *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*, principalmente (STÜRMER *et al.*, 2012). Ambos trazem muitos benefícios aos indivíduos quando consumidos em quantidades adequadas na dieta, pois a microbiota intestinal humana tem grande contribuição para a manutenção e promoção da saúde através de uma dieta rica em probióticos e outros coadjuvantes como os prebióticos e simbióticos, garantindo assim o equilíbrio dessa microbiota (SANTOS; VARAVALHO, 2011).

Os *Lactobacillus* são bacilos gram positivos, não flagelados, anaeróbios facultativos e fermentadores estritos, que fazem parte da flora bacteriana do corpo humano (intestino, vagina) e raramente causam problemas de saúde, pois auxiliam muito na manutenção e tratamento de algumas patologias; enquanto que os *Bifidobacterium* tem forma de Y, gram positivas, anaeróbias estritas e não flagelados, que no início da vida chega a 80% dos componentes da flora intestinal e que tem tendências a redução durante a vida (ANTUNES *et al.*, 2007).

A colonização da microbiota intestinal por bactérias patogênicas pode ser evitada com o consumo de probióticos, pois possuem a capacidade de formar uma barreira protetora. Isto resulta na competição que ocorre no intestino favorecendo as bactérias benéficas, permitindo a defesa do organismo, e ocasiona também significativa redução dos níveis de colesterol total com diminuição do LDL colesterol, melhora da digestão de proteínas e aumento da absorção de vitaminas e minerais (SANTOS; VARAVALHO, 2011).

Os componentes prebióticos são compostos alimentares que influenciam diretamente no crescimento e atividade bacteriana no intestino, embora não sejam digeríveis (FLESCHE *et al.*, 2017). São substratos que auxiliam na fermentação da flora bacteriana intestinal comensal, elevando a atividade e crescimento de cepas específicas, evitando a passagem de toxinas e bactérias patogênicas. A junção de prebióticos e probióticos são chamados de simbióticos pelo efeito sinérgico causado no órgão em questão (POLAKOWSKI, 2015).

O câncer colorretal por se tratar de um dos tipos mais comuns de câncer (KUMAR *et al.*, 2010), existem várias terapias já propostas como quimioterapia, imunoterapia e radiação com efeitos benéficos, porém são limitadas devido à sua segurança e toxicidade (SIEGEL *et al.*, 2012). Assim, as formulações probióticas mostraram grande promessa em câncer colorretal como terapias preventivas e de estágio inicial, demonstrando o papel importante na modulação

da microbiota, melhorando as condições físico-químicas do intestino e reduzindo o estresse oxidativo, bem como seus mecanismos na inibição da progressão tumoral (KAHOULI *et al.*, 2012). O que pode ser comprovado por Leite *et al.*, 2018, os quais realizaram estudo com tumores em cobaias, demonstrando assim, um avanço no tratamento de tumores, através do uso de probióticos e de 5- Fluorouracil como uma alternativa viável e de bom resultado.

Os simbióticos são uma combinação de bactérias probióticas e prebióticas que quando associados promovem uma ação sinérgica e benéfica frente aos tumores. A junção sinérgica entre prebióticos, ingredientes funcionais com os componentes do probióticos podem elevar a função das bactérias. A proteção contra microrganismos patogênicos é melhorada pela administração desse composto (KAHOULI *et al.*, 2012).

## **METODOLOGIA**

Este trabalho é uma pesquisa qualitativa, pois visou buscar acepções, conceitos e definições a cerca de uma nova forma de tratamento para o câncer do cólon e reto utilizando microrganismos da flora bacteriana intestinal. O artigo baseou-se na revisão bibliográfica sobre o tema, sendo utilizadas as plataformas digitais e seus bancos de dados de artigos científicos, tais como o Scielo, Birene, Lilacs e Google Acadêmico, de acesso gratuito, nos idiomas português e inglês, bem como livros e monografias na língua portuguesa, relacionados com o tema em questão, nos anos de 1998 até 2019.

Do total de 87 trabalhos pesquisados, foram utilizados 64 artigos. Os critérios de inclusão tinham as palavras chaves em português ou inglês, sendo elas: MICROBIOTA, CÂNCER, FLORA BACTERIANA INTESTINAL, PROBIÓTICOS, PREBIÓTICOS, SIMBIÓTICOS, CÂNCER DE CÓLON E RETO. Utilizou-se os artigos que no resumo apresentavam informações conectivas com o tema, onde excluíram-se os textos que não encaixavam na problemática.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O sistema gastrointestinal é composto de mais 100 trilhões de bactérias, sendo que mais de 500 espécies estão presentes no cólon, onde sofrem alterações dependentes do ambiente, alimentação, antibióticos, entre outros (ALTERTHUM, 2015). O crescimento das doenças crônicas não contagiosas, dentre elas o câncer, faz com que haja a necessidade de melhoramento de tratamento, embora seja mais vantajoso, ainda, a prevenção.

As neoplasias de cólon são a terceira forma mais comum de câncer na atualidade, onde os tratamentos existentes estão associados a elevado risco de complicações. Desta forma, nota-

se a extrema necessidade de elaborar novas estratégias de prevenção e tratamento como é o caso do uso de prebiontes ou probiontes ou o conjunto destes, formando um composto conhecido como simbiontes, os quais auxiliam na manutenção e preservação do equilíbrio quantitativo e qualitativo da microbiota intestinal (DENIPOTE *et al.*, 2010; MAIA *et al.*, 2018).

LI *et al.*, 2019 sugerem que a microbiota intestinal é extremamente importante no desenvolvimento de neoplasia em colo e reto, pois o desequilíbrio da microbiota intestinal, especialmente com as bactérias intestinais desreguladas, contribui para o desenvolvimento da doença através de mecanismos de inflamação, modulações de defesa do hospedeiro, estresse oxidativo e alterações no metabolismo derivado de bactérias.

FLESCH, 2017, reportou uma redução nas infecções nas feridas pós-operatórias de 40% para 12,5% em pacientes que fizeram utilização de simbióticos, comparando pacientes que fizeram uso do composto e pacientes que utilizaram placebo. A composição do produto é a base de *Lactobacillus*, *Bifidobacterium lactis* e frutooligossacarídeos.

Os probióticos apresentam efeitos distintos dependendo de cada cepa. A presença de flora intestinal normal, principalmente as bifidobactérias, através da formação de biofilme criada por elas, inibem o crescimento de bactérias patogênicas, competindo pelos sítios de adesão, nutrientes, resistindo assim a colonização e auxiliando na recuperação do tecido danificado. *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium lactis* e *Bifidobacterium bifidum*, além dos *Lactobacillus plantarum* e *Lactobacillus reuteri*, são exemplos dessa classe que impedem a adesão patogênica da *E. coli* e *Salmonella spp.*, entre outros representantes infecciosos no epitélio intestinal (ALTERTHUM, 2015).

Corroborando o que foi descrito em um estudo realizado por Rafter *et al.*, 2007 onde foram utilizados cerca de 37 pacientes com câncer de cólon e 47 polipectomizados, onde fez-se uso de alimento simbiótico composto do prebiótico SYN1 e probióticos LGG e BB12 no intuito de causar uma interação seletiva com a flora intestinal de carboidratos não digeridos - oligofrutose inulina enriquecida (SYN1) e *Lactobacillus rhamnosus* GG (LGG) e *Bifidobacterium lactis* Bb12 (BB12), observou-se que o uso de simbióticos foi capaz de reduzir o risco de câncer de cólon em humanos através da redução significativamente da proliferação colo-retal e a capacidade de água fecal.

Outra opção a ser avaliada é a utilização de *Enterococcus faecalis*. Em estudo de Chung *et al.*, (2019) camundongos infectados a bactéria *Proteus mirabilis* e *E. coli*, que passaram da forma comensal para a forma patogênica na presença de lesão tecidual, apresentam inflamação



estimulados pela produção de Il-1  $\beta$  oriundos da ativação do inflamossoma NLRP3. Para a diminuição desse agravo a bactéria *E. faecalis* utilizada como probiótico, atenua a ativação dessa proteína inflamatória, reduzindo a lesão tecidual de forma significativa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas pesquisas realizadas para este artigo verificamos que os microrganismos estão fortemente relacionados com o desenvolvimento do câncer através de estudos genéticos e tecnológicos em diferentes tumores, bem como a importância das interações microbianas e inter-microbianas do hospedeiro na microbiota do câncer; com isso estão em alta pesquisas relacionadas com prevenção, diagnóstico, prognóstico e tratamento do câncer.

O câncer colorretal é uma doença de múltiplos estágios resultantes de fatores complexos, incluindo mutações genéticas, alterações epigenéticas, inflamação crônica, dieta e estilo de vida. Por isso, a compreensão de como o microbioma afeta a vigilância imune do câncer natural, bem como as respostas imunes induzidas pelo tratamento, poderá contribuir para a descoberta de terapias e profilaxia mais eficazes.

Embora existam muitas pesquisas sobre o tema, foi verificada a necessidade de aprofundamento e ampla interação entre eles para que possam ser utilizados de forma a trazer benefícios aos pacientes oncológicos, como um tratamento menos agressivo e que permite menor porcentagem de infecções pós-operatórias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAS; ABDUL K.; LICHTMAN, ANDREW H. Abbas & Litchman. **Imunologia Celular e Molecular**. 5ª edição. Rio de Janeiro, 2015.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; ASTER, J. C. **Robbins & Cotran - Patologia - Bases Patológicas Das Doenças - 9ª Edição** – 2016.

AMAD, P. S.; SOUZA, F. C.; PAULA, C. C. V.; OLIVEIRA, D. C. L.; DOLGOFF, C. A. Os Efeitos Preventivos da Curcumina e dos Micronutrientes ao Câncer de Cólon e Reto 2019. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 6, 1438-1443, 2019.

ALBERTS; BRAY; HOPKING; JONHSON; LEWIS; RAFF; ROBERTS; WALTERS. **Fundamentos da Biologia Molecular**. 4ª edição. Porto Alegre, 2017.

ALEXANDER, C.; RIETSCHER, E. T. H. Bacterial lipopolysaccharides and innate immunity. *Journal of Endotoxin Research*, Vol. 7, No. 3, 2001.

ALTERTHUM, F.; TRABULSI, L. R. **Microbiologia**. 6ª edição- São Paulo. Editora Atheneu, 2015.

ANTUNES, A. E. C.; SILVA, E. R. A.; MARASCA, E. T. G.; MORENO, I.; LERAYER, A. L. S. Probióticos: agentes promotores de saúde. **Nutrire: Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**. São Paulo, SP, v. 32, n. 3, p. 103-122, 2007.

BANCHEREAU, J.; STEINMAN, R. M. Dendritic cells and the control of immunity. **Nature**. vol 392; 19, 1998.

BEDANI, R.; ROSSI, E. A. Microbiota Intestinal e Probióticos: Implicações sobre o câncer de cólon. *J. Port Gastroenterol*, 15: 19-28; 2009.

BONNET, M.; BUC, E.; SAUVANET, P.; DARCHA, C.; DUBOIS, D.; PEREIRA, B.; DECHELOTTE, P.; BONNET, R.; DENIS, P.; DARFEUILLE-MICHAUD, A. Colonization of the Human Gut by *E. coli* and Colorectal Cancer Risk. **Clin Cancer Res**, 20(4); 859–67. 2013.

BRASIL, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **O que é o Câncer?** Acesso em 24/05/2017. Endereço eletrônico: <http://www1.inca.gov.br/impresao.asp?op=cv&id=322>.

BRASIL, INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA), 2017/2018. Acesso em 11/05/19 às 14:00h. Endereço eletrônico: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>

BRENNAN, C. A.; GARRETT, W. S. Gut microbiota, inflammation, and colorectal câncer. **Annu Rev Microbiology**. 70, 395-411, 2016.

BULTMAN, S. J. Emerging roles of the microbiome in câncer. **Carcinogenesis** vol.35 no.2 pp.249–255, 2014.

CAMPOS, F, C. M ; FIGUEIREDO, M, N; MONTEIRO, M; NAHAS, S, C; CECCONELLO, I. Incidência De Câncer Colorretal Em Pacientes Jovens. **Revi. Col Bras de Cirurg**. vol.44 no.2 Rio de Janeiro. 2017.

CHUNG, I. C.; OUYANG, C. N.; YUAN, S. N. ; LIN, H. C.; HUANG, K. Y.; WU, P. S.; LIU, C. Y.; TSAI, K. J.; LOI, L. K.; CHEN, Y.J.; CHUNG, A. K.; OJCIUS, D. M.; CHANG, Y. S.; CHEN, L. C. Pretreatment with a Heat-Killed Probiotic Modulates the NLRP3 Inflammasome and Attenuates Colitis-Associated Colorectal Cancer in Mice. **Nutrients**. 11(3) 2019.

CLEMENTE, J. C.; URSELL, L. K.; PARFREY, L. W., KNIGHT, R. The Impact of the Gut Microbiota on Human Health: **An Cell**. 16; 148(6): 2012.

DENIPOTE, F. G; TRINDADE, E. B. S. M; BURINI, R. C. probióticos e prebióticos na atenção primária ao câncer de cólon. **Arq Gastroenterol**. v. 47 – no.1. 2010.

EBERL, G. The microbiota, a necessary element of immunity. **C R Biolog**. 341. 281-283, Paris, 2017.

FLESCH, A. T.; TONIAL, S. T.; CONTU, P. D. C.; DAMIN, D. C. A administração perioperatória de simbióticos em pacientes com câncer colorretal reduz a incidência de infecções pós-operatórias: ensaio clínico randomizado duplo-cego. **Rev Col Bras Cir** 2017; 44(6): 567-573.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM. **Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado**. Cad. Saúde Pública ,v 22.p.527-534, 2006.

FISHER, R. C.; BELLAMKONDA, K.; MOLINA, L. A.; XIANG, S.; LISKA, D.; SARVESTANI, S. K.; CHAKRABARTI, S.; BERG, A.; JORGENSEN, M. L.; HATALA, D.; CHEN, S.; AIELLO, A.; APPELMAN, H. D.; SCOTT, E. W.; HUANG, E. H. **Disrupting Inflammation-Associated CXCL8-CXCR1 Signaling Inhibits Tumorigenicity Initiated by Sporadic- and Colitis-Colon Cancer Stem Cells.** Neoplasia Volume 21, Issue 3, 2019.

FUINI, B. A. C.; NEPOMUCENO, G. L. M.; PAULINO, G. M.; SANTOS, I. A.; VIANA, I. M.; CALAZANS, M. H. M.; BARBOSA JÚNIOR, F. V. **Mudanças Na Paradigma Do Câncer Colorretal: As Razões Para O Aumento Da Incidência E Ocorrência Em Faixas Etárias Mais Jovens.** 2 (2018): III CIPEEX - Ciência para a redução das desigualdades.

GAGNIERE, J.; RAISCH, J.; VEZIAN, J.; BARNICH, N.; BONNET, R.; BUC, E. **Gut microbiota imbalance and colorectal cancer.** *Wor jour of gastro.* 22(2):501-18; 2016.

GAO, Z. GUO, B.; RENYUOAN, G.; ZHU, Q.; QIN, H. **Microbiota disciosis is associated whith colorectal câncer.** *Front Microbiol.* 2015.

GARRET; W. S. **Cancer and the microbiota.** *Science* 03. Vol. 348, Issue 6230, pp. 80-86, 2015.

GUEDES, V.R; BUENO, N. F; OLIVEIRA, V. V ; PRANCHEVICIUS, M.C.D.S. **Avaliação da expressão imunoistoquímica da proteína p53 no adenocarcinoma colorretal -revisão bibliográfica.** *Revi de Patol do TO.* V 6n 1. (2019).

**INTERNATIONAL AGENCY FOR REASEARCH ON CANCER (IARC),** 2018. Acesso em : <https://gco.iarc.fr/today/data-sources-methods>, em 11/05/19 as 15:00 horas.

KAHOULI, I.; TOMARO-DUCHESNEAU, C.; PRAKASH, S. **Probiotics in colorectal cancer (CRC) with emphasis on mechanisms of action and current perspectives.** *Jour of Med Micro,* 62, 1107–1123, 2013.

KUMAR, V; ABBAS, A. K; ASTER, J. C. **Robbins e Cotran Patologia: bases patológicas das doenças.** 8ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

KUMAR, A; SINGH, N. K. & SINHA, P. R. **Inhibition of 1,2dimethylhydrazine induced colon genotoxicity in rats by the administration of probiotic curd.** *Molec Biolo Rep* 37, 1373–1376, 2010.

LAX, A. J. **Opinion: bacterial toxins and cancer—a case to answer?** *Nat Rev Microbiol.* 3:343–9; 2005.

LEITE, S. K. D. A; FAVARO, W. J; GENARO, S. C; REIS, S. K; SOCCA, E. A. R. **Efeitos histopatológicos e moleculares da associação entre quimioterapia com 5-Fluorouracil e suplementação com probiótico no tratamento de tumores colorretais quimicamente induzidos.** n. 26 (2018): Congresso de Iniciação Científica Unicamp.

LI, A. W.; DENG, Y.; CHUC, Q.; ZHANG, P. **Gut microbiome and cancer immunotherapy.** *Cancer Letters* 447 .41–47, 2019.

LLOID- PRINCE, J.; ABU-ALI, G.; HUTTENHOWER, C.. **The healthy human microbiome.** *Gen Medi.* 27 April 2016.

MAIA, P. L.; FIORIO, B. D. C.; DA SILVA, R. F. **The influence of the intestinal microbiotic in prevention of colon câncer.** Arq. Catarin Med. 47(1):182-197. 2018.

MELO, M. M.; NUNES, L. C.; LEITE, I. C. G. **Relação entre fatores alimentares e antropométricos e neoplasias do trato gastrointestinal: Investigações conduzidas no Brasil.** Rev Bras de Cancerol, v. 58, n. 1, p. 85-95, 2012.

MCFADDEN, R. M.; LAMONIER, C. B.; CLAIRE, B.; SHEHAB, K. W.; MIDURA-KIELA, M.; TAMALINGAM, R.; HARRISON, C. A.; BESSELSSEN, D. G.; CHASE, J. H.; GREGORY, C. J.; JOBIN, C.; GHISLHAN, F. K.; KIELA, P. R. **The role of curcumin in modulating colonic microbiota during colitis and colon cancer prevention**Rita-Marie T. McFadden, Ph\*Department of Pediatrics, Steele Children's Research Center, University of Arizona Health Sciences Center, Tucson, Arizona†School of Dentistry, Oral Biology Program, University of North Carolina, Chapel Hill, North Carolina o infSearch for other works by this author on: [Oxford Academic PubMed](#) . Infl Bowel Disea, volume 21, Issue 11, 2015.[Google Scholar](#) \*Department of Pediatrics, Steele Children's Research Center, University of Arizona Health Sciences Center, Tucson, Arizona Search for other works by this author on: [Oxford Academic PubMed](#) [Google Scholar](#) §Department of Biological Sciences, Center for Microbial Genetics and Genomics at Northern Arizona University, Flagstaff, Arizona Search for other works by this author on:

MORGAN, X. C.; HUTTENHOWER, C. **Chapter 12: Human microbiome analysis** . Plos comput biology . 8, 2012.

NAHAS, S. C.; NAHAS, C. S. R.; BUSTAMANTE-LOPEZ, L. A.; PINTO, R. A; Carlos MARQUES, F.S; CAMPOS, F.G; CECONELLO, I. **Prognostic factors of surgically-treated patients with cancer of the right colon: a ten years' experience of a single university institution.** ABCD Arq Bras Cir Dig. 28(1):3-7; 2015.

OLIVEIRA, A. L.; AARESTRUP, F. M. **Avaliação nutricional e atividade inflamatória sistêmica de pacientes com câncer colorretal submetidos à suplementação com simbiótico.** ABCD Arq Bras Cir Dig. 25(3):147-153. 2012.

OLIVEIRA, A. M.; HAMMES, T. O. **Microbiota e barreira intestinal: implicações para a obesidade.** Clinical Biomedical Research, v. 36 n4. 2016.

PARFREY, L.; KNIGHT, R. **Spatial and temporal variability of the human microbiota.** Clin Microb and Infec, 5-7, 2012.

POLAKOWSKI, C. B. **Impacto do uso de simbióticos no pré-operatório de cirurgia por câncer colorretal - 2015 - calvados.c3sl.ufpr.br (artigo mestrado).**

RAY, D.; KIDANE, D. **Gut Microbiota Imbalance and Base Excision Repair Dynamics in Colon Cancer.** [Jour Canc.](#) (11): 1421–1430; 2016.

RAFTER, J.; BENNETT, M.; CADERNI, G.; CLUNE, Y.; HUGHES, R.; KARLSSON, P. C.; KLINDER, A.; O'RIORDAN, M.; O'SULLIVAN, G.O.; POOL-ZOBEL, B.; RECHKEMMER, G.; ROLLER, M.; ROWLAND, I.; SALVADORI, M.; THIJS, H.; VAN LOO, J.; WATZL, B.; COLLINS, J. K. **Dietary synbiotics reduce cancer risk factors in polypectomized and colon cancer patients.** Amer Soc of Nutrit. 85:488–96, 2007.

SANTOS, J. R. **Câncer Ano-Reto-Cólico: Aspectos Atuais II – Câncer Colorretal – Fatores de Riscos e Prevenção.** Rev bras Coloproct.27(4): 459-473; 2007.

SANTOS, T. T.; VARAVALHO, A. M. **A importância de probióticos para o controle e/ou reestruturação da microbiota intestinal.** Revcient do itpac .Volume 4. Número 1. 2011.

SCHWABE, R. F.; JOBIN, C. **The microbiome and câncer.** Nat Revi Canc volume13, pages800–812, 2013.

SENDER, R.; FUCHS, S.; MILO, R. **Revised estimates for the number of human and bactéria cells in the body.** Plos Biology.14, 2016.

SIEGEL, R.; DESANTIS, C.; VIRGO, K.; STEIN, K.; MARIOTTO, A.; SMITH, T.; COOPER, D.; GANSLER, T.; LERRO, C.; FEDEWA, S.; LIN, C.; LEACH, C.; CANNADY, R. S.; CHO, H.; SCOPPA, S.; HACHEY, M.; KIRCH, R.; JEMAL, A.; WARD, E. **Cancer Treatment and Survivorship Statistics, 2012.** Cancer j clin; 62:220-24. 2012.

STÜRMER, E. S.; CASASOLA, S; GALL, M.C; GALL, M.C. **A importância dos probióticos na microbiota intestinal humana.** Rev Bras Nutr Clin; 27 (4): 264-72. 2012.

SUN, J.; KATO, I. Gut microbiota, inflammation and colorectal câncer. **SDG & Dis**, 3 130-143, 2016.

The Human Microbiome Project Consortium. **Structure, Function and Diversity of the Healthy Human.** Nature, pp. 207-217, 2013.

VOGELSTEIN, B.; PAPADOPOULOS, N.; VELCULESCU, V. E; ZHOU, S.; DIAZ Jr, L. A.; KINZLER, K. W. **Canc gen lands** Sci.339, 1546–1558; 2013.

VOGTMANN, E., JAMES, J., GOEDERT, J. J. **Epidemiologic studies of the human microbiome and câncer.** Brit Jour of Can. 114, 237–242; 2016.

ZHAO, L.; ZHANG, X.; ZUO, A. T. Z; YU, J. **The Composition of Colonic Commensal Bacteria According to Anatomical Localization in Colorectal Cancer.** Enginee. 3 90–97, 2017.

ZITROVEL, L.; AYYOUB, M.; ROUTY, B.; KROEMER, G. **Microbiome and Anticancer Immunosurveillance.** Cell. 165. 276-287. Elsevier, 165. 276-287. Elsevier, 2016.

# CAPÍTULO 18

## ANÁLISE SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA PELA PERSPECTIVA DE MICHEL FOUCAULT: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Alana Maria Gadelha de Medeiros, graduanda em Odontologia, FACENE-RN  
Denner Aires Mendonça Fonseca, graduando em Odontologia, FACENE-RN  
Rodrigo José Fernandes de Barros, Mestre em Ciências Sociais pela UFRN, Docente na FACENE-RN

### RESUMO

Através da concepção de Michel Foucault em sua obra de que “o corpo é uma realidade biopolítica; a medicina, uma estratégia biopolítica”, o presente artigo buscou compreender a forma como a relação do biopoder com os corpos, puderam interferir diretamente nas medidas de saúde, através da análise de como se desenvolveu essas ações na história da saúde pública no Brasil. Para isso, foi feita uma revisão integrativa com artigos e livros, nas plataformas eletrônicas como Scielo, PubMed e Google Acadêmico, de maneira que foi possível concluir que medidas relevantes na área da saúde pública dirigidas pelo Estado podem não ter tido caráter estritamente humanitário, sendo ligado a outros interesses, como econômicos, mas que ainda assim, representaram importantes avanços na construção da saúde coletiva.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Pública. Biopoder. Michel Foucault.

### INTRODUÇÃO

A ciência moderna sempre foi pautada e direcionada pelo conhecimento científico. Porém muitas de suas questões envolvem outros tipos de conhecimentos, principalmente quanto as relações entre as ciências da saúde e os fatores sociais, econômicos culturais e políticos. Os problemas e questões gerados por essas interações em muito interessam a filosofia que, de forma reflexiva, busca explicar a realidade considerando uma perspectiva histórica, antropológica e social. Nesse contexto, diversos filósofos adentraram nesse universo de relações, mas poucos como Michel Foucault.

Esse pensador era, segundo ele mesmo, um cético acima de tudo. Acreditava que os fatos históricos demonstravam a evolução das práticas de controle estatal da saúde de cidadãos, assim como a relação entre história, biopolítica, saúde, cidadania e democracia, buscando dedicar-se a analisar o combate entre as forças sociais no decorrer dos anos, como também analisar o contexto de poder que, na obra de Foucault, é considerado um “poder sobre a vida”, situando-se no nível de vida, espécie, raça e fenômenos populacionais (FOUCAULT, 1984).

A perspectiva de Foucault tratava de uma visão em que todos os mecanismos estatais para manutenção de uma população saudável não advinham de uma noção humanitária, mas sim tinham início na concepção de benefício econômico. Esse viés teria como foco uma desestruturação da medicina como unitária e individualista para torná-la comunitária e de controle político estatal. Nessa ótica, temos a formação de uma medicina desenvolvida em uma evolução trifásica, surgindo com a Medicina de estado, a Medicina Urbana e a Medicina da Força de trabalho. Esses momentos constituiriam o nascimento da chamada Medicina Social, uma associação entre poder público e controle da saúde populacional (FOUCAULT, 1984).

No entanto, essa ideia não é considerada como totalmente negativa por Foucault. Mesmo cercada por controle estatal da saúde, há benefícios oriundos desse comportamento político. Há exemplificações mais específicas como o HIV, por exemplo: quando surgiu, houve a identificação dos grupos, do vírus, a investigação do diagnóstico e a definição de um mecanismo explicativo e medicamentoso para o tratamento, uma possível solução (FOUCAULT, 1984). Por outro lado, as tentativas de uma “disfunção sexual feminina” é tema constante de interesses comerciais ligados a indústria farmacêutica.

Além disso, analisando por uma ótica mais abrangente, temos a vacinação e a sanitização como exemplos positivos, enquanto negativamente teríamos o controle social autoritário sobre o corpo e as condutas. Esse último é algo com constância na sociedade moderna e extremamente maximizado pelas mídias com intuito de vender padrões de vida e, por consequência, produtos. Em ambos os casos, inclui uma verdade produzida de como um corpo deve ser em saúde e parecer em estética e, não só isso, como também dá margem para a formação de um processo no qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, chamado medicalização (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2014).

Com base nesses conceitos e nas discussões de Foucault acerca da influência do biopoder e da medicalização no nascimento da Medicina Social, o presente artigo irá buscar demonstrar, através de uma busca na literatura, como essas relações podem ter tido influência direta no processo de formação e construção das medidas de saúde pública ao longo da história do Brasil.

## **CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

A metodologia utilizada como princípio orientador para a construção dessa revisão integrativa foi uma pesquisa a respeito da construção das políticas de saúde pública ao longo

da história do Brasil, no contexto de sua análise a partir do conceito e das discussões promovidas por Michel Foucault a respeito das relações de poder e como isso pode se desenvolver no conceito de docilização e utilidade dos corpos.

Para isso, foram pesquisados artigos científicos em diferentes bases eletrônicas, entre elas Scielo, PubMed e Google acadêmico. Para a construção do referencial teórico, a busca foi direcionada a artigos científicos e livros sobre Michel Foucault, acerca da sua percepção sobre relações de biopoder, o processo de docilidade-utilidade dos corpos e o nascimento da Medicina Social, para que através disso fosse possível realizar uma análise a respeito dessas concepções dentro do cenário da saúde pública brasileira.

Nas bases supracitadas foram selecionados 34 artigos científicos sobre o tema e 5 livros, dos quais foram utilizados 15 artigos e livros publicados entre 1984 e 2017. Como critério de inclusão, foram adotadas publicações que abordaram temas como “poder”, “biopoder”, “Medicina Social”, “Saúde Pública”, “história da saúde pública no Brasil”. Dito isto, foram excluídos estudos não pertinentes à temática escolhida.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO: NASCIMENTO DA MEDICINA SOCIAL**

A medicina social, segundo Michel Foucault, possuiu etapas que se desenvolveram, majoritariamente, nos países europeus, especificamente Alemanha, França e Inglaterra. Além disso, foram descritos três objetos inicialmente medicalizados: O Estado, as cidades e a força de trabalho. Esse início europeu não é coincidência, visto que estamos em um contexto inicial do século XVIII, em que os países colonizavam em massa várias partes do mundo, intensificando migrações e com os colonizadores já entrando em suas revoluções industriais. Sendo assim, surgem mais facilmente fenômenos de saúde que atingem grande parte das populações e, conseqüentemente, o estado começa a se preocupar com as baixas da economia referentes ao adoecimento de seus trabalhadores, resultando na inserção de médicos no aparelho estatal com intuito de fiscalizar, controlar e administrar o saber médico, caracterizando assim o começo da Medicina do Estado (FOUCAULT, 1984).

A Alemanha foi a primeira a constituir uma polícia médica do Estado, com finalidade de controlar a saúde em nível estatal, configurando assim uma medicalização. A França na mesma época estava em um processo de urbanização sem a estruturação sanitária, facilitando doenças e aguçando a percepção do poder público quanto a esses riscos, optando assim por um método já utilizado anteriormente que configura a chamada quarentena, em que o Estado, ao medicalizar os doentes, tratava de excluí-los socialmente para contenção do contágio. Além



disso, a França também utilizou de outros métodos de medicalização através do Estado, como a institucionalização de médicos em setores administrativos e a criação de uma higiene pública voltada as práticas insalubres, configurando uma intervenção médica como projeto político em cidades sem saneamento (FOUCAULT, 1984).

Enquanto isso, a Inglaterra passava pelo outro processo relacionado a medicalização, que tratava não mais de intervenções estatais focadas nas cidades ou em fenômenos de saúde que surgiam, mas sim na força de trabalho e na pobreza. A visualização do pobre como um elemento de risco a saúde do restante da população foi originado da epidemia de cólera em 1832, em que houve casos de forma massiva no país e eles constituiriam, em tese, a população mais infectada e, portanto, mais propícia a ser infectada. É nesse ponto que há uma ruptura entre o cuidado médico e o controle médico, submetendo a população ao autoritarismo de práticas médicas como vacinação obrigatória de forma compulsória, obrigação de declarações quando houvesse infecção de doenças consideradas perigosas, localização e destruição de lugares ditos insalubres. O foco era tornar os pobres mais aptos ao trabalho e menos potencialmente danosos as outras classes sociais (FOUCAULT, 1984).

Dessa forma, temos uma política social considerando a saúde um ideal sujeito a responsabilidade de todos. Essa condição, potencialmente, facilita que, posteriormente, tenhamos certa pressão social para o autocuidado e a responsabilização individual do adoecimento, transformando a medicina em instâncias de controle social e moral, com uma medicina adentrando em locais políticos e administrativos, ascendendo sobre a população e apontando de forma ampla nela todos os erros de saúde, existência e comportamento (FOUCAULT, 1984).

Essa ascensão médica de forma social, política e, em seguida, econômica prosseguiu para séculos depois, ser ampliada para todas as instâncias sociais, gerando uma crise médica pós-1950. Esse momento histórico foi marcado por uma abrangência médica nociva, considerada com um alcance do saber médico que deixava os indivíduos solicitantes de tratamento um pouco perdidos dentro de suas probabilidades, para cada uma de suas várias possibilidades de tratamento havíamos inúmeros riscos (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2014).

Portanto, Segundo Foucault após o fim da Segunda Guerra Mundial, a medicina entraria em processo de “medicalização indefinida”, fazendo parte do cotidiano de todos os indivíduos e seguindo com intervenções independentes de suas demandas, um claro exemplo disso é a

intervenção sistemática de terapia médica junto a homossexuais, um objeto que tanto o sujeito, quanto o próprio médico, não configurava a situação como uma constituição de doença (FOUCAULT, 2011).

O deslocamento da medicina social e seu avanço resultou em alguns pontos muito relevantes para a sociedade moderna em geral, como: a apresentação de uma verdade a partir de uma autoridade considerada especializada no assunto; a intervenção na sociedade com o pretexto de cuidar da saúde e preservar a vida e, por último, a produção de sujeitos intrinsecamente conectados aos discursos referentes a saúde e doença. Essas características tornam a medicina social uma relação forte entre medicalização e biopoder. E, grande parte desses processos direcionados a medicina social também estiveram presentes no desenvolvimento do Estado brasileiro (RABINOW; ROSE, 2006; ROSE, 2013).

### **A PERCEPÇÃO DA HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA**

Michel Foucault em suas obras discutiu de forma constante e crítica acerca da regulação dos corpos exercidas pelas ciências médicas, através da noção do biopoder. A partir disso, foi evidenciada a função de controle social que a biomedicina pode desempenhar ao longo da história, na qual serviu como ponto fundamental até mesmo para a criação de políticas de saúde pública (CASTRO, 2011).

Com isso, baseado na noção da evolução temporal das práticas de controle estatal da saúde dos cidadãos e nas intervenções do poder político na saúde pública, foi possível traçar um paralelo sobre a relação histórica entre saúde e cidadania com a relação entre o corpo e poder estatal (SOL, 2017).

Por esse motivo, Foucault defendia que diversas das práticas de saúde pública dirigidas pelo Estado, não nasceram a partir de ideais estritamente humanitárias, e sim baseados na tentativa de um “(...) controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação docilidade-utilidade.” (FOUCAULT, 1987, p. 119).

No Brasil, observa-se que até a vinda da Família Real Portuguesa para a colônia, as ações de saúde se detinham às casas de misericórdia e serviços de curandeirismos. Somente a partir de 1808 e mais intensificado no período do Brasil Império (1822-1889) que foram implementadas práticas como a criação das academias médico-cirúrgicas e o início do controle de epidemias, dando início ao modelo assistencial sanitaria/campanhista, considerado o primeiro modelo de atenção do país, com ações pontuais e voltadas para grupos específicos.

Entretanto, essas medidas não estavam movidas pelos reais problemas de saúde da população, e sim estavam diretamente ligadas ao interesse econômico, tendo em vista que na época, devido aos surtos de doenças como a febre amarela, as exportações brasileiras, que eram o modelo econômico vigente, estavam fortemente impactadas pelas recusas de outros países de adquirirem produtos locais (POLIGNANO, 2001).

Já a partir de 1889 com a Proclamação da República começaram a surgir ideias a respeito da necessidade de modernizar e atualizar a economia e a sociedade, que até então, era escravagista. Em função disso e impulsionado pelos moldes capitalistas, os trabalhadores brasileiros passaram a ser vistos como “capital humano”, partindo da ideia de que as funções produtivas são as fontes geradoras de riqueza das nações, por isso, a capacitação física e intelectual dos trabalhadores seria uma forma de modificar a história do país (PONTE, 2010).

Assim como se refere Foucault:

“Os traços biológicos de uma população convertem-se assim em elementos pertinentes pra uma gestão econômica, e é necessário organizar em torno deles um dispositivo que assegure a sua submissão, e sobretudo o incremento constante da sua utilidade.” (FOUCAULT, 1999, p. 333).

Seguindo essa mesma linha de pensamento, as ações de saúde públicas organizadas ainda eram essencialmente focadas na economia, com um maior foco sendo ao ataque as doenças transmissíveis, em especial as epidêmicas, capazes de dizimar um grande número de vidas e consequentemente comprometer a ordem econômica do país (POLIGNANO, 2001).

A valorização da economia e a relação de poder sobre os corpos dos trabalhadores visando a sua utilidade para o Estado se estende também nos anos da Era Vargas (1930 – 1945), nos quais ocorre a implementação dos primeiros serviços previdenciários que asseguravam aposentadoria, pensões e assistência médica, hospitalar e socorros farmacêuticos. Todavia, grande parte da população mais pobre não era incluída nesse sistema de previdência, justamente por estar fora do mercado de trabalho (PONTE, 2003).

Já durante a ditadura militar (1964 – 1985), houve uma mudança do principal modelo de saúde vigente, que saía do enfoque do modelo sanitário para o privatista/curativo, justificada na época por ser mais viável a compra de serviços do setor privado. Contudo, de forma geral, representava uma conjugação entre estatismo e privatismo, visando o aumento de lucros e benefícios da iniciativa privada. Ressaltando que nessas ações de saúde, o foco principal era a doença e o doente, não agindo sobre as necessidades reais da população, de modo que havia incentivo para a criação de grandes hospitais para atendimento de uma pequena parcela de contribuintes, fortalecendo o seu caráter excludente (PONTE, 2003).

Mesmo diante de tais medidas, por ter priorizado a medicina curativa e não atuar na promoção, educação e prevenção em saúde, as ações eram incapazes de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, reflexo que se via nas endemias, epidemias e nos indicadores de saúde (PONTE, 2010). Dessa maneira, as doenças passaram ainda mais a ser consideradas como um problema de viés econômico, de modo que o adoecimento da população representava um desfalque no campo de trabalho e os esforços curativistas, custos para o Estado. Por isso, objetivando uma gestão mais rentável destes gastos, foi dado início o investimento em medidas de prevenção e promoção de saúde, resultando em medidas de saúde que perpetuam até o dia de hoje, refletindo no próprio Sistema Único de Saúde (SOL, 2017).

Dessa forma, entende-se que mesmo que de forma geral, até mesmo as ações de saúde promovidas pelo Estado tenham interesses próprios, elas refletiram em importantes mudanças em como é vista a saúde pública, o que resultou práticas de saúde públicas estatalmente dirigidas fundamentais para a implementação e manutenção da saúde coletiva (SOL, 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme conclui Foucault (1999, p. 210), “o corpo é uma realidade biopolítica; a medicina, uma estratégia biopolítica”. A partir disso, o artigo teve como objetivo demonstrar através de uma visão foucaultiana, uma diferente perspectiva do nascimento das políticas públicas de saúde dirigidas pelo Estado, de forma que possibilitasse analisar as ações de saúde pública de maneira que não estivessem unicamente ligadas ao propósito do bem estar social e sim que os interesses econômicos poderiam estar intrinsecamente ligados ao desenvolvimento delas.

Entretanto, mesmo por meio dessa perspectiva, é necessário ressaltar que mesmo que em detrimento de um viés econômico ou associado à docilidade-utilidade dos corpos através do biopoder, ainda assim foi um importante meio pelo qual se desenvolveram grande parte das maiores medidas na área de saúde pública criadas pelo Estado em benefício da população, como a sanitização, campanhas de vacinação, enfoque ao cuidado com a prevenção e com a promoção e educação em saúde, culminando no próprio SUS.

## REFERÊNCIAS

CASTRO, Ana Lúcia de. Saúde e estética: a medicalização da beleza. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 14-23, dez. 2011.

FONSECA, Cristina M. Saúde Pública no governo Vargas. In PONTE, Carlos Fidelis (org.) **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

Foucault M. Crise da medicina ou crise da antimedicina? In: Motta MB, organizador. **Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 2011. p. 374-393. (Coleção Ditos e Escritos VII).

Foucault M. “El Nacimiento de la Medicina Social” in **Estratégias de Poder**. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica; 1999, p. 333.

Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Machado R, organizador. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal; 1984. p. 79-98.

Foucault M. O nascimento do hospital. In: Machado R, organizador. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal; 1984. p. 99-111.

Foucault M. A política da saúde no século XVIII. In: Machado R, organizador. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal; 1984. p. 193-208.

Foucault M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes; 1987, p. 119.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001.

PONTE, Carlos Fidelis. Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. Vol.10, supl.2, pp. 619-653, 2003.

PONTE, Carlos Fidelis; NASCIMENTO, Dilene R. Os anos de chumbo: a saúde sob a Ditadura. In: *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde - Fiocruz, 2010.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. **Política & trabalho**, v. 24, p. 27-57, 2006.

ROSE, Nikolas. A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, v. 400, 2013.

SOL, Ana Isabel Figueiredo. Corpo, poder e saúde: notas sobre o contributo de Michel Foucault para uma visão das práticas de Saúde Pública. **Texto apresentado no I Webcongresso de Direito Sanitário, organizado pela Fundação Oswaldo Cruz, Brasília. O texto será publicado no mês de dezembro de 2017 numa edição dos Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário (ISSN 2358-1824).**, 2017.

# CAPÍTULO 19

## O PAPEL DAS RELAÇÕES DE “PODER-SABER” NA CONSTRUÇÃO DE UMA VERDADE SOBRE O LOUCO

Rafaela Cardoso da Silva, Mestranda em Filosofia, UFPR  
Rodrigo José Fernandes de Barros, Mestre em Ciências Sociais pela UFRN, Docente na FACENE-RN

### RESUMO

No texto a seguir, examinaremos o papel que as relações de poder-saber tem na construção de uma verdade e do saber científico sobre o sujeito louco através do arcabouço filosófico de Michel Foucault. Embora presente ao longo de todo pensamento de Foucault, o tema do poder também foi uma noção trabalhada pelo filósofo, através de análises de acontecimentos históricos e não de construção conceitual, compreendida como forma estratégica numa relação entre dominados e dominantes, que faz de indivíduos, sujeitos à uma consciência ou verdade. Assim, habilidade de construção que o poder detém e subordina a vontade de verdade e de saber, fazendo com que não haja construção de saber desconexa do poder e do exercício do poder sem formas de saber, tornando essenciais as formas de poder-saber. No âmbito da saúde, é a mudança nas concepções da função dos hospitais no século XIX que dá configuração ao asilo e aos hospitais psiquiátricos desse século, que tinham como objetivo diagnosticar, classificar e estruturar as doenças mentais e ao mesmo tempo confrontar as doenças e tornar os doentes submissos. Tanto no hospital “comum”, quanto no psiquiátrico, a produção de verdade acontecia em movimento constante, mas no segundo é concentrado na figura do psiquiatra, ou mestre da loucura que a partir desse prestígio produz por meio das técnicas de tratamento do sujeito louco também saber científico e avança sobre outros campos, como o da penalidade na tentativa de patologizar o crime.

**PALAVRAS-CHAVE:** Relações de poder-saber; psiquiatria; medicina; poder; sujeito louco.

### INTRODUÇÃO

Examinaremos neste artigo, o papel que as relações de poder-saber representam para a construção de um regime de verdade e saber científico acerca do indivíduo considerado louco. Num primeiro momento, faremos considerações a respeito do papel fundamental que a problemática do poder representa para o pensamento foucaultiano e, partir disso, privilegiar as relações de poder-saber e exemplificar seus desenvolvimentos na área da saúde psíquica, com objetivo de introdução ao pensamento do filósofo francês.

De acordo com Foucault, o problema do poder como objeto de análise filosófica aparece no século XX, embora fosse possível despontar também no século XIX, considerando que instrumentos teóricos da época não permitiram captar esse problema através de esquemas que não fossem somente os econômicos. O século XIX, segundo Foucault:

Nos prometera que no dia em que problemas econômicos se resolvessem todos os efeitos de poder suplementar estariam resolvidos. O século XX descobriu o contrário: podem-se resolver todos os problemas econômicos que se quiser, os excessos do poder permanecem (2006, p.225).

O filósofo francês acredita que ele era apenas um em meio a toda uma geração que procurou compreender o fenômeno do poder como uma matriz geral de investigação, que tem na analítica do poder (a partir dos anos 70), uma apreciação especial em suas pesquisas acerca do desse fenômeno.

A título de exemplo, em *História da Loucura na Idade Clássica*, sua tese doutoral publicada em 1963, Foucault procurou determinar “qual é o tipo de poder que a razão não cessou de querer exercer sobre a loucura, do século XVII até nossa época” (2005, p. 226). Já em *As palavras e as coisas* (1966), seu objetivo foi dar destaque aos mecanismos de poder presentes no interior dos discursos científicos, perguntando quais são as regras por eles impostos e como o discurso científico produz efeito de poder.

Assim como nos anos 1960, nos cursos dos anos 1980 o poder também aparece num aspecto próximo ao da matriz de investigação e mesmo que as problemáticas ali propostas sejam outras, como o cuidado de si no curso de 82 *A hermenêutica do sujeito*, do governo e da parrhesia em *O governo de si e dos outros*, curso de 1983, e do sujeito verdadeiro em *A coragem da verdade* de 1984, a questão do poder e resistências prático-discursivas a ele seguem no horizonte.

## **SOBRE O PODER: AS CONCEPÇÕES PODER, DISCURSO, RELAÇÕES DE PODER-SABER E VERDADE**

Em sua analítica do poder, Foucault esteve longe de pensar o poder enquanto problemática, a partir da construção de teorias acerca dele; ao invés disso, fez uma série de análises acerca dos acontecimentos históricos<sup>1</sup> sobre o funcionamento do poder: sua tomada, seu exercício e seus efeitos periféricos. Essa análise no pensamento de Foucault corresponde a uma “concepção nominalista do poder: este não é uma coisa, não é uma instituição nem uma estrutura, não é uma potência (...) mas apenas o nome dado a uma situação estratégica.” (FONSECA, 2002, p. 96).

Portanto, a compreensão daquilo que vem a ser o poder também difere do entendimento tradicional que se refere ao estado, à polícia, ao exército. Nas palavras do próprio Foucault o poder deve ser compreendido:

(...) primeiro, como uma multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem ou constitutivas de sua organização; o jogo que através de

lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou ao contrário, as defasagens e as contradições que as isolam entre si; enfim, as estratégias que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais (1999, p.88-89).

Afirma-se então que o poder está mais próximo de ser uma forma estratégica do que uma propriedade, enquanto que as relações que são atravessadas por esse poder são caracterizadas pela “capacidade de uns para poder ‘conduzir’ as relações dos outros” (DÍAZ, 2012, p. 120); ou seja, numa relação entre dominadores e dominantes, entre sujeitos de ação que por sua vez são livres e por isso detém a possibilidade de a qualquer momento fazer a inversão da soberania na relação e conseqüentemente possibilitando também a produção de resistências. Temos então, as duas grandes capacidades do poder: reprimir e produzir<sup>2</sup>. Essa habilidade de produção do poder corresponde à produção de sujeitos no âmbito da vida cotidiana que faz a categorização do indivíduo, unindo-o à sua própria identidade e individualidade e o impõe uma lei de verdade que faz desse indivíduo um sujeito, que constitui aquele que é “sujeito a alguém pelo controle e dependência, e preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento” (FOUCAULT, *In*: DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 235) o que sugere que nos dois casos há subjulgamento do indivíduo e que de acordo com Priscila Vieira (2015, p. 164) é o significado que a palavra “sujeito” assume no vocabulário foucaultiano. Sobre a capacidade de repressão das formas de poder, veremos adiante.

Dispostos os aspectos gerais da questão do poder enquanto matriz investigativa e problemática passemos à noção de relações de “poder-saber”, que aparece em diversos momentos na analítica do poder. Este tema foi tratado por Michel Foucault inicialmente em sua aula inaugural de no *Collège de France* – em dezembro de 1970 – em virtude da posse da cátedra intitulada “História dos sistemas do pensamento” em decorrência da morte do influente filósofo Jean Hyppolite. Esta aula torna-se, então, o marco zero do deslocamento metodológico e temático de seu trabalho. No entanto, abordar especificamente a questão das relações entre poder e saber requer uma visão ampla daquilo que compõe e perpassa essas relações, ou seja, o discurso – palavra que dá nome à aula de 1970, *A ordem do discurso* (2013).

Para além de ser o marco zero do deslocamento da investigação e da metodologia de Foucault, conforme apontamos acima, essa aula tem significados mais profundos que trazem neles a inscrição de um momento histórico para as transformações que estariam por vir no âmbito educacional francês. Recordemos aqui que essa aula no *Collège de France* está há pouco mais de dois anos das grandes revoltas ocorridas na França em maio de 1968, as quais tiveram seu início a partir de protestos de estudantes universitários e secundaristas contra a reforma



educacional proposta pelo governo de De Gaulle, além das reivindicações pela transformação no ensino superior. (THIOLENT, 1998, p. 65)

Acredita-se que, também por isso, Foucault<sup>3</sup> escolhe estabelecer no início desta aula uma fala crítica acerca das instituições, apreciando a posição de poder que elas representam ao imporem maneiras ritualizadas, previamente designadas para que se inicie um discurso, e também por alertarem a todo o momento o sujeito que fala que se ele detém algum poder, esse foi cedido por ela, a instituição.

Por essa razão é que ocorre a Foucault o questionamento pelo perigo que o discurso representa, instigando a procura pelo “que há, enfim, de tão perigoso no fato de as pessoas falarem e de seus discursos proliferarem, indefinidamente?” (2013, p.8) tanto se tratando de instituições, quanto de sujeitos que rechaçam o desejo de iniciar um discurso.

A hipótese que o autor apresenta afirma que em todo tipo de sociedade há controle, seleção, organização e redistribuição de discursos através de uma série de procedimentos, que tem como finalidade afastar os perigos e poderes que eles detêm, havendo assim, uma organização que, de certa forma aleatória, controla o acontecimento<sup>4</sup> do discurso, para que haja distância de sua materialidade – algo considerado terrível para as instituições.

Destarte, o discurso está longe de ser um elemento neutro ou transparente no âmbito social, político ou familiar, onde questões como a política e a sexualidade se desarmam e pacificam. Ao contrário, o discurso revela, por meio de procedimentos de exclusão, como a interdição<sup>5</sup>, por exemplo, sua conexão com o desejo e com o poder. Segundo Foucault, não há problema nesta conexão entre o discurso, o desejo e o poder, considerando que a psicanálise mostra que o discurso não é somente aquilo que se oculta ou manifesta um desejo, mas é também objeto de um desejo, ou ainda, “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (2013, p. 10).

Outros procedimentos que também aparecem na fala de Foucault são a separação e a rejeição, também notoriamente presentes na sociedade contemporânea. Ambos surgem na oposição entre razão e loucura em relação àquele tido como “louco” na alta Idade Média. Na época, o discurso proferido pelo louco não podia circular livremente na sociedade: sua palavra era desclassificada, desprovida de verdade e importância, mas em contrapartida, esse mesmo discurso poderia ser válido e considerado como uma verdade escondida (dependendo do conteúdo proferido), um comunicado acerca do futuro, uma percepção de mundo que os outros

– os “sãos” – não seriam capazes de perceber; de qualquer forma, a palavra do louco não existia, mas seria só através dela que sua loucura era reconhecida; também era através da palavra que esses procedimentos de separação e rejeição aconteciam, embora as palavras nunca fossem ouvidas ou consideradas.

Um terceiro procedimento de exclusão é a oposição entre o verdadeiro e o falso. A atividade de pensar essa oposição surge a partir da prática da rejeição discursiva tratada anteriormente, no entanto, tendo clara a impossibilidade de uma comparação equivalente entre a rejeição discursiva do “louco” e a separação discursiva entre verdadeiro e falso, visto que a primeira é dotada de arbitrariedades, se mantém em deslocamento perpétuo, é sustentada por instituições impositivas, não propõe a possibilidade de se exercer sem o elemento da pressão ou sem violência e, por fim, se organiza ao redor daquilo que Foucault chama de *contingências históricas*.

A segunda por sua vez, não é arbitrária, institucional ou modificável, mas se situa numa escala diferente, onde o problema é saber qual é a vontade de verdade<sup>6</sup> que impulsiona os discursos, modela sua forma e aponta a separação que guia a vontade de saber do homem. Essa separação é construída ao longo da história, a exemplo da valorização dos discursos verdadeiros no século VI (como destacaram os poetas da Grécia antiga<sup>7</sup>), onde o discurso tinha uma conotação de “profecia” acerca do futuro, além de ser o viés pelo qual se exercia a cidadania.

Posteriormente, o elemento da verdade sai do ato ritualizado de discursar e passa a residir na enunciação do discurso, ou seja, na ordem do que esse discurso propõe. Esse deslocamento de residência da verdade é quem dá forma à “vontade de verdade”, que após se prender ao tecido das diretrizes de discursos e acontecimentos, elabora um sistema de produção de verdade que juntos edificam a estrutura da regulação técnica dos conhecimentos. Então, as mutações científicas podem ser lidas e interpretadas como resultado de uma descoberta, mas ao mesmo tempo também podem ser formas novas na vontade de verdade.

No século XIX, por exemplo, a vontade de verdade em voga não era correspondente nas formas, nos domínios de objeto e nem nas técnicas em que se sustenta. Desta maneira, assim como os sistemas de exclusão já citados, a vontade de verdade tem a sua base nos suportes institucionais. No decorrer da história, o desenvolvimento da vontade de verdade, de acordo com Foucault (2013, p. 16-17):

É ao mesmo tempo reforçada e reconduzida por toda uma espessura de práticas como a pedagogia, é claro, como o sistema de livros, da edição, das bibliotecas, como as sociedades de sábios outrora, os laboratórios de hoje. Mas ela é também reconduzida,

mais profundamente sem dúvida, pelo modo como o saber é aplicado em uma sociedade, como é valorizado, distribuído, repartido e de certo modo atribuído.

Ao contrário da Inglaterra do dos séculos XVI e XVII, que vê surgir um estilo de vontade de saber que fazia a antecipação dos conteúdos daquele contexto, desenhos de planejamentos dos objetos possíveis de observação e de classificação, ou seja, uma vontade de saber que fazia a imposição de funções, formas de verificações, de prescrições técnicas ao sujeito. Para Foucault, é como se, a partir da divisão proposta por Platão, a vontade de verdade passasse a ter sua própria história; uma história dos planos de objetos a conhecer, das funções e posições dos sujeitos e dos investimentos instrumentais e técnicos do conhecimento.

Candiotto (2010, p.51) resume de forma muito clara a relação entre o que podemos chamar de produção discursiva e verdade, ao apontar que:

O discurso qualificado como verdadeiro é aquele que se impôs sobre os outros discursos relegando-os ao terreno do falso e do ilusório, instaurando assim uma ordem. A ordem do discurso é o critério normativo para impor significações, identificar, dizer o que é verdadeiro e o que é falso, o que está certo e o que está errado, o que é delirante e o que é racional.

O discurso aliado à verdade, à vontade de verdade e à vontade de saber torna-se, no ano seguinte à aula inaugural, a temática do primeiro curso que Foucault ministrara no *Collège de France*. Intitulado *Aulas sobre a vontade de saber*<sup>8</sup>, tem como objetivo “identificar a função e medir o efeito de um discurso de verdade no discurso da lei.” (FOUCAULT, 2014, p. 04), e ainda, examinar quais são as lutas reais e quais são as relações de repressão e soberania motivadas na vontade de verdade. Numa visão geral sobre o curso de 1970-1971, Daniel Defert (2014, p. 243) aponta que Foucault “anunciava uma genealogia do saber sem que a expressão fosse empregada”, já que a vontade de verdade e o discurso estão intrínsecos a questão do saber.

As análises de Foucault perpassam o desejo pelo saber através dos primeiros trechos do livro “A” da *Metafísica*, de Aristóteles, apontando que o filósofo da Antiguidade propõe um “operador filosófico”, que manifesta o desejo de se chegar a uma verdade. Na leitura foucaultiana, o texto de Aristóteles, estabelece uma conexão entre o conhecimento, prazer e verdade que se transfere também para a felicidade que a contemplação teórica proporciona.

Por outro lado, representando a ruptura observável de modo mais presente nas sociedades contemporâneas, Foucault introduz a filosofia nietzschiana apontando as definições de relações entre conhecimento, verdade e prazer. Para Nietzsche, o conhecimento é algo inventado, composto de desejos, jogos de instintos e vontade de apropriação. É nesse enfrentamento em que o conhecimento é produzido, mas não enquanto um resultado da harmonia entre esses três elementos (desejos, instintos e vontade de apropriação) ou do

equilíbrio entre eles, mas sim pelo comprometimento provisório, de ódio, de um pacto frágil que pode ser rompido a qualquer momento.

O conhecimento então, “não é uma faculdade permanente; é um acontecimento, ou pelo menos uma série de acontecimentos” (FOUCAULT, 2014, p. 205). E nesta esfera: é sempre posterior aos interesses; é subordinado dos instintos; é algo que, longe da felicidade e do prazer, está relacionado à luta, ao ódio, desfazendo qualquer ligação comum com a verdade, já que se torna simplesmente um efeito da falsificação que dá nome à oposição entre verdadeiro e falso; é, portanto, um resultado ilusório da falsa afirmação de verdade, que compõe uma dupla característica em relação à vontade, sendo esta, em essência, uma vontade de poder e não de conhecer, fundada na relação destrutiva entre conhecimento e verdade.

Considerando esse panorama, podemos retomar a questão das relações de poder-saber. Discurso, vontade de verdade e vontade de saber, estão subordinados ao poder, assim como o saber em si. Foucault aponta em sua hipótese de trabalho do curso *Teorias e instituições penais* (1971-7972), que:

No que se concerne ao saber, as relações de poder (com as lutas que as atravessam) não desempenham apenas um papel de facilitação ou obstáculo; elas não se contentam em favorecê-lo ou estimulá-lo, alterá-lo ou limitá-lo. Poder e saber não estão ligados um ao outro apenas pelo jogo dos interesses e das ideologias. Portanto, o problema não é somente determinar como o poder subordina o saber e o faz servir aos seus fins, ou como se suprime dele impondo-lhe conteúdos e limitações ideológicas. (2012, p.2).

Assim sendo, não há possibilidade da formação de saber sem um sistema sólido que englobe e realize a comunicação, o registro, a acumulação, o deslocamento que por si só já é um sistema de poder conectado em existência e em funcionamento à outras formas de poder. O poder, por outro lado, é incapaz de se exercer sem extração, apropriação, distribuição e retenção de um saber, o que nos leva a entender que não há separação entre conhecimento e sociedade ou ciência e Estado, mas formas indispensáveis de poder-saber.

## **AS ESTRUTURAS DAS RELAÇÕES DE PODER-SABER NA SAÚDE: MEDICINA E PSQUIATRIA**

A partir do arcabouço conceitual que examinamos, podemos agora passar para exemplificações das relações de poder-saber apontadas por Foucault. Um primeiro exemplo é o ensino, que tem um papel essencial no campo da saúde, nosso principal foco. Na aula inaugural no *Collège de France*, Foucault (2013, p.41) aponta que as ordens do discurso de ensino, em todo o sistema educacional são uma maneira política de delimitar os saberes que serão transmitidos e também de manter ou fazer a modificação de apropriações discursivas, ou

seja, ao passo que exerce poder ao delimitar discursos e determinar quais saberes serão ensinados, produz novos saberes a partir dessas práticas.

No que diz respeito à medicina, a forma de poder que movimenta os mecanismos dele sobre os indivíduos (pacientes) é o corpo, é estrategicamente pela apropriação do corpo e não da consciência ou da ideologia que o poder se estrutura e ainda o coloca (o corpo) na posição de realidade biopolítica<sup>9</sup> em que a prática médica, conseqüentemente, é a estratégia dessa biopolítica (FOUCAULT, 2017, p. 144), e por essa razão é que ao longo dos anos foram estabelecidos saberes fisiológicos sobre o corpo humano (FOUCAULT, 2017, p. 239).

Nessa circunstância, durante o século XVIII o médico é o técnico do corpo social e o hospital é o lugar de eclosão da doença dos indivíduos, já que acreditava-se que o doente que era deixado em liberdade no seio de sua família, no meio em que vivia, com o regime que impunha a si mesmo, com hábitos, preconceitos e ilusões, era afetado por uma doença de alta complexidade emaranhada numa “espécie” de doença que na verdade era mistura de outras doenças, e todas elas iam contra a natureza, atuando no impedimento de que a verdadeira doença se manifestasse em autenticidade. Dessa forma, o hospital deve fazer uma “ação direta sobre a doença: não só permitir revelar a sua verdade aos olhos do médico, mas também produzi-la” (FOUCAULT, 2017, p.197-198) de acordo com suas características, de maneira que o desenvolvimento da doença torne-se realidade pelo efeito da hospitalização.

Embora as grandes estruturas hospitalares do século XIX, assim como a prática e a teoria da hospitalização e da doença, também compreendessem o hospital como um espaço de acolhimento da doença e de conhecimento, de prova sobre ela, algumas questões foram colocando essa concepção em dúvida, como a pergunta pela intervenção terapêutica – quando é necessário intervir? É preciso deixar a doença agir ou atenuá-la? –, as especificidades e complexidade das doenças e o questionamento pelo que é uma doença normal ou que é a doença que segue seu curso, desenhando uma nova compreensão sobre a função do hospital.

Segundo Foucault (2017, p.199-200), a biologia de Pasteur simplificou essas questões acerca da doença e da terapêutica através da fixação da doença como organismo singular, fazendo do hospital, agora, um lugar que observa, diagnostica, localiza clínica e experimentalmente e intervém de forma imediata, onde a doença não se encontra em espaço favorável para um acontecimento determinante, mas sim num ambiente em que é reduzida e constatada.

Já a psiquiatria ganha relevância, sobretudo a partir do século XVIII quando é considerada não só por propor dar sentido e ordem às desordens da mente, mas também por funcionar como forma de higiene pública ao direcionar os indivíduos desviantes para tratamento (FOUCAULT, 2006, p. 09), mas é no momento de mudança de concepção no século XIX, que a psiquiatria passa a empenhar-se em definir qual é sua especificidade no domínio da medicina e em ser reconhecida por sua cientificidade no âmbito médico, já que antes disso era considerada mais como um aspecto do que como campo da medicina.

Com relação ao tratamento das doenças psiquiátricas, muitas mudanças ocorrem nesse período entre os séculos XVIII e XIX. Antes do XVIII, o indivíduo louco não era tratado via internação porque a loucura era considerada como forma de erro ou ilusão, porém também pertencente ao ambiente comum das sociedades, ao passo que recorrer à separação do louco da sociedade era medida para formas perigosas ou extremas de loucura, tanto que os tratamentos da época consistiam em prescrições médicas que privilegiassem viagens, contatos com a natureza em forma de retiros, repousos, etc. O teatro também funcionava como terapêutica, num espaço que através da comédia era apresentada ao doente a sua própria loucura, com o empréstimo de uma realidade fictícia e fantasiosa.

As internações de fato se dão no começo do século XIX, onde a loucura passa a ser percebida não mais como forma de erro ou ilusão, mas que tem relação com as condutas dos indivíduos, de acordo com Foucault (2017, p.202) “momento em que aparece não mais como julgamento perturbado, mas como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões, de ser livre” se inscrevendo num eixo que une vontades, paixões e liberdade.

É nesse movimento em torno das condutas que o asilo como ambiente de tratamento passa a ter destaque, mas a partir da concepção de hospital do século XVIII, onde se buscava a verdade da doença mental, um lugar de confronto e de encontro da vontade do indivíduo por paixões ortodoxas e moralmente aceitas, e é nesse arcabouço que a função do hospital psiquiátrico do século XIX é desenvolvida como espaço de diagnóstico, classificação e estruturação das doenças, mas também ambiente de confronto, de disputa em que se trata de vitórias e submissões, ou seja: enquanto o hospital comum dispõe de uma função mais avançada, o hospital psiquiátrico dispõe de um misto de dois séculos diferentes.

No ambiente do hospital psiquiátrico, o médico é aquele que tem autoridade para dizer a verdade da doença por meio do saber que ela tem, mas também aquele com poder para produzir a doença na autenticidade dela e submetê-la à realidade através da autoridade e vontade

médica que exerce sobre o doente. Todos os procedimentos da época, como o trabalho obrigatório, relações de vassalagem, domesticação e servidão entre paciente e médico tinham a função de fazer do médico, ou técnico do corpo o “mestre da loucura” que a atenua, a esconde, a domina no momento em que achar oportuno (FOUCAULT, 2017, p. 204).

Dessarte, mesmo com as simplificações de questões sobre o hospital feitas por Pasteur e o novo hospital desenvolvido a partir dessas elaborações, a função desse espaço, de produzir uma verdade sobre a doença não cessa, mas se introduz numa estrutura de conhecimento. Já no hospital psiquiátrico, essa produção de verdade também não cessa, mas orbita em torno do médico, onde a questão em evidencia é o sobrepoder.

Essa conjuntura corrobora para a produção de uma época de prestígio e justificação do poder médico, já que é ele quem conhece as doenças e os doentes. Para Foucault (2017, p. 204), “o poder que o asilo dá ao psiquiatra deverá então se justificar e ao mesmo tempo se mascarar como sobrepoder primordial produzindo fenômenos integráveis à ciência médica”. Um doente histérico é o exemplo prático disso ao retranscrever por si próprio os efeitos do poder do médico com ferramentas que podem ser descritas pelo próprio médico num discurso aceitável cientificamente (FOUCAULT, 2017, p. 205).

Compreende-se assim, o porquê a técnica da hipnose e o diagnóstico diferencial entre doença psicológica e doença orgânica, por exemplo, tornaram-se centrais na teoria e prática da psiquiatria durante pelo menos 1860 e 1890 (FOUCAULT, 2017, p. 204). O sobrepoder dos psiquiatras nesse período se expande além da ciência médica e intervém também nas ciências criminais, penetrando a penalidade ao reivindicarem como loucos sujeitos que até o momento haviam sido classificados como criminosos, na invenção da “entidade absolutamente fictícia de um crime louco, (...) uma loucura que nada mais é do que crime. Aquilo que, por mais de meio século, foi chamado de monomania homicida” (FOUCAULT, 2006, p.8) no esforço de patologizar o crime que fora aceita pelos magistrados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dedicar-se ao estudo do pensamento de Michel Foucault requer organização e a “catalogação” de conceitos que são atravessados por outros constantemente. É essa tentativa de organização e catalogação que nos propormos fazer ao longo deste artigo, para que a compreensão dessa filosofia vasta seja mais acessível para nossos interlocutores. É seguindo na direção desse movimento que optamos por explicar detalhadamente o objetivo de Foucault ao fazer uma analítica do poder, assim como as noções de poder, discurso, vontade de verdade, de

saber, de vontade de poder e relações pode poder-saber. No direcionamento às questões da saúde nosso compromisso também foi o mesmo, de demonstrar minuciosamente como se desenrolam as relações de poder-saber nesse âmbito, não só exemplificando a atividade de uma noção na sociedade, mas mostrando como o poder de forma geral é dotado de versatilidade para se inscrever em diferentes camadas e lugares das relações humanas.

Essa versatilidade do poder é percebida em três lugares diferentes ao longo do texto<sup>10</sup>, sendo a primeira nas instituições educacionais alvo de críticas de Foucault nos anos 70, a segunda no discurso e nas ordens em que eles são empregados<sup>11</sup> e por fim no corpo<sup>12</sup> como objeto seu – do poder –, por isso acompanhamos a movimentação sutil dos deslocamentos e transformações do poder. Percebe-se no caso do corpo e da saúde, que Foucault sempre se refere ao exercício do poder em relação ao corpo usando o termo “sobre” e não “contra”, numa articulação que por si só já denota o assujeitamento do indivíduo considerado doente mental, para além da significação do “sujeito” que emprega em seus textos. Temos aí uma dupla forma própria de vocabulário empregada pelo filósofo francês.

Ao longo da história da psiquiatria – e, sobretudo nos séculos XVIII e XIX – somos conduzidos pelo pensamento de Foucault pela construção de uma estrutura que determina a vontade de verdade a ser colocada em vigência por detentores de poder (sejam instituições ou grupos de indivíduos), métodos para que esse poder seja exercido de forma plena através de relações de poder que constituem também um saber que será inscrito como saber justificado no campo do conhecimento geral e assim produzirá sujeitos e subjetividades, ou inventarão indivíduos a partir de tecnologias de verdade e estratégias de poder (CANDIOTTO, 2010, p. 91). Portanto, as relações de poder-saber tem papel essencial, principalmente a figura do médico ou psiquiatra, na construção da verdade sobre o louco, uma verdade que o próprio indivíduo terá como sua e também a sociedade, promovendo assim uma biopolítica e também o saber científico sólido que se insere como raízes no fundo dos conceitos, práticas e formas de viver que seduz até o mais lúcido dos homens e faz com que resistir a esses poderes e verdades seja uma luta ampla e contínua.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CANDIOTTO, C. **Foucault e a crítica da verdade**. Belo Horizonte: Autêntica Editora; Curitiba: Champagnat, 2010.

CASTRO, E. **El vocabulário de Michel Foucault**. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores. Buenos Aires: Prometeo, 2004.



CASTRO, E. Biopolítica. *In: Vocabulário de Foucault* – Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Tradução: Ingrid Müller Xavier. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. (p. 59-60).

DÍAZ, E. Os dispositivos de poder. *In: A filosofia de Michel Foucault*. Tradução: Cesar Candiottto. 1. Ed. São Paulo: Editora da UNESP, 2012. (p. 120-121)

ERIBON, D. **Michel Foucault (1926-1984)**. Tradução: Hildegard Feist. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

FONSECA, M.A. Capítulo III – As formas jurídicas e a vontade de saber. *In: Michel Foucault e o direito*. São Paulo: Max Limonad, 2002. (p. 158-159)

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. Aula inaugural no Collège de France pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução: Laura Fraga de Almeida Sampaio. 23. Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

\_\_\_\_\_. **Aulas sobre a vontade de saber**: curso no collège de France (1970-1971). Tradução: Rosemary Costhek Abílio. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2014.

\_\_\_\_\_. **A sociedade punitiva**: curso no collège de France (1972-1973). Tradução: Ivone C. Benedetti. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2015.

\_\_\_\_\_. **Ditos & Escritos IV**: Estratégia, poder-saber. Tradução: Vera Lucia Avellar Ribeiro. 2. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

\_\_\_\_\_. **Ditos & Escritos V**: Ética, sexualidade e política. Tradução: Elisa Monteiro, Inês Autran Dourado Barbosa. 2. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

\_\_\_\_\_. 2. O método. *In: História da Sexualidade I: A vontade de saber*. 13. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999. (p.88-97)

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto machado. 5 Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

\_\_\_\_\_. Aula de 19 de Janeiro de 1983. *In: O governo de si e dos outros*: curso no collège de France (1982-1983). Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

\_\_\_\_\_. **O sujeito e o poder**. *In: DREYFUS, H; RABINOW, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Tradução: Vera Porto Carrero. 1 Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. (p. 231-249).

THIOLENT, M. Maio de 1968 em Paris: testemunho de um estudante. **Tempo Social**; Revista de Sociologia. USP, nº10(2): 63-100, Outubro de 1998.

VIEIRA, P. **Capítulo III – Por uma nova militância política**. *In: A coragem da verdade e a ética do intelectual em Michel Foucault*. São Paulo: Intermeios; Fapesp, 2015. (p. 163-174).

# CAPÍTULO 20

## A MODELIZAÇÃO PLÁSTICA DO CORPO COMO DISPOSITIVO DE VIGILÂNCIA: UM DIÁLOGO NA PERSPECTIVA DE MICHEL FOUCAULT

Trinnye Luizze Santos, Graduanda em Medicina, FACENE-RN  
Marcela Carvalho Villela, Graduanda em Medicina, UNINOVE-SP  
Lucas Miguel Fernandes de Holanda Mariano, Graduando em Medicina, FACENE-RN  
Ingrid Albuquerque Araujo Gomes Self, Graduanda em Medicina, Universidade Ceuma – MA  
Rodrigo José Fernandes de Barros, Mestre em Ciências Sociais pela UFRN, Docente, FACENE-RN

### RESUMO

Este trabalho compreende os processos históricos que influenciam nas concepções de Medicina, Estética e Beleza, delimitando-se através do arcabouço científico-filosófico construído ao longo da obra foucaultiana. Para a temática supracitada, apesar das publicações de impacto recentes, ainda são escassos os estudos que abordam a modelização corporal com ênfase na temática foucaultiana, evidenciando-se a importância da presente pauta. Dentre os objetivos, analisou-se a dinâmica das cirurgias plásticas e dos procedimentos estéticos, além de diretrizes sociais, contextos e técnicas. Utilizou-se o Science Direct como banco para o levantamento bibliográfico, retrospectivo e qualitativo, entre 2011 e 2021. Observou-se que as mídias sociais exercem profunda influência na disciplinarização dos corpos, impactando na relação entre médicos e seus pacientes. A casuística apontou que os padrões antropométricos de simetria, além dos julgamentos estéticos e das pressões sociais estavam relacionados diretamente à busca por melhores formas corporais, através de recursos cirúrgicos e de cosmiatria.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cirurgia Plástica, Procedimentos cosméticos, Mídia Social, Estética.

### 1 INTRODUÇÃO

“As luzes que descobriram as liberdades inventaram também as disciplinas. A função da disciplina é se apropriar do corpo com a finalidade de aproveitar o máximo de suas potencialidades”. (FOUCAULT, 1991)

Ao longo dos últimos anos, o Brasil despontou no cenário internacional por deter os maiores índices de crescimento no que tange à realização de cirurgias plásticas e procedimentos estéticos, sobretudo devido à expansão e o vínculo entre a indústria da beleza e as projeções midiáticas. Consoante os comparativos e indicadores mais recentes, disponibilizados pela Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (ISAPS), registrou-se em uma perspectiva nacional, no ano de 2018, mais de 1 milhão e 498 mil cirurgias plásticas estéticas e cerca de 969 mil procedimentos estéticos não-cirúrgicos (COLTO, 2020).

Mediante as reflexividades foucaultianas, o sujeito, projetado em diferentes analogias e sentidos oriundos da sociedade, reflete suas percepções e discursos através do binômio corpo e

identidade. Dessa forma, a relação entre indivíduo e mente fundamenta-se através da construção de uma imagem, a qual o perfil estético, bem como os sentidos que lhe são atribuídos, de fato, condicionam-se como imprescindíveis e fundamentais aos eixos da vida social (FOUCAULT, 1993).

Considerando as relações propostas, torna-se possível compreender que a modelização plástica corpórea, associada aos conceitos delimitadores da medicalização da vida em seus diferentes núcleos, possibilita a criação de parâmetros estéticos considerados ideais. Esses, por sua vez, reiterados de forma maçante por uma indústria cultural, segundo os preceitos difundidos por Adorno (2002), são internalizados pelos sujeitos, permitindo assim a difusão de comportamentos sistemicamente saudáveis, que seriam considerados como o principal meio de condução para a felicidade e realização pessoal.

A partir dessa realidade relatada, será realizado um estudo acerca dos aspectos da medicalização da vida e dos paradigmas das mídias sociais, compreendendo-se as marcas da modernidade e a miscelânea indissociável entre estética e saúde. Desta forma, o presente capítulo objetiva, de maneira geral, refletir à luz de uma perspectiva foucaultiana sobre o desenvolvimento de tratamentos, procedimentos terapêuticos e artifícios que permitem vincular a entidade corporal a um padrão belo, disciplinar e essencialmente funcional. Dentre as fundamentações teóricas que evidenciam a importância desse estudo, encontra-se a volatilidade informacional acerca do arcabouço de uma estética hedonista, bem como os reais benefícios, motivações e implicações decorrentes das técnicas de cosmiatria e plástica.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento consistiu em revisão de literatura, contemplando os estudos publicados em literatura científica através da base de dados do Science Direct, durante os anos de 2011 a 2021, sem restrição de idioma. O protocolo de pesquisa utilizou o operador booleano ‘AND’ como única estratégia de cruzamento, aliado aos seguintes descritores: ‘*Plastic surgery*’, ‘*Cosmetics procedures*’, ‘*Social media*’ e ‘*Aesthetics*’.

## 1.1 CONDICIONANTES ESTÉTICOS AO LONGO DA HISTÓRIA

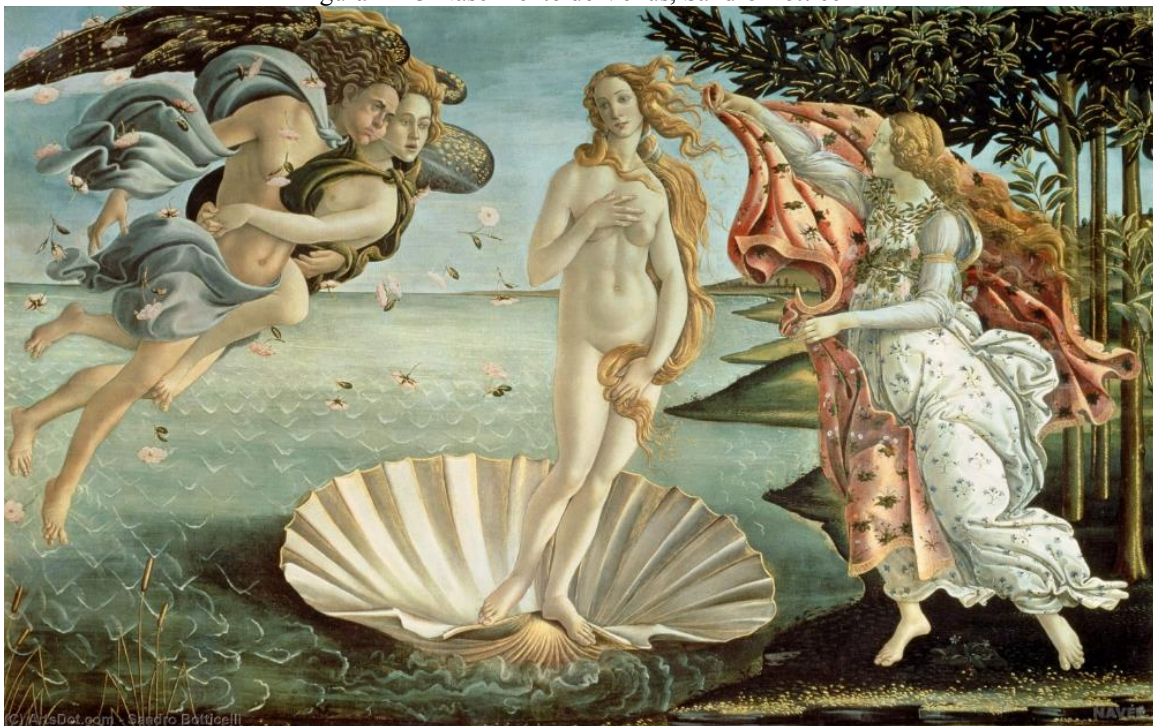
Enquanto disciplina, a Estética despontou no arcabouço cultural da Grécia Antiga, adquirindo condicionantes éticos, além de projeções políticas. Como espectro base da cultura ocidental, os padrões de modelização divulgados nas Cidades-Estado gregas incluíam uma relação específica e indissociável entre corpos esculturais e mentes brilhantes. Nesse período, por volta século V a.C, a beleza, além de se configurar como dispositivo de aproximação com

o saber divino, exercia um papel de competição social, à exemplo dos concursos estéticos realizados nas Ilhas de Lesbos e Tenedo, ou mesmo durante as heróicas Olimpíadas que remontam à Atenas Clássica (RUSSELL, 2015).

O corpo em si, concreto em seus objetivos e paradoxalmente múltiplo conforme as prerrogativas sociais impostas, é para as visões helenística e romana alvo de saber médico, perpassando pelos conceitos de utilidade e produção. Os diálogos hipocráticos e platônicos, por sua vez, reiteraram as concepções da existência de “um belo em si”, em que o nu escultural, a meditação e a exibição da tríade fertilidade, saúde e vitalidade compunham-se como objetos alvo de admiração - esse aspecto, em especial, possui análise presente na essência da obra foucaultiana, que analisa a origem simbólica das construções psíquicas Ocidentais (FOUCAULT, 1999).

Transgredindo-se pelos suplícios religiosos, que limitaram a veiculação de ideais acerca da modelação corporal na Idade Média, o Renascimento, enquanto período de resgate, em meados do século XVI, redimensionou em toda Europa a simbologia da arte. Esteticamente, a significância das telas pintadas e das esculturas produzidas pelos autores renascentistas traziam consigo um imaginário mitológico, com a representação de figuras femininas angelicais e inalcançáveis. Botticelli, Da Vinci e Michelângelo, pertencentes ao grupo de estudiosos desse período, produziram um acervo longo, racional e universalizante (RUSSEL, 2015).

Figura 1 - O Nascimento de Vênus, Sandro Botticelli



**Fonte:** DE AZEVEDO ENDRES, Gisele; DO ROSÁRIO, Nísia Martins. O Renascimento de Vênus: a construção da representação da Vênus de Botticelli pela modelo transexual Lea T

Atualmente, o corpo ideal é objeto de consumo, pois, o conceito de beleza renascentista ressignificou em um corpo escultural, e, ao mesmo tempo, saudável, exposto e vendido na mídia como algo a ser alcançado para atingir a felicidade. Assim, esse poder exercido pelas mídias sociais invade a subjetividade dos sujeitos disciplinando-os, impondo padrões inalcançáveis, com objetivo final mercadológico. Por conseguinte, em consonância com o pensamento foucaultiano, essa disciplina exercida pela mídia produz nos corpos dos sujeitos comportamentos e mantém toda uma sociedade industrial capitalista, com indivíduos dóceis, eficientes, dispostos a se autocontrolar e se autovigiar, bem como, exercer esse controle aos demais, "punindo" aqueles que não seguem os padrões impostos (FOUCAULT, 1987).

## **1.2. ARQUÉTIPOS E REFLEXIVIDADES SOBRE A CIRURGIA PLÁSTICA**

O século XX trouxe consigo a solidez de uma série de inovações tecnológicas e industriais, porém ao mesmo tempo as fragilidades traumatizantes oriundas das Guerras Mundiais (HOBSBAWN, 1995). Tais eventos foram considerados como fatos potencializantes para o despontar das técnicas cirúrgicas, sobretudo no âmbito da plástica.

Após a I Guerra Mundial, inúmeros eram os soldados vítimas de lesões faciais e traumas diversos. Muitos, mesmo após terem defendido seus respectivos países com extrema coragem e audácia, passaram a sofrer com o estigma social e o descrédito decorrente dessas alterações físicas, suscitando dessa forma o desenvolvimento dos procedimentos reconstrutivos, sendo a técnica pioneira dessa época proposta pelo médico Harold Gillies, estendendo-se para além de correções faciais, ao âmbito de amputação de membros e vascularização (SCHIMITT, 2017).

Em especial, torna-se pertinente analisar a relação específica entre o nascimento da cirurgia plástica e a dialética foucaultiana, compreendendo-se que, para a época das Guerras Mundiais, o propósito da vitória em campo de batalha não era capaz de superar os julgamentos sociais e punitivos acerca das malformações presentes nos soldados, demonstrando assim a presença de um dispositivo de vigilância onipresente, punitivo e disciplinar dos corpos (FOUCAULT, 1987).

Figura 2 - Sir Harold Gillies (right, sitting in the operating room, Queen's Hospital, Sidcup (courtesy of Dr. Andrew Bamji, Gillies Archivist, BAPRAS)



**Fonte:** PICCININI, Pedro et al. History of plastic surgery: Sir Harold Gillies, a pioneer of reconstructive plastic surgery. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v. 32, n. 4, p. 608-615, 2001.

“A ilegalidade dos direitos, que muitas vezes assegurava a sobrevivência dos mais despojados, tende, com o novo estatuto da propriedade, a tornar-se uma ilegalidade de bens. Será então necessário puni-la”. (FOUCAULT, 1987)

Com o avanço dos conceitos e das técnicas médicas, o eixo outrora e preferencialmente vinculado à reconstrução adquire também um fundamento estético, promovendo o incremento de uma maior quantidade de cirurgias realizadas com margem de segurança, confiabilidade técnica e pós-operatório desejados. Após os anos 20, a difusão da cirurgia estética ocorreu de forma veloz, promovendo a expansão de procedimentos de rejuvenescimento facial e de cosmiatria (KUIPERS, 2015).

Na década de 60, as inovações vindouras da lipoaspiração, do implante de próteses de silicone, além da rinoplastia revelavam que as mudanças proporcionadas pela plástica eram concretas, sendo a superação e a melhoria das abordagens supracitadas algo irreversível. Mediante a análise de tais mudanças e das sucessões histórico-culturais, o presente artigo visa analisar a relação desempenhada pela modelização plástica dos corpos em uma perspectiva de compreensão foucaultiana, produzindo-se, assim, novas delimitações do conhecimento humanístico, médico e filosófico (SCHIMITT, 2017).

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa resulta de uma reflexão acerca das perspectivas relacionadas à Cirurgia Plástica, Cosmiatria e Estética na Modernidade, aliando-se às analogias da obra foucaultiana ao contexto de influência desse eixo temático nas mídias sociais.

Para tal realização, utilizaram-se as obras âncora e textos especializados produzidos por Michel Foucault, explorando e contextualizando as suas respectivas concepções e ideias defendidas. Como fundamento bibliográfico narrativo e de abordagem qualitativa, dentre os métodos de pesquisa e análise foi realizada um levantamento bibliográfico através do banco de dados do Science Direct, utilizando-se como palavras-chave “*Plastic surgery*”, “*Cosmetics procedures*”, “*Social media*” e “*Aesthetics*”, associados ao operador booleano “*AND*” como única estratégia de cruzamento.

Entre os anos de 2011 e 2021 foram encontrados ao todo 74 artigos, sendo selecionados 30 textos que atendiam aos critérios estabelecidos, correspondentes a procedimentos plásticos cirúrgicos e técnicas não cirúrgicas, com fundamento essencialmente estético, alocados cronologicamente e por veículo de comunicação. Os textos excluídos não correspondiam ao viés da pesquisa, ou apresentavam-se inconclusos e com abordagem exclusivamente delimitada à plástica reparadora ou outras formas de delimitação cirúrgica.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com o advento das mídias sociais, a relação entre o cirurgião plástico e seus pacientes se tornou objeto de mudança, sobretudo devido à popularização de determinados procedimentos estéticos e as percepções acerca de traços de personalidade ou aspectos de modelização. Como consenso na comunidade científica, sabe-se que os recursos digitais influenciam diretamente na expansão da publicidade e nas tendências comportamentais, levando ao aumento consequente de buscas e anseios por técnicas cirúrgicas revitalizantes e que supostamente concretizam um molde de forma corpórea, com proporções antropométricas e simetria considerada ideal (SCHIMITT, 2017)

Em análise, os artigos selecionados relataram que para um grupo de mulheres modelos, de diferentes etnias, que tinham seu trabalho estético vinculado ao Instagram, os ângulos de percepção fotogênica estavam diretamente vinculados ao sucesso nessa mídia social. Assim, a interferência por procedimentos cirúrgicos poderia superar qualidade das técnicas fotográficas padronizadas, sobretudo nas mensurações de ajuste em testa menor e formato labial contornado, evitando-se silhuetas desproporcionais ou masculinizadas (EGGERSTEDT, et al, 2020).

Concomitantemente, aliado a isso, observou-se através dos dados coletados que apesar das melhoras que a cosmiatria e os procedimentos de rejuvenescimento desencadeiam nos indivíduos que os fazem, o discurso anti-idade ainda consiste em uma crítica veemente contra essas técnicas. No entanto, a casuística se tornou plausível ao pontuar que o objetivo relatado

pelos pacientes alvo não era evitar o envelhecimento, mas sim envelhecer com mais autoestima e confiança, utilizando-se para isso artifícios como a blefaroplastia, tratamento a laser ou *lifting* facial. Em uma amostra de 11 participantes, entre 66 e 75 anos, cerca de 73% correspondiam ao sexo feminino, indicando-se uma adesão pontual e prevalente desse grupo frente aos procedimentos estéticos (GARNHAM, 2013).

Insurgindo-se a figura do panóptico, é possível notar que o corpo e suas dimensões, tal qual superfície oriunda e participante dos eventos históricos, projeta-se mediante um conjunto de construções de vigilância, ainda que de forma intuitiva. A alusão à torre central de Foucault (1993), que prevalece e observa tudo ao seu redor relaciona-se diretamente com as concepções sociais prevalentes, capazes de impelir comportamentos, moldar opiniões, definir condutas ou reiterar a réplica e produção de estigmas para cada contexto específico em análise.

Figura 3 - Panóptico de Bentham



**Fonte:** GUNDALINI, Bruno e TOMIZAWA, Guilherme. Mecanismo Disciplinar de Foucault e o Panóptico de Bentham na Era da Informação. ANIMA: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET. Curitiba PR - Brasil. Ano IV, nº 9, jan/jun 2013.

Não obstante, como tendência crescente de técnica cirúrgica, os procedimentos de definição muscular, lipectomia e lipoaspiração minimamente invasiva avançam com predileção por um número cada vez maior de pacientes, que geralmente relatam em consulta médica o quão desagradável é a presença excessiva de pele e tecido adiposo disforme, sobretudo no quesito de autoestima e relacionamento interpessoal, corroborando em muitas das vezes para falta de confiança e distanciamento de locais públicos, como clubes ou praias (GARHAN, 2013)



Nessa temática, conforme as estatísticas da Pesquisa Estética Global e da Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica e Estética (ISAPS) para o ano de 2017, houve um incremento de até 5% nos procedimentos cirúrgicos estéticos em nível global, com prevalência de cerca de 1.573.680 casos de lipoaspiração, tornando esta técnica essencialmente popular, aliada ao ranking com a colocação de próteses de mama, que por sua vez totalizou 1.677.320 procedimentos realizados (COLTRO, 2021).

Em uma perspectiva de comparação, os estudos averiguados indicaram que 48% dos artigos canadenses com eixo de delimitação acerca da cirurgia estética vinculam-se ao aumento do bem estar emocional e a capacidade de se criar relacionamentos afetivos com maior qualidade, permitindo-se predizer que as abordagens das revistas femininas contribuem significativamente para a medicalização dos corpos, afetando diretamente as perspectivas de saúde pública e seu contexto organizacional (ALDERMAN, 2012).

Desse modo, os padrões ‘*Barbie look*’ ou ‘*Ken look*’ acabam delimitando a história da cirurgia plástica e os seus mecanismos de aplicação. Ao se avaliar, por exemplo, a maioria das queixas clínicas que conduzem aos procedimentos de ginecomastia, torna-se cientificamente comprovado que os benefícios da cirurgia plástica estendem-se as repercussões de caráter mental, incluindo-se auto - aceitação e adequação a um padrão de normalidade - sendo assim, para os homens que procuram retirar cirurgicamente o excesso de tecido mamário, evidencia-se em muitas vezes histórias clínicas de isolamento e distanciamento social, rejeição e estigmas, além de baixos índices de rendimento escolar ou laboral (KUIPERS, 2015)

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por fim, percebe-se que mediante a ampla variabilidade de procedimentos estéticos e de técnicas de cirurgia plástica, são diversas as motivações que conduzem a decisão de realização por parte de seus respectivos públicos-alvo. Porém, torna-se possível afirmar, a partir das análises realizadas, que de fato há uma profunda influência de pressões sociais, julgamentos e arquétipos de beleza, disseminados também pelos veículos midiáticos, conduzindo a necessidades individuais de adequação frente a padrões e ideais de beleza.

Pode-se perceber, que dentre as técnicas de rejuvenescimento cirúrgicas ou não invasivas, a maioria do público em adesão correspondeu às faixas etárias idosas, com predileção para o sexo feminino, entre 66 e 75 anos, evidenciando em especial as não motivações essencialmente estéticas, mas também a busca por melhores formas de envelhecimento. Para os procedimentos de abdominoplastia, correções faciais e lipoaspirações, a casuística também

revelou a intensa presença do público feminino, demonstrando um direcionamento específico das mídias sociais e influência estética.

Transcender a racionalidade proposta pela ciência, e de forma concomitante, analisar as diversas projeções sociais da modernidade Ocidental, ao que concerne aos eixos delimitadores da Plástica e da Cosmiatria, revela-se como um desafio constante e de intrínseca relação com as abordagens desenvolvidas por Michel Foucault. As reflexões expostas acima, mostram a necessidade de regulação da cultura para padrões de beleza único, biologicamente inalcançáveis ou maléficos em sua integridade, visando assim, melhoria na saúde mental e autoaceitação individual.

## REFERÊNCIAS

ADORNO, Theodor W. **Indústria Cultural e sociedade**. 4.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

ALDERMAN, Amy; CHUNG, Kevin C. Measuring outcomes in aesthetic surgery. **Clinics in Plastic Surgery**, Missouri, 40 ed. vol., 2013.

COLTRO, Pedro. Líder mundial. **Revista Revide**, 2020. Disponível em: <<https://www.revide.com.br/editorias/revide-1000/lider-mundial/>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2021.

DE AZEVEDO ENDRES, Gisele; DO ROSÁRIO, Nísia Martins. O (Re)Nascimento de Vênus: a construção da representação da Vênus de Botticelli pela modelo transexual Lea T. In: **XXX Salão de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 30 ed., 2018.

EGGERSTEDT, Michael, et al. Beauty is in the eye of the follower: facial aesthetics in the age of social media. **American Journal of Otolaryngology**, Chicago, 41 ed, 2020.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos**. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. São Paulo: Forense Universitária, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 11 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

GARNHAM, Bridget. Designing ‘older’ rather than denying ageing: Problematizing anti-ageing discourse in relation to cosmetic surgery undertaken by older people. **Journal of Aging Studies**, Missouri, 2 ed, p. 38-46, 2013.

GUANDALINI, Bruno; TOMIZAWA, Guilherme. O MECANISMO DISCIPLINAR DE FOUCAULT E O PANÓPTICO DE BENTHAM NA ERA DA INFORMAÇÃO. **9ª EDIÇÃO-ANO IV-JANEIRO A JUNHO DE 2013**, p. 23.

HOBBSBAWM, Eric. **Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

KUIPERS, Giseline. Beauty and distinction? The evaluation of appearance and cultural capital in five European countries. **Poetics**, v. 53, p. 38-51, 2015.

MCPENCOW, Alexandra M; GUESS, Marsha K. Giving female genital cosmetic surgery a facelift. **Maturitas**, Philadelphia, v. 71, n. 4, p. 313-314, 2012.

MOTTA, Manoel Barros da (Org.). Tradução de Vera Lúcia Avelar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

PICCININI, Pedro et al. History of plastic surgery: Sir Harold Gillies, a pioneer of reconstructive plastic surgery. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 608-615, 2001.

RUSSELL, Bertrand. **História da filosofia ocidental**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2015.

SCHIMITT, Marcelle. Da superfície à carne: as fronteiras entre estético e reparador na formação e atuação no campo da cirurgia plástica. 2017.

# CAPÍTULO 21

## PARTO HUMANIZADO COM ÊNFASE EM ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

Jayana Sahyra Piauhy Magalhães Farias, graduanda em medicina, Faculdade de Saúde Santo Agostinho

Cindy Lopes Oliveira, graduanda em medicina, Faculdade de Saúde Santo Agostinho  
Eva de Castro Britto Muniz Ferreira, graduanda em medicina, Faculdade de Saúde Santo Agostinho

Gabriela Neves Correia, graduanda em medicina, Faculdade de Saúde Santo Agostinho

Jeslane Alves Oliveira, graduanda em medicina, Faculdade de Saúde Santo Agostinho

Mariane Cardoso Chaves, graduanda em medicina, Faculdade de Saúde Santo Agostinho

Ruana Farias Novaes, graduanda em medicina, Faculdade de Saúde Santo Agostinho

Sarah Luana Novais Oliveira, graduanda em medicina, Faculdade de Saúde Santo Agostinho

### RESUMO

Sabe-se que o parto é um momento sublime na vida de uma mulher, e que diversos fatores podem influenciar na concretização desse momento. Entende-se a necessidade da humanização desse processo, de modo que a mãe e o bebê tornem-se os verdadeiros protagonistas do ato e que sejam favorecidos pelas diferentes vertentes do parto humanizado, como a possibilidade de amamentação desde a primeira hora de vida. Todavia, várias dificuldades impossibilitam ou reduzem a prática do aleitamento materno precoce, trazendo consequências severas para o binômio mãe-bebê. Portanto, o objetivo geral do trabalho foi detalhar os principais fatores envolvidos no surgimento do parto humanizado, descrevendo seus benefícios e dificuldades encontradas, além de relacioná-lo com a prática da amamentação na primeira hora de vida. Foi possível confirmar a importância da humanização do parto, bem como do início precoce e persistência do aleitamento materno. Nesse cenário, o papel dos profissionais de saúde é de extrema relevância, atuando como parceiros e facilitadores do processo. Cabe a eles advogar diante da humanização do parto e empoderar a mãe frente à amamentação, através da educação em saúde, fazendo-a sentir-se segura e capaz de encarar os diferentes desafios da maternidade. **PALAVRAS-CHAVE:** Parto. Parto humanizado. Amamentação.

### INTRODUÇÃO

A gestação é conhecida, historicamente, como um processo que ocorre com a mulher, abrangendo experiências físicas e psicológicas, desde a concepção do embrião até o puerpério, e que sofre grande influência do contexto sociocultural na qual a gestante se encontra (NAHAGAMA e SANTIAGO, 2008). O nascimento, por sua vez, é tido como um fenômeno natural e fisiológico que envolve a mulher, o bebê e o meio em que ambos vivem. Com o passar dos anos, o modo de assistência ao parto sofreu modificações importantes, afetando diretamente a percepção humana sobre esse processo (TANAKA, 1995).

Nesse contexto, atualmente, entende-se o conceito de humanização do parto, tendo como principal objetivo a adequada qualidade de cuidados médicos, assim como o respeito aos direitos da paciente, suas referências históricas e culturais. Entretanto, essa prática, relativamente nova no cenário da medicina, continua sendo um desafio, e ainda existem diversas indagações diante do tema (DINIZ, 2001).

Existem inúmeros benefícios no parto humanizado para o binômio mãe-bebê. Dentre eles, destacam-se o incentivo à liberdade de escolha da mãe durante o trabalho de parto; fortalecimento do vínculo mãe-bebê após o nascimento; redução do índice de depressão pós-parto; e melhor adaptação do bebê à vida fora do útero da mãe. Além disso, o escopo do parto humanizado compreende que uma gestação envolve circunstâncias abrangentes, muito além do momento do parto, que devem ser valorizadas. As relações familiares, por exemplo, fazem parte do processo gestacional e devem ser consideradas como base para um favorável trabalho de parto (NETO e REBELLO, 2012).

Outra prática muito importante que se associa ao conceito de parto humanizado é a possibilidade da amamentação desde a primeira hora de vida. Tal prática reduz a mortalidade neonatal, estimula o sistema imunológico da criança, estabelece a interação da mãe com o filho, favorece o aumento da duração do aleitamento materno, e diminui o risco de hemorragias para a mãe (BOCCOLINI, CARVALHO e VASCONCELLOS, 2011).

Assim, a presente monografia teve como objetivo detalhar os principais fatores envolvidos no surgimento do parto humanizado, além de relacioná-lo com a prática da amamentação na primeira hora de vida. Para tal, são abordados nos capítulos: (1) o histórico do parto, lembrando desde os povos da antiguidade até o recente surgimento do parto humanizado; (2) o leite materno, sua composição e os principais pontos da evolução do aleitamento; (3) os aspectos positivos da amamentação na primeira hora de vida, além de relacioná-la com o parto humanizado; e, por fim, (4) as principais dificuldades físicas, emocionais e sociais encontradas pelas mães durante o processo de amamentação.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, na qual foram utilizados os descritores “parto humanizado” e “aleitamento materno”, conectados através do operador booleano AND, para restringir a pesquisa nos bancos de dados SciELO, MEDLINE e LILACS. Com base neste levantamento, foram realizados a eleição, o ordenamento e a análise bibliográfica dos estudos.

Finalmente, foram selecionados 25 artigos em língua portuguesa e inglesa, publicados nos últimos trinta anos.

## **A HISTÓRIA DO PARTO E O RECENTE SURGIMENTO DO PARTO HUMANIZADO**

### **O PARTO**

Em tempos remotos, as mulheres seguiam seus próprios instintos e atravessavam o momento do parto sozinhas e isoladas. Com o surgimento das primeiras civilizações, iniciou-se uma transformação nesse processo, e as mulheres passaram a ter a assistência de outras mulheres, conhecidas como parteiras, detentoras de determinada experiência, que auxiliavam nos cuidados da gestação, durante e após o parto (BRENES, 1991).

Com a evolução da medicina e dos conhecimentos, surgiu um novo modelo assistencial para gestantes. Nasceu a obstetrícia, cujo principal objetivo era o acolhimento e auxílio à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério. A introdução de cirurgiões na medicina obstétrica modifica completamente a assistência ao parto e, gradualmente, as maternidades tornaram-se o local de primeira escolha para realização do parto (KITZINGER, 1996). Paralelamente, emergiu a institucionalização do parto, elemento decisivo para o afastamento da mulher da sua família e meio social durante o nascimento do seu filho, e que oferta insatisfatório suporte emocional e físico à parturiente (HODNETT et al., 2005).

A partir de então, entendeu-se a necessidade de humanizar o parto e inovar a forma de assistência, atentando-se às condições e escolhas da mulher – sem abandonar as tecnologias e recursos obstétricos disponíveis –, e preservando ao máximo a saúde física e mental da mãe e do bebê (BASILE e PINHEIRO, 2004).

### **O PARTO HUMANIZADO**

O conceito de parto humanizado não se refere a um tipo de parto específico, mas a um conjunto de práticas mais acolhedoras e humanas, capazes de tornar qualquer parto mais orgânico e distante de intervenções desnecessárias, permitindo o protagonismo da mãe e do bebê (JORGE, QUEIROZ e SILVA, 2003). A humanização do parto começa com uma qualificada assistência pré-natal, passando pelo envolvimento da mulher e familiares em todos os períodos da gestação, e por um adequado processo assistencial durante o parto propriamente dito, capaz de englobar aspectos biológicos, socioculturais e psicológicos, com valorização dos desejos, limitações e direitos da mulher (BRASIL, 2001).

Sabe-se que o corpo da mulher é preparado, fisiologicamente, para o parto. Dessa forma, sendo bem assistida, toda mulher seria biologicamente capaz – se assim quiser e se sua condição de saúde permitir – de passar pelo parto de forma natural, segura e sem complicações. Contudo, a institucionalização do parto trouxe consigo a crença de que as cesáreas trazem mais estabilidade para a mulher, e que o parto normal é algo, equivocadamente, menos seguro (PATRICIO e REIS, 2005). É necessário desmistificar essa crença e colocar a mulher no centro das decisões. Isso torna as experiências ao longo da gestação, do parto e do puerpério positivas e satisfatórias tanto para a mãe, quanto para o bebê e familiares (BRASIL, 2000).

Ademais, é válido ressaltar que a gestante não pode ser tratada apenas como mais uma paciente, pois sua individualidade e as peculiaridades de cada gestação, mesmo em múltiparas, devem ser valorizadas. Orientar sobre todas as etapas e acolher as necessidades, medos, desejos e incertezas é essencial para que a mulher se sinta segura e capaz de passar com êxito pelo processo de parto (PATRICIO e REIS, 2005).

Diante disso, entende-se como assistência humanizada aspectos que compreendem tanto a inclusão da paciente na tomada de decisões, do acolhimento e orientação no pré-natal até a permissão de um acompanhante na sala de parto, por exemplo, quanto um adequado atendimento por equipe de saúde multiprofissional, utilizando as tecnologias disponíveis sem afetar o desenvolvimento do parto com intervenções desnecessárias (NETO e REBELLO, 2012).

## **O ALEITAMENTO MATERNO**

### **HISTÓRIA DO ALEITAMENTO**

A amamentação se faz presente desde o surgimento da humanidade e, desde os povos babilônicos e egípcios, sua importância já era reconhecida. Tempos depois, os estudos de Hipócrates, pioneiro na pesquisa dos seus benefícios, e de alguns outros médicos filósofos, como Sorano de Éfeso e Cláudio Galeno, pontuaram sobre a composição e características do leite humano, bem como sobre a relevância do acompanhamento médico para apoiar a correta prática do aleitamento materno (DINIZ, VAZ e VINAGRE, 2001).

Na era cristã, a amamentação foi estimulada com base em crenças voltadas para o cuidado das crianças. Em meados do século XVIII, porém, houve declínio do ato de amamentar, e esta prática já não era mais vista com admiração. Consequentemente, a mortalidade infantil por desnutrição aumentou. Após, avançando para o final do século XIX e o início do século XX, surgiram as fórmulas lácteas, com objetivo de complementar ou mesmo substituir o

aleitamento natural. Este fato, associado às mudanças estruturais da sociedade, fortalecimento das propagandas, interesses comerciais e imparcialidade dos profissionais de saúde em relação ao tema, foram fatores consideráveis para uma redução ainda maior no exercício da amamentação (DINIZ, VAZ E VINAGRE, 2001).

Apesar das dificuldades surgidas ao longo dos anos, desde 1981, com a implantação do Programa Nacional de Aleitamento Materno, o Brasil encoraja o aleitamento materno, a fim de aumentar as taxas de amamentação exclusiva, reduzindo, portanto, índices de morbimortalidade materno-infantil, e defende o leite materno como sendo o melhor e mais completo alimento para os bebês (BOSI e MACHADO, 2005).

### **COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO**

O leite humano é caracterizado como único alimento completo e ideal para o recém-nascido (RN) durante os seis primeiros meses de vida, contendo todos os nutrientes necessários para alimentação exclusiva durante esse período e complementar até os dois anos da criança. Além disso, contém diferentes agentes – como substâncias antimicrobianas e anti-inflamatórias, enzimas, hormônios e fatores de crescimento – que contribuem para adequado crescimento e desenvolvimento do bebê (CALIL e FALCÃO, 2003).

O leite produzido pelas mulheres nos primeiros dias de aleitamento é chamado de colostro e, em sua composição, há mais proteínas e menos lipídios em comparação ao leite maduro, que começa a ser produzido entre o quinto e sétimo dia após o início da amamentação. O leite materno pode variar entre as mulheres, nos casos de desnutrição grave – em que a quantidade e qualidade do leite podem ser gravemente afetadas – e entre mães de bebês pré-termo ou a termo, conforme visto na Tabela 1. Além disso, durante uma mamada também há variação na composição do leite. O leite posterior tem maior concentração de gordura, saciando melhor a criança, por isso a importância da mama ser totalmente esvaziada. Outro aspecto importante é a concentração de proteínas no leite humano, sendo a principal proteína a lactoalbumina, composto mais fácil de ser digerido do que a caseína, principal proteína presente no leite de vaca (BURNS, LOPEZ e JUNIOR, 2014).



**Tabela 1:** Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo e do leite de vaca

NUTRIENTE	COLOSTRO		LEITE MADURO		LEITE DE VACA
	(3-5 DIAS)		(26-29 DIAS)		
	A termo	Pré-termo	A termo	Pré-termo	
Calorias (kcal/dL)	48	58	62	70	69
Lipídios (g/dL)	1,8	3,0	3,0	4,1	3,7
Proteínas (g/dL)	1,9	2,1	1,3	1,4	3,3
Lactose (g/dL)	5,1	5,0	6,5	6,0	4,8

Fonte: Brasil, 2009.

O leite humano também é responsável pelo fortalecimento do sistema imunológico da criança, pois é rico em imunoglobulinas, principalmente a IgA. A imunoglobulina A provém de resposta antigênica entérica e respiratória da mãe, e permite que o bebê adquira proteção contra patógenos do ambiente em que vive. As imunoglobulinas IgA, IgG e IgM são preponderantes no primeiro mês de amamentação, tendo uma queda relativa e mantendo-se constante a partir de então (BURNS, LOPEZ e JUNIOR, 2014). Ademais, o leite materno também é rico em outros fatores protetores, como células do sistema imunológico – macrófagos, neutrófilos e linfócitos T e B –, lisozima, lactoferrina e fator bifido, sendo este último importante para a proliferação do *Lactobacillus bifidus*, uma bactéria não patogênica que tem a função de acidificar as fezes, tornando um meio menos propício para instalação de causadoras de diarreia, como *Salmonella*, *Shigella* e *Escherichia coli* (BRASIL, 2009).

### **A AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA, SEUS BENEFÍCIOS E SUA RELAÇÃO COM O PARTO HUMANIZADO**

A transição da vida intrauterina para extrauterina representa um choque para o bebê, sendo a amamentação precoce primordial para melhor adaptação do RN ao novo mundo. Portanto, sempre que possível, respeitando as condições de saúde de ambas as partes, a primeira mamada deve ser estimulada e realizada ainda na sala de parto, na primeira hora de vida da criança. Além de ser a fonte mais saudável e completa de alimentação, como visto, o

aleitamento materno é capaz de oferecer benefícios psicológicos e contribuir positivamente para a formação do vínculo entre mãe e filho (HERGESSELL e LOHMANNLL, 2017).

Segundo Enkin *et. al.* (2005), nos primeiros momentos de vida o RN precisa, essencialmente, de calor humano e leite materno. A amamentação iniciada nas primeiras horas de vida reduz potencialmente as chances de desmame precoce, quando comparada a uma espera de mais de quatro horas, tempo médio de início da prática quando a assistência ao parto não é humanizada. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a aproximação entre mãe e filho e aleitamento precoce, pois, nas primeiras horas de vida, o bebê permanece em estado de alerta, podendo aprender a sugar de maneira mais rápida e eficaz, além de receber o colostro previamente, o que contribui ainda mais para o fortalecimento do seu sistema imunológico (UNICEF, 2009).

O estímulo precoce da produção de prolactina e ocitocina, que ocorre por meio do reflexo de sucção do RN, traz também benefícios para mãe. O aumento dos níveis plasmáticos de prolactina, hormônio responsável pelo galactopoiese – produção de leite pela glândula mamária – facilita a amamentação. Por sua vez, o aumento da liberação de ocitocina, hormônio que auxilia na descida e ejeção do leite, diminui os níveis de ansiedade da mãe e estimula as contrações de involução do útero, reduzindo os riscos de hemorragia e anemia pós-parto (PILLEGI *et al.*, 2008).

A prática da amamentação na primeira hora de vida também permite um precoce contato pele a pele entre a mãe e o filho. O contato entre os corpos permite a manutenção da temperatura adequada da pele do RN e reduz a agitação e o choro do bebê, prevenindo hipotermia e desequilíbrios metabólicos. Como já dito, o contato precoce favorece fortemente o vínculo afetivo, visto que o estado de alerta da primeira hora de vida ajuda o bebê a sentir e reconhecer o afago do colo da mãe, além de tranquilizá-la (UNICEF, 2009).

Todavia, a amamentação precoce pode sofrer diversas influências negativas do meio externo, principalmente pela forma como é conduzido o trabalho de parto e o parto em si. Quando a mãe recebe algum tipo de analgesia durante o parto natural, por exemplo, há uma grande probabilidade do bebê nascer menos ativo e mais sonolento, o que pode diminuir o reflexo de sucção, acarretando em retardo na amamentação, diminuição da ingestão de leite materno, aumento do risco de hipoglicemia e queda no ganho de peso. Nesse cenário, o parto humanizado contribui consideravelmente para o estímulo da segurança da mulher e para a maior

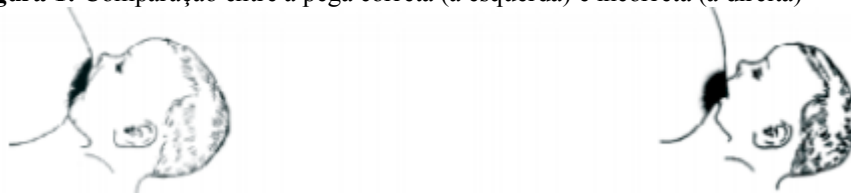
possibilidade de êxito no aleitamento materno durante a primeira hora de vida do RN (PILLEGI ET AL., 2008; UNICEF, 2009).

Ressalta-se que na inviabilidade do início do aleitamento materno na primeira hora de vida, por quaisquer razões, este deve começar assim que possível, pois, ainda que inicie tardiamente, as vantagens do aleitamento materno continuam inquestionáveis. Redução de doenças, obesidade e mortalidade infantil, melhor nutrição da criança, melhor desenvolvimento cognitivo e da cavidade bucal e melhor qualidade de vida são algumas delas (BURNS, LOPEZ e JUNIOR, 2014).

## DIFICULDADES NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO

Inúmeros fatores podem ser determinantes para o surgimento de dificuldades na amamentação por interferirem na liberação dos hormônios que estimulam a produção do leite, principalmente no período inicial, como ansiedade, desnutrição materna e parto abdominal. No início da amamentação, as dores e desconfortos nos mamilos também são causas habituais de prejuízo e interrupção desta prática. A região do mamilo é consideravelmente sensível, pode ter alterações físicas (ser curta, plana ou invertida) e uma pega incorreta do bebê durante a sucção pode intensificar tais incômodos. Logo, é imprescindível que do pré-natal ao pós-parto a mulher seja preparada e orientada sobre a correta pega do bebê, vista na Figura 1, e sobre variados fatores associados com a prática. São sinais de pega correta: o queixo do RN toca a mama; boca do RN está bem aberta, com lábio inferior voltado para fora; a aréola é mais visível acima do que abaixo da boca. Em contrapartida, quando o queixo da criança aponta para longe da mama; quando a boca não está bem aberta e o lábio inferior aponta para frente ou para dentro; e, por fim, quando a aréola está mais visível abaixo da boca do bebê ou em partes semelhantes acima e abaixo, temos sinais de pega incorreta (PINHO, 2015; UNICEF, 2009; WALKER, 2008).

**Figura 1:** Comparação entre a pega correta (à esquerda) e incorreta (à direita)



Fonte: UNICEF, 2009.

Outras dificuldades encontradas são a ingurgitação mamária – acúmulo de leite nas mamas devido à compressão dos ductos lactíferos –, infecção local por *Candida sp*, bloqueio

dos ductos lactíferos e mastite, causas frequentes de interrupção da amamentação que devem ser tratadas assim que identificadas (BRASIL, 2009).

Destacam-se ainda fatores psicossociais que interferem na amamentação. Um relato comum, por parte das mães, é que elas produzem pouca quantidade de leite para seus filhos, encarando o colostro como um leite “insuficiente” ou “fraco”. Porém, trata-se de uma crença transgeracional, difundida ao longo dos anos, reflexo da falha da educação em saúde. A partir daí, as puérperas passam a ofertar, muitas vezes, água, chás, engrossantes, leite de vaca ou fórmulas lácteas aos recém-nascidos, na errônea tentativa de tornar a criança mais saudável e melhor alimentada (MARQUES *et. al.*, 2008). Além disso, por vezes, as mães se sentem sobrecarregadas, com conseqüente sensação de desgosto ao amamentar. Outro conflito surge na necessidade da mãe retornar ao trabalho, sendo obrigada a encerrar ou diminuir o processo de amamentação (BOSI e MACHADO, 2005).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nessa conjuntura, afirma-se que o parto e o aleitamento materno passaram por diversas mudanças ao longo do tempo, e que sofrem influência de fatores físicos, socioculturais e emocionais. A assistência de qualidade pré-natal, ao parto e ao puerpério, englobando os conceitos de humanização do parto e o aleitamento na primeira hora de vida são, incontestavelmente, proveitosos à mulher e ao RN. Nesse cenário, o papel dos profissionais de saúde é de extrema relevância, atuando como parceiros e facilitadores do processo. Cabe a eles advogar diante da humanização do parto e empoderar a mãe frente à amamentação, através da educação em saúde, fazendo-a sentir-se segura e capaz de encarar os diferentes desafios da maternidade.

## **REFERÊNCIAS**

BASILE, A. L. O.; PINHEIRO, M. S. B. Centro de Parto Normal: O Futuro no Presente. São Paulo. 2004.

BOCCOLINIL, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C.; VASCONCELLOS, G. G. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. Revista de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2011.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T.; Amamentação: Um Resgate Histórico. Caderno Especial – Escola de Saúde Pública do Ceará. Dezembro, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Cadernos de Atenção Básica – n.º 23. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 569, de 1º de Junho de 2000. Brasília, 2000.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 7, n.2, abril, 1991.

BURNS, D. A. B.; LOPEZ, F. A.; JUNIOR, D.C.; Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria, 3ª edição, Barueri, SP: Manole, 2014.

CALIL, V. M. L. T.; FALCÃO, M. C.; Composição do leite materno: o alimento ideais. Rev Med, v.82, 2003.

DINIZ, C. S. G. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ENKIN, M. W. *et al.*; Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

GATES, S.; HODNETT, E. D.; HOFMEYR, G. J.; SAKALA, C. Continuous support for women during childbirth. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005.

HERGESSEL, N. M.; LOHMANNLL, P. M.; Aleitamento materno na primeira hora após o parto. Lajeado, RS, 2017.

JORGE, M. S. B.; QUEIROZ, M. V. O.; SILVA, A. O. Cuidado de Enfermagem à puérpera em uma unidade de internação obstétrica: Perspectiva de humanização. Revista Baiana de Enfermagem. São Paulo, 2003.

KITZINGER, S. Mães: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Editorial Presença, 2ª edição, 1996.

MARQUES, R. F. S. V.; CUNHA, I. C. C.; ARAGON, M. G.; PEIXOTO, V. S. Fatores relacionados às dificuldades no aleitamento materno entre mães adolescentes da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Revista Paraense de Medicina, 2008.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, abril, 2008.

NETO, J. F. R.; REBELLO, M. T. M. P. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica. Montes Claros, MG, 2012.

PATRICIO, A. M.; REIS, A. E. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. Ciências da Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 10, dez. 2005.

PILLEGI, M. C. *et. al.* A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes. Einstein, 2008.

PINHO, S. M. A. Dificuldades na amamentação no primeiro mês de vida: impacto do contexto da amamentação e dos contextos de vida. Maio, 2015.

TANAKA, A. C. A. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. Organização Mundial da Saúde. Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 3 – Promovendo e Incentivando a Amamentação em um Hospital Amigo da Criança: Curso de 20 horas para Equipes de Maternidade – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

WALKER, M. Conquering common breast-feeding problems. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 2008.

# CAPÍTULO 22

## O DIAGNÓSTICO PRECOCE DO AUTISMO: CONTRIBUIÇÕES PARA O CONTEXTO FAMILIAR E SOCIAL

Laura Cristina Oliveira Magalhães, Graduada em Psicologia, UNINTA

Socorro Taynara Araújo Carvalho, Graduada em Psicologia, UNINTA

Francisca Liciane Marques, Graduada em Psicologia, UNINTA

Ana Karine Sousa Cavalcante, Mestra em Psicologia e Docente do curso de Psicologia, UNINTA

### RESUMO

O transtorno do espectro do autismo (TEA) atualmente está sendo bastante estudado, pois o número de diagnósticos faz parte de uma escala crescente. Na saúde mental, esse é um dos transtornos que mais tem afetado o desenvolvimento infantil. O Transtorno do Espectro Autismo (TEA) faz parte de uma condição neurodesenvolvimental que abrange como consequência o comprometimento na desenvoltura do sociocomunicativo, causando também comportamento cíclico e estereotipado. O objetivo desse estudo é investigar sobre as implicações do diagnóstico prematuro do Transtorno de Espectro do autismo no contexto familiar e social da criança, buscando compreender os aspectos que contribuem para um melhor desenvolvimento infantil para crianças com TEA. Trata-se de um estudo qualitativo, em que utilizamos como método de coleta de dados uma revisão narrativa da literatura. Esse tipo de técnica busca compreender o “estado da arte” de um determinado assunto sob uma perspectiva teórica, permitindo uma visão mais ampla do objeto de pesquisa. Nesse sentido, foram encontrados 14 artigos, que foram lidos na íntegra. Na seleção dessa bibliografia foram escolhidos 04 artigos que apresentavam características que melhor respondiam à questão norteadora e ao mesmo tempo abrangiam de forma integral as considerações utilizadas nos critérios de seleção. O contexto familiar é primordial durante e após o processo de diagnóstico, a família poderá dar apoio e acolhimento ao indivíduo que, dessa forma, tornará o desenvolvimento das atividades mais fáceis. Sendo fundamental, também, que os pais e pessoas próximas à criança busquem informações, para agregar conhecimentos a respeito do autismo, para que através disso, seja possível aumentar os reportórios de interações e consequentemente melhorar a vinculação com a criança que se sentirá segura e assim. Portanto, a participação da família em compreender, primeiramente a criança como um sujeito, respeitando sua subjetividade e não o seu diagnóstico é fundamental para que o desenvolvimento da criança seja de maneira típica e melhor adaptável em sociedade, e nisto se constitui o elo interdisciplinar com o único objetivo de dar propósito, respeito e vez ao autista como sendo alguém de condição única como todos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Autismo; Diagnóstico Precoce; Relações familiares.

### INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro do autismo (TEA) atualmente está sendo bastante estudado, pois o número de diagnósticos faz parte de uma escala crescente. Na saúde mental, esse é um dos transtornos que mais tem afetado o desenvolvimento infantil. Os primeiros indícios podem

ser avaliados a partir de critérios clínicos, entre 06 e 12 meses, contudo é mais notável e estável entre os 18 e 24 meses (CARVALHO et., 2013 apud OZONOFF, 2010).

A incidência dos casos de autismo tem tomado proporções significativas, dessa forma é de importante que os profissionais que trabalham com crianças, principalmente na especialidade infantil, estejam aptos a lidarem com casos de autismo em suas práticas profissionais. As condições dimensionadas no TEA abrangem circunstâncias distintas que vão de encontro ao autismo, síndrome de Asperger e transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação, síndrome de Rett, conforme descrito pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) (CARVALHO et al., 2013).

Esses transtornos comprometem algumas áreas que compõe o desenvolvimento do indivíduo, como algumas habilidades essenciais para a comunicação, seja essa verbal ou não-verbal, a sociabilidade e comportamentos, além do envolvimento com interesses e atividades cíclicas e estereotipadas. Os graus de comprometimento variam de acordo com o indivíduo, sendo possível comprometer o comportamento, as relações de interação, comunicação e demais interesses deste.

O Transtorno do Espectro Autismo (TEA) faz parte de uma condição neurodesenvolvimental que abrange como consequência o comprometimento na desenvoltura do sociocomunicativo, causando também comportamento cíclico e estereotipado, como já citado (CARVALHO et al, 2013 apud APA, 2010).

Crianças com autismo apresentam algumas características que se destacam, e que podem ser observadas desde cedo, como desvios ao apontar para objetos, relutância em olhar diretamente para outros indivíduos e dificuldades como orientação ao ser chamada pelo próprio nome e algumas apresentações relacionadas à receptividade.

A dificuldade de manter relações sociais devido à baixa habilidade social e comprometimento na habilidade de atenção compartilhada (AC) e limitações ao utilizar brincadeiras simbólicas, como as que utilizam objeto que substitui outro, significando limitações em frequência quanto em variedade (MARQUES; BOSA, 2018 apud MARQUES; BOSA, 2009).

O laudo diagnóstico de casos aparentemente suspeitos de TEA são investigados por meio de observação comportamental, com base nos critérios de avaliação, como também por instrumentos de averiguação fidedignos e validados, esses permitem ao profissional investigador associar os resultados para que a partir disso possa traçar o perfil do avaliado.



Nesse sentido, ainda é escasso de pesquisas e instrumentos mais específicos e fidedignos para diagnosticar esse transtorno de forma mais precisa, contudo alguns instrumentos internacionais compõem alto custo, na perspectiva de treinamento de profissionais para aplicar esses testes e compra dos mesmos, o que também limita o acesso ao uso na rede de saúde pública, já que precisa ser utilizado material de baixo custo.

De acordo com Silva e Mulick (2009), a avaliação psicológica é um instrumento primordial para que se possa chegar a uma conclusão desse método de forma segura, pois o mesmo permite que os profissionais possam oferecer à família instruções e informações de maneira detalhada e segura sobre o indivíduo avaliado.

O objetivo desse estudo é investigar sobre as implicações do diagnóstico prematuro do Transtorno de Espectro do autismo no contexto familiar e social da criança, buscando compreender os aspectos que contribuem para um melhor desenvolvimento infantil para crianças com TEA.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo qualitativo, em que utilizamos como método de coleta de dados uma revisão narrativa da literatura. Esse tipo de técnica busca compreender o “estado da arte” de um determinado assunto sob uma perspectiva teórica, permitindo uma visão mais ampla do objeto de pesquisa (VOSGERAU; ROMANOWSK, 2014). O estudo através da revisão narrativa é potente para uma educação continuada de temas específicos, pois permite que o leitor se atualize e adquira novos conhecimentos em um curto período de tempo (ROTHER, 2007).

A busca de todos os artigos abrangeu do dia 07 até o dia 27 do mês de novembro do ano de 2020. Nesse sentido, realizamos uma coleta de dados de artigos científicos com os seguintes descritores: “Transtorno do espectro autista”, “diagnóstico precoce” AND “impacto familiar”

Para a formação do embasamento teórico, foram escolhidas referências encontradas na base de dados eletrônica Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS). Os critérios de inclusão utilizados para a seleção dos artigos foram: a) artigos publicados em revistas brasileiras b) artigos publicados entre os anos de 2000 a 2019, c) artigos que tratem sobre o tema de TEA, diagnóstico e impacto no contexto familiar e social.

## RESULTADOS

Nesse sentido, foram encontrados 14 artigos, que foram lidos na íntegra. Na seleção dessa bibliografia foram escolhidos 04 artigos que apresentavam características que melhor respondiam à questão norteadora e ao mesmo tempo abrangiam de forma integral as considerações utilizadas nos critérios de seleção, sendo excluídos os 10 artigos que não se enquadravam nesses parâmetros.

**Tabela 1:** Artigos Revisados

	AUTORES	ARTIGOS
01	Micheline Silva & James A. Mulick	Diagnosticando o Transtorno Autista: aspectos fundamentais e Considerações Práticas
02	Felipe Alckmin Carvalho, Cristiane Silvestre de Paula, Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira, Livia da Conceição Costa Zaquero, Maria Eloisa Famá D'Antino	Rastreamento de sinais precoces de transtorno do espectro do autismo em crianças de creches de um município de São Paulo
03	Angela Nogueira Neves Betanho Campana, Mateus Betanho Campana, Maria da Consolação G. Cunha Fernandes Tavares	Escalas para avaliação da imagem corporal nos transtornos alimentares no Brasil
04	Meimes, Maíra Ainhoren, Saldanha, Helena Castro, Bosa Cleonice Alves	Adaptação materna ao transtorno do espectro autismo: relações entre crenças, sentimentos e fatores psicossociais

## DISCUSSÃO

A princípio, é salutar que, de acordo com Silva e Mulick (2009), o transtorno do espectro autista integra um grupo de transtornos neurodesenvolvimentais conhecidos como Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGDs), Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TIDs) ou Transtornos do Espectro Autista (TEAs).

Tal grupo apresenta sintomas característicos no comprometimento de três áreas do desenvolvimento, quais sejam: déficits de habilidades sociais; déficits de habilidades comunicativas; e presença de comportamentos, interesses e/ou ações repetitivos, restritos e estereotipados.

Em razão dos recentes avanços nos modelos de prática diagnóstica, a constatação na incidência de casos ao redor do mundo teve um aumento significativo nas últimas décadas. Não obstante as evoluções nos estudos a respeito dessa psicopatologia, está ainda configurada um

desafio na preparação de profissionais da saúde e educação. Ademais, muitos casos ainda passam despercebidos ou recebem diagnósticos equivocados.

Nos Estados Unidos, por exemplo, os pais percebem peculiaridades no comportamento dos filhos já nos primeiros 24 meses, sendo possível melhor reconhecimento e acompanhamento do transtorno autista em fase preliminar. Já em alguns estados brasileiros, a criança pode chegar até os 6 ou 7 anos de idade sem que seja dada a devida atenção a sintomas do TEA. Contudo, já são usadas no Brasil, a exemplo do estado de São Paulo, práticas diagnósticas mais eficazes, que equiparam-se às utilizadas nos EUA.

Para que o autismo seja diagnosticado, atualmente, os especialistas sugerem que a análise seja feita com base nos parâmetros determinados pelo ICD-10 e DSM-IV-TR (KINIPPEBERG; GARCIA; MACHADO, 2020). Este último leva em consideração fatores de interação social, comunicação e comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados. Além disso, para o presente modelo, o infante deve ter apresentado, nos primeiros 3 anos, déficits ou funcionamento atípico em pelo menos uma das seguintes áreas: interação social, linguagem para fins de comunicação social e jogos ou brincadeiras simbólicas ou imaginários.

Há condições, outrossim, que coexistem com o transtorno autista, como é o caso de retardo mental em diferentes gradações em 60 a 75% dos casos (SILVA; MULICK 2009 apud BAILEY et al., 1996). Além disso, são constatados juntamente ao autismo, em alguns quadros, paralisia cerebral, as síndromes de Down e Tourette, bem como deficiências auditivas e visuais. Também não são raros casos de depressão e ansiedade em adolescentes e adultos portadores do transtorno.

Os pacientes que exibem o transtorno de espectro autista, em geral, padecem de problemas comportamentais, sensoriais e médicos em sentido estrito. Na seara comportamental, é possível citar hiperatividade, atenção hiperseletiva, impulsividade, assim como comportamentos agressivos para consigo e com terceiros, sobretudo diante de frustrações.

O quadro sensorial, por sua vez, trata-se de respostas sensoriais peculiares, entre as quais se destacam hiper ou hipossensibilidade a estímulos sonoros, de modo que a criança venha a tapar os ouvidos ao deparar-se com sons corriqueiros e ficar indiferente a ruídos desagradáveis. Pode ainda apresentar aversão ou fascínio incomum por certos estímulos visuais ou texturas.

No aspecto médico, comumente autistas apresentam problemas gastrointestinais, além de irregularidades na alimentação e no sono. Quanto à alimentação, são marcados por dieta

hiperseletiva, consumindo coisas pouco nutritivas ou não comestíveis, o que causa desnutrição e intoxicação. Somado a isso, autistas em geral apresentam enorme dificuldade em adormecer e manter-se dormindo, bem como transtornos neurológicos, como convulsões e epilepsia.

O autismo, de acordo com os atuais métodos de diagnóstico, incide entre 40 a 60 casos a cada 10.000 nascimentos (SILVA; MULICK, 2009), sendo quatro vezes mais frequente em indivíduos do sexo masculino. Nesse sentido, os especialistas entendem que o autismo é decorrente de disfunções no sistema nervoso central (SNC), desordenado o padrão de desenvolvimento da criança. Contudo, em razão da complexidade do SNC e da amplitude dos sintomas, os profissionais ainda não falam em uma causa para o autismo, limitando-se a apontar fatores genéticos e biológicos que contribuem para a incidência de certos sintomas.

Muitos profissionais vêm defendendo que o diagnóstico mais adequado deve ser feito se forma interdisciplinar, envolvendo pelo menos um neuropediatra e um psicólogo especializado em distúrbios do desenvolvimento. O primeiro passo para o diagnóstico é identificar sintomas de risco o quanto antes, para obter melhor progresso. Uma vez identificados os sintomas, a criança deve ser encaminhada a uma avaliação por uma equipe interdisciplinar, a fim de um diagnóstico mais preciso.

Segundo Marques e Bosa (2018), por meio de uma entrevista semiestruturada, denominada ADI-R que é composta por 93 itens e é aplicada em pais e cuidadores, essa é dividida em seis seções. O ADOS-G também é um instrumento composto por quatro módulos que é utilizado para avaliar crianças suspeitas de TEA e tem como finalidade mais específica avaliar as habilidades sociais de interação social do indivíduo, brincadeiras, imaginativo de materiais e comunicação. Ambos são utilizados mediante a compra de direitos autorais da editora americana, por intermédio de uma editora nacional, ou seja, são instrumentos que ainda não são utilizados de forma ampla e livre no cenário brasileiro.

Tendo em vista que esse indivíduo precisará construir um plano de intervenções que se configurem de modo individual e que, tais atividades só poderão ser desenvolvidas a partir dos resultados colhidos. A família, a partir do que foi obtido, não deve ser excluída de tais intervenções, mas sim, integrada às mesmas, pois segundo Meimes, Saldanha e Bosa (2015) muitas crenças e sentimentos surgirão, como a culpa, a angústia e uma forte crença de que seu filho encontrará a cura.

O contexto familiar é primordial durante e após o processo de diagnóstico, a família poderá dar apoio e acolhimento ao indivíduo que, dessa forma, tornará o desenvolvimento das

atividades mais fáceis. Sendo fundamental, também, que os pais e pessoas próximas à criança busquem informações, para agregar conhecimentos a respeito do autismo, para que através disso, seja possível aumentar os reportórios de interações e consequentemente melhorar a vinculação com a criança que se sentirá segura e assim.

Entretanto, torna-se necessário, também, que haja um olhar sensível e transdisciplinar nesse procedimento, afastando-se da visão apenas cognitiva e de sua atipicidade, é necessário não olhar para a criança de forma fragmentada, mas sim, de forma holística, no sentido de um ser em sua completude e integralidade. Desse modo, é importante que haja uma troca entre as disciplinas, saberes e perspectivas, tendo em vista que o resultado disso agregará positivamente nas habilidades sociais e eventos privados do indivíduo.

Segundo Zamo e Trentini (2016) surgiram nos dez anos, diversos métodos de tratamentos que são mediados por animais, especificamente, a equoterapia, ou seja, a terapia com cavalos que obteve sua chegada recente ao Brasil, mas que se propõe a atender e facilitar processos terapêuticos, cognitivos, educacionais e de socialização por meio de uma perceptiva biopsicossocial.

É importante salientar que a estimulação do sistema nervoso central se dá a partir de que o cavalo anda ao passo, desse modo, tal movimento passado ao cavaleiro estimula que haja um ajustamento e tonicidade que como consequência resultará na melhora do equilíbrio, força muscular, consciência de seu próprio corpo, alinhamento corporal e coordenação motora, tudo isso em resposta aos estímulos recebidos e, por meio de revisões, os estudos apontaram positivamente para resultados às intervenções feitas através da equoterapia em relação a socialização e principalmente a comunicação (ZAMO; TRENTINI, 2016).

Portanto, tal informação reforça a ideia de que é considerável extrapolar alguns campos do saber, aproximando-se à ideia de transdisciplinaridade e entendendo que é possível haver uma troca, que há a possibilidade de integra-los ao invés de segrega-los, tendo em vista que como consequência haverá vastos resultados positivos à criança. Logo, no contexto em que a mesma vive podendo trazer junto a isso, uma melhora ao bem-estar tanto dela, quanto da família que muito sofre e se preocupa com tais questões citadas aqui.

Um dos aspectos estudados nessa relação refere-se à investigação do papel dos cuidadores primários na construção da intersubjetividade primária. Pais, professores e outros profissionais focam sua preocupação muito mais no atraso da fala do que nos aspectos sociais do comportamento da criança. Se, por um lado, há controvérsias sobre qual intervenção seria a

mais apropriada, por outro lado, existe também, um ponto de consenso na literatura que é a importância da identificação e intervenção precoce do autismo e seu relacionamento com o desenvolvimento subsequente, sendo necessário e importante entendê-los, compreendê-los e aceitá-los.

A avaliação de diagnóstico ideal, como já dito, deve ser transdisciplinar e conter alguns elementos, como: entrevista prévia com os pais, documentando-se a história social e familiar da criança, bem como a história médica, investigando detalhes da gestação. Também é importante observar a história do desenvolvimento do paciente, analisando seu comportamento em diferentes marcos próprios da idade. Há, nesse procedimento, utilização de instrumentos como questionários para os pais e professores, que auxiliam no diagnóstico. Não se pode descartar a avaliação médica, que se dá nas esferas neurológica, metabólica e genética, além de se observar problemas sensoriais, alimentares e de sono. Aliada a isso, há a avaliação psicológica, em que é feito um laudo minucioso acerca das peculiaridades cognitivas da criança em face do espectro autista.

Finalmente, após o diagnóstico, verifica-se a necessidade ou não de encaminhamento da criança a algum profissional de forma multidisciplinar (fonoaudiólogo, neurologista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional etc.). Além disso, é recomendável encaminhar o núcleo familiar a programas educacionais específicos, como programas de treinamento para os pais e de intervenção comportamental intensiva. São recomendáveis, também, avaliações psicológicas anuais com a criança.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O conteúdo apresentado nesse trabalho, primeiramente, carrega empatia e o interesse profundo pelo assunto que o torna pessoal entre suas autoras, na busca por compreender fatores que podem eventualmente dificultar ou facilitar a vida de crianças que apresentam o transtorno do espectro autista.

Em análise, o trabalho proposto permitiu observar o amplo campo de estudos, com vasto acervo de dados e pesquisas relacionados ao tema que propusemos o que nos permitiu aprofundar ainda mais nosso conhecimento. A problemática deu – se por questionarmos de que maneira a família e o contexto social em que criança autista influencia em seu desenvolvimento e mais, como esse trabalho multidisciplinar teria efeitos no diagnóstico precoce destas mesmas crianças? Mesmo com as evoluções a respeito dessa psicopatologia, esta ainda configura um

desafio na preparação de profissionais da saúde e educação e inclusão dessas crianças. Em muitas situações, os casos passam despercebidos ou recebem diagnósticos equivocados.

Durante pesquisas nos artigos que foram utilizados para embasamento teórico concluiu-se que a participação da família em compreender, primeiramente a criança como um sujeito, respeitando sua subjetividade e não o seu diagnóstico é fundamental para que o desenvolvimento da criança seja de maneira típica e melhor adaptável em sociedade, e nisto se constitui o elo interdisciplinar com o único objetivo de dar propósito, respeito e vez ao autista como sendo alguém de condição única como todos.

## REFERÊNCIAS

CARVALHO, Felipe Alckmin et al. Rastreamento de sinais precoces de transtorno do espectro do autismo em crianças de creches de um município de São Paulo. **Psicologia: teoria e prática**, v. 15, n. 2, p. 144-154, 2013.

DE SOUZA ZAM, Renata; TRENTINI, Clarissa Marcellí. Revisão sistemática sobre Avaliação Psicológica nas pesquisas em Equoterapia. **Psicologia: teoria e prática**, v. 18, n. 3, p. 81-97, 2016.

KINIPPEBERG, Carolina Pinho; GARCIA, Fernanda Santos; MACHADO, Letícia Vier. AUTISMO E AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: REVISÃO DE LITERATURA. **Psicologia & Conexões**, v. 1, n. 1, 2020.

MARQUES, Daniela Fernandes; BOSA, Cleonice Alves. Protocolo de avaliação de crianças com autismo: evidências de validade de critério. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 1, p. 43-51, 2015.

MEIMES, Máira Ainhoren; SALDANHA, Helena Castro; BOSA, Cleonice Alves. Adaptação materna ao transtorno do espectro autismo: relações entre crenças, sentimentos e fatores psicossociais. **Psico**, v. 46, n. 4, p. 412-422, 2015.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SILVA, Micheline; MULICK, James A. Diagnosticando el trastorno autista: aspectos fundamentales y consideraciones prácticas. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 29, n. 1, p. 116-131, 2009.

VOSGERAU, Dilmeire Sant'Anna Ramos; ROMANOWSKI, Joana Paulin. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista diálogo educacional**, v. 14, n. 41, p. 165-189, 2014.

# CAPÍTULO 23

## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

**Solange Maria Araújo Lima**, Estudante de Graduação de Enfermagem, FIP  
**Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues**, Doutora em pesquisa em cirurgia, FCMSC-SP, Docente do Centro de Estudos Universitários, FIP  
**Juliane de Oliveira Costa Nobre**, Doutora em Ciência da Saúde, FCMSC-SP, Docente, FIP  
**Kilmara Melo de Oliveira Souza**, Mestrada, UFCF, Mestre profissional, Ubrati, Docente, FIP

### RESUMO

Atualmente, o câncer de mama tornou-se um dos mais predominantes entre mulheres, sendo necessário a introdução de medidas que visem a detecção precoce tendo como foco a diminuição de casos novos. **OBJETIVO:** Investigar se as ações desenvolvidas pela equipe de saúde na atenção primária em relação à prevenção do câncer de mama, favorece ao seu rastreamento e detecção precoce. **METODOLOGIA:** O presente estudo caracterizou-se como descritivo e exploratório com abordagem quanti-qualitativa, sendo desenvolvido na Estratégia Saúde da Família (ESF) serviços de atenção primária à saúde do município de Jardim do Seridó-RN. **RESULTADOS:** Os resultados encontrados neste estudo, apontaram que houve maior prevalência do sexo feminino entre os profissionais que atuam na estratégia saúde da família, com 56%. Em referência à categoria profissional, a pesquisa abordou apenas médicos e enfermeiros dos quais, 56% dos profissionais eram enfermeiros e 44% médicos. Sobre o tempo de atuação, 67% atuavam há mais de um ano, dentro das unidades de saúde referente à coleta. Em relação aos cursos de capacitação, apenas 56% já haviam realizado e desses, 45% eram enfermeiros, sobre as ações de câncer de mama 86% afirmaram que foi realizada. Dentre essas ações, foram elencadas as mais usadas e as formas de rastreamentos que mais se estabeleciam. De acordo com o rastreamento, foi questionado se houve a identificação de mulheres sugestivas de câncer; os dados apontaram que 67% apresentavam essa indicação, havendo confirmação de 44% dos casos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Portanto através desse estudo, foi possível identificar as principais ações desenvolvidas e atuação dos profissionais na ESF que participaram da pesquisa. Todos os profissionais relataram desenvolver atividades preventivas, a grande maioria havia passado por cursos de capacitação e apesar de encontrar algumas dificuldades no desenvolvimento dessas intervenções, se mantêm persistentes. Essas condutas não se restringem apenas as unidades, são realizadas em escolas, projetos sociais, mutirões entre outros, com o intuito de alcançar um maior número de pessoas através da prestação de informação.

**PALAVRAS-CHAVE:** câncer de mama. Rastreamento. Atenção primária.

### INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o país passou por inúmeras transformações políticas e econômicas as quais redirecionaram a saúde, visando mudanças na qualidade dos serviços, de acordo com as características da população e o surgimento das doenças que estava ocorrendo de forma mais



prevalente, atribuindo os serviços públicos a promoção de medidas preventivas e tratamento adequado (FERNANDES et al., 2016).

Dentre as mudanças no cenário de saúde pública, está o crescente aumento das doenças crônicas e não transmissíveis, entre elas o câncer que atinge milhões de brasileiros por ano, com altos índices de mortalidade. Atualmente, o câncer de mama tornou-se um dos mais predominantes entre mulheres, sendo necessária a introdução de medidas que visem à detecção precoce e diminuição de casos novos (SILVA et al., 2016).

Diante desta perspectiva, estudos relatam que no Brasil, a estimativa para o ano de 2018 foi de 59.700 novos casos de câncer de mama. O desenvolvimento desta patologia é relativamente raro antes dos 35 anos, no entanto, acima desta faixa etária, sua incidência cresce de forma progressiva, principalmente após os 50 anos. Estatísticas apontam que esse aumento ocorre de forma crescente tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento (Instituto Nacional do Câncer José Alencar da Silva – INCA, 2019).

Um fato preocupante, diante dos inúmeros agravos que esta patologia pode acarretar, é de suma importância que os serviços de saúde disponibilizem informações e acesso aos serviços de forma ágil e eficaz. Existem vários tipos de câncer de mama, alguns têm sua evolução mais agressiva e outros nem tanto, no entanto, se detectado precocemente pode se ter um bom prognóstico, o que reduziria os números de mortalidade para este grupo.

É crescente o número de pesquisas relacionadas ao câncer de mama. Sua etiologia não está totalmente esclarecida e o seu desenvolvimento está atribuído a uma interação de fatores que são considerados determinantes no desenvolvimento desta patologia, sendo necessária a implantação de métodos preventivos. O rastreamento deve ser ofertado a todas as mulheres de acordo com os protocolos estabelecidos, proporcionando detecção precoce e agilidade de um bom prognóstico (FONSECA et al., 2016).

Os serviços de atenção básica atuam através da detecção precoce, tornando-se imprescindível para que esta descoberta seja realizada nesse nível de atenção, evitando assim, a descoberta em um estágio avançado da doença. O Ministério da Saúde recomenda o fornecimento de subsídios no âmbito educacional e no desenvolvimento de intervenções direcionadas ao controle dessa doença (BATISTON et al., 2016). É muito importante que essas ações preventivas sejam exercitadas por profissionais qualificados que estejam aptos a orientar sobre os principais sinais, sintomas e principalmente a importância de um diagnóstico prévio.

Segundo o Ministério da Saúde, são atribuições do enfermeiro, dentro da atenção básica, o controle do câncer de colo de útero e de mama, em que o mesmo deve ofertar a realização da atenção integral à mulher a partir da consulta de enfermagem, em que ocorre a coleta de exame preventivo e é efetivado o exame clínico das mamas. O profissional também poderá solicitar exames complementares, realizar atenção domiciliar quando necessário e atividades de educação permanente junto aos demais profissionais. Intervenções que tenham como finalidades a detecção precoce dos cânceres de colo de útero e mama, como também ofertar informações a população abrangida pela unidade básica (BRASIL, 2013).

No entanto, existe uma falta de informações por grande parte da população que vem dificultando este diagnóstico precoce, muitas vezes, detectado em um estado mais avançado, de modo que o paciente acaba desenvolvendo uma resposta negativa aos tratamentos realizados, acarretando o aumento no número de óbitos por esta patologia. De modo geral, boa parte da população ainda desconhece os principais sinais clínicos e meios preventivos existentes para detecção do câncer de mama.

Segundo o INCA (2016), cerca de 30% dos casos de câncer de mama podem ser evitados através da introdução de alguns hábitos saudáveis como a prática de atividade física, alimentação saudável e amamentação; ações simples que podem minimizar o acontecimento desta patologia.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) ressalta que o câncer de mama é diagnosticado tardiamente em cerca de 60% dos casos e que mudar essa situação é um desafio necessário, pois a detecção precoce aumenta significativamente a perspectiva e a qualidade de vida das mulheres posteriormente ao diagnóstico da doença (INCA, 2014a).

No ano de 2015, foram inseridas as diretrizes de detecção precoce do câncer de mama, onde foi incluída a avaliação e métodos alternativos de rastreamento, como o exame clínico das mamas, padronização do autoexame das mamas e método correto da realização e ultrassonografia mamária, onde viu-se a necessidade de avaliação mais rigorosa quanto à eficácia e riscos (MIGOWSKI et al., 2018).

Tendo em vista o grande aumento dos números de câncer de mama no país, é necessário que não se introduza apenas a oferta dos exames preventivos na rede básica. É preciso mobilizar as mulheres mais vulneráveis a comparecerem aos postos de saúde e implementar os sistemas de referência para o que for necessário encaminhar (BRASIL, 2014). O provimento dessas

ações deve orientar de forma clara e consistente, quanto a importância de hábitos saudáveis e os meios preventivos que devem ser realizados.

É de suma importância que o profissional de enfermagem esteja hábil aos sinais e sintomas característicos do câncer de mama, como também atuar de forma ativa nas ações de detecção precoce. Se esses serviços foram realizados de forma correta, é possível que ocorra uma grande diminuição nos casos de câncer de mama e conseqüentemente, o decréscimo dos casos de mortalidade por esta patologia. O enfermeiro tem a possibilidade de intervir nesta redução, através de um trabalho bem executado, com as orientações corretas. Por isso, é muito importante que ele tenha consciência da relevância da sua atuação dentro das comunidades.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo investigar se as ações preventivas desenvolvidas pela equipe de saúde na atenção primária a saúde em relação à prevenção do câncer de mama, favorecem a seu rastreamento e detecção precoce, além de listar as principais dificuldades pelo profissional da saúde e relatar as dificuldades na implementação destas ações.

Acreditamos que esta pesquisa será de grande relevância, tendo em vista que o câncer de mama é um dos mais prevalentes entre as mulheres, podendo contribuir para qualificar a assistência e subsidiar profissionais da área da saúde acerca do tema em questão, bem como favorecer o planejamento de ações preventivas e promocionais de saúde direcionados à população feminina.

O interesse por esta temática surgiu a partir da importância da qualificação dos profissionais de saúde que devem estar aptos a fornecer informações fidedignas que possam auxiliar na detecção precoce, como também descrever as dificuldades encontradas pelos profissionais na implantação destas ações.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, desenvolvido no ESF, Serviços de Atenção Primária à Saúde, no município de Jardim do Seridó-RN.

A população foi composta pelos profissionais que atuam nas ESF, médicos e enfermeiros que atual no atendimento à saúde da mulher e a amostra quantitativa composta no total de nove profissionais. Ressaltamos que a pesquisa havia sido descrita com dez profissionais, no entanto, em uma Unidade Básica de Saúde encontrava-se sem médico por tempo indeterminado de contratação.

A coleta de dados ocorreu através da aplicação de um questionário que foi aplicado através de entrevista ao participante. O instrumento foi elaborado pelas autoras deste estudo, tendo como base a literatura estudada composta por dados referentes às ações realizadas pelos profissionais em relação à detecção precoce e orientações as mulheres quanto à prevenção do câncer de mama.

O trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos, localizada no município de Patos-PB, sendo aprovado através do CAAE: 03170918.1.0000.5181, em 07 de fevereiro de 2019. Após esta aprovação teve início a coleta de dados na ESF dos profissionais que aceitaram participar.

Após a coleta, os dados quantitativos foram tabulados, analisados e apresentados em forma de gráficos com análise descrita das variáveis. Os dados qualitativos, a análise e interpretação foram realizados a partir da categorização dos dados, ordenação, classificação e análise dos dados pesquisados.

A realização deste estudo obedeceu a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre Ética da Pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados encontrados, neste estudo, apontaram que houve maior prevalência do sexo feminino entre os profissionais que atuam na estratégia saúde da família, com 56%, seguido de 44% do sexo masculino, totalizando 100% da população que participou da coleta.

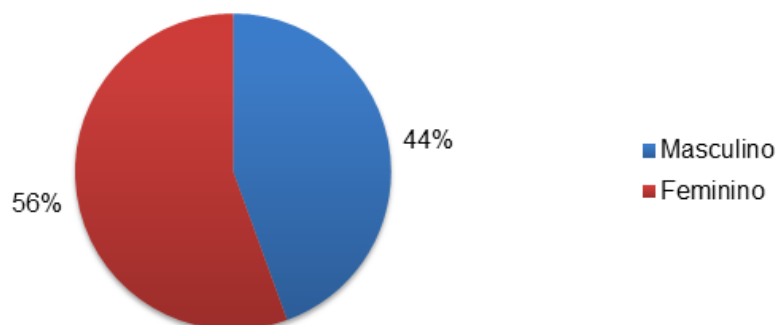
Em referência à categoria profissional, a pesquisa abordou apenas médicos e enfermeiros dos quais 56% dos profissionais eram enfermeiros e 44% médicos. Sobre o tempo de atuação, 67% atuavam a mais de um ano, seguido de 22% que estava a menos de um ano e 22% há um ano, dentro das unidades de saúde referentes à coleta.

Em relação aos cursos de capacitação sobre as ações de câncer de mama, apenas 56% já havia realizado (sendo 45% enfermeiros) e 86% afirmaram ter participado. Dentre essas ações, foram elencadas as mais usadas e as formas de rastreamentos que mais se estabeleciam.

De acordo com o rastreamento, foi questionado se houve a identificação de mulheres sugestivas de câncer. Os dados apontaram que 67% apresentavam essa indicação, havendo confirmação de 44% dos casos.

Diante dos dados relatados na pesquisa, seguem as discussões através dos gráficos.

**Gráfico 1 – Distribuição da amostra em relação ao gênero dos participantes (N=9), Jardim do Seridó/RN, 2019.**



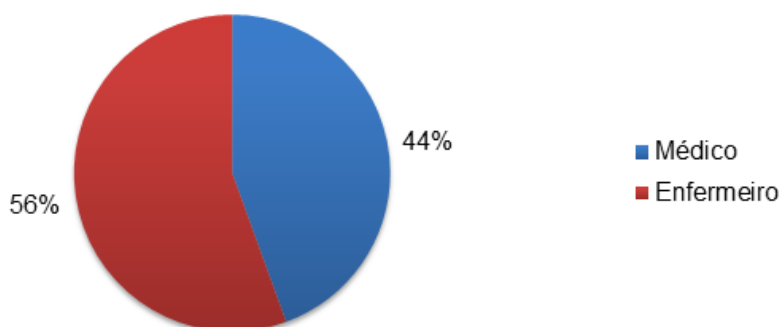
**Fonte: Autoria própria (2019).**

Os resultados obtidos neste gráfico caracterizam quanto ao gênero dos profissionais que participaram da pesquisa, sendo apontado maior prevalência de profissionais do sexo feminino, com um total de 56% da amostra e 44% do sexo masculino, totalizando 100% dos entrevistados.

Em uma pesquisa realizada por Lima et al. (2016), realizada no município de Serra – Espírito Santo, mostrou que dos 32 enfermeiros entrevistados, 27 eram do sexo feminino, atribuindo uma porcentagem de 84,4%. O mesmo ainda ressalta que independentemente da categoria profissional dos entrevistados em sua pesquisa, prevaleceu o sexo feminino.

Conforme o dado, foi possível notar que os profissionais do sexo feminino têm maior atuação dentro das ESF, sendo compatível com outros estudos que afirmam uma feminização dentro desses serviços.

**Gráfico 2 – Distribuição da amostra em relação à categoria profissional dos participantes (N=9), Jardim do Seridó-RN, 2019.**



**Fonte: Autoria própria (2019).**

Participaram do estudo nove profissionais de saúde de nível superior, dos quais foram selecionados apenas médicos e enfermeiros, obtendo 56% dos profissionais enfermeiros e 44% médicos. Vale ressaltar que uma das unidades de atenção básica, encontra-se sem médico por tempo indeterminado, podendo causar prejuízos à população que fica desassistida de uma

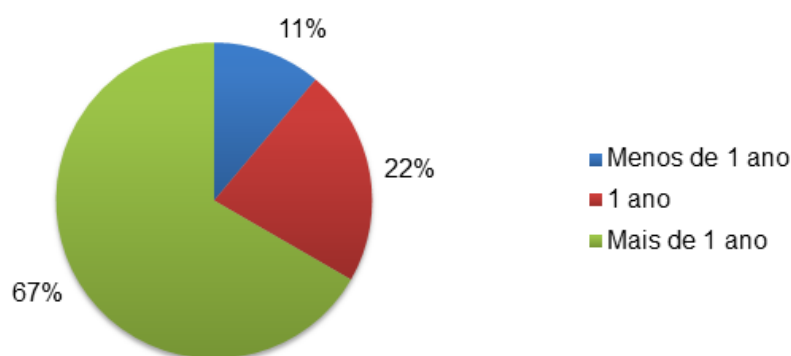
assistência médica e sobrecarregando as demais unidades, tendo em vista que os usuários procuravam assistência médica nas demais unidades do município.

Em um estudo realizado por Costa et al. (2013), no qual foi conduzido em 63 ESF de Montes Claros, tendo como propósito traçar o perfil dos profissionais de nível superior, dos 114 profissionais, 50 eram enfermeiros e 27 médicos, os demais profissionais pertenciam a outras áreas da saúde que atuavam dentro da ESF. Sendo uma grande parcela dos profissionais de enfermagem com 47,4% e 20% médicos.

Dessa forma, podemos inferir que os serviços de enfermagem se mostram mais atuantes dentro das unidades básicas de saúde, atribuindo uma maior responsabilidade a este profissional, tendo em vista, muitas vezes, o mesmo tornar-se responsável pela prestação de serviços de todos os usuários daquela unidade.

É de suma importância que estes profissionais tenham condições favoráveis de trabalho, para que possam realizar um serviço de qualidade, sendo capaz de estabelecer medidas de atenção básica, possibilitando um atendimento completo de forma igualitária, em que as estratégias estabelecidas possam ser executadas dentro e fora da unidade.

**Gráfico 3 – Distribuição da amostra em relação ao tempo de atuação dos profissionais no ESF (N=9), Jardim do Seridó-RN, 2019.**



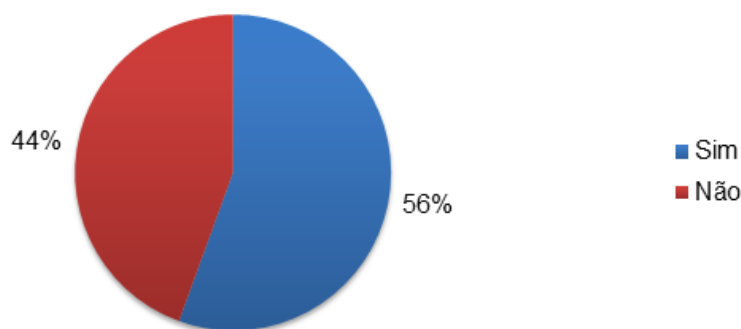
**Fonte: Autoria própria (2019).**

Pode-se constatar que, dentre a maioria dos profissionais, 67% atual há mais de um ano dentro dos serviços de ESF. Um fator relevante, tendo em vista que o tempo de atuação deste profissional favorece ao desenvolvimento de ações e estratégias, devido ao conhecimento prévio da área e das atividades que já foram desenvolvidas.

Em um estudo realizado por Firmino et al. (2016), o estudioso apontou que 20% dos profissionais de saúde atuavam há mais de um ano dentro da Estratégia Saúde da Família. Contrapondo-se aos resultados encontrados na diferenciação das proporções. Firmino et al.

(2016) ressalta que o fato da jornada de trabalho do enfermeiro na ESF ser de 40 horas semanais, demanda um grande desgaste físico e psíquico, que predispõe o trabalhador a doenças ocupacionais e possíveis falhas na assistência ao usuário. Isso influencia diretamente na permanência dos profissionais que atuam na ESF.

**Gráfico 4 – Distribuição da amostra em relação aos profissionais que participam de curso de capacitação na atenção à saúde da mulher (N=9), Jardim do Seridó-RN, 2019.**



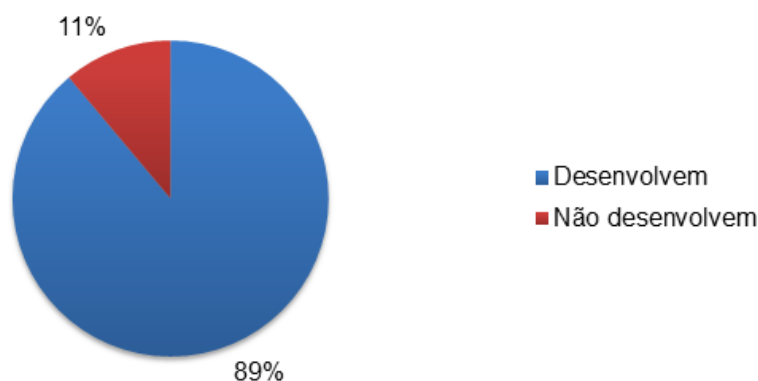
**Fonte: Autoria própria (2019).**

O gráfico 4 evidencia os profissionais que participaram de cursos de capacitação na atenção à saúde da mulher, obtendo o total de 56% de profissionais habilitados nesta área. É imprescindível que a assistência seja realizada por profissionais capacitados, que estejam aptos a uma detecção precoce e repasse de informações de forma clara e objetiva, possibilitando aos seus usuários um conhecimento prévio dos possíveis sinais e sintomas que caracterizam esta patologia.

Teixeira et al. (2017) aponta que dos 52,8% dos profissionais que participaram de sua pesquisa, realizada em Diadema – SP, tinham capacitação nas ações que são preconizadas pelo Ministério da Saúde, dentro da atenção básica, entre elas atenção à saúde da mulher, tendo como principal propósito a descoberta prévia dos principais agravos que acomete este grupo.

Em relação às categorias profissionais que compuseram este estudo, foi obtido que 45% dos enfermeiros e 33% dos médicos havia participado de cursos de capacitação na atenção à saúde da mulher. Em dados obtidos por Oliveira et al. (2016), através de uma análise de médicos e enfermeiros que atuavam na ESF de Goiânia, apontou que 86,4% de enfermeiros e 83,3% dos médicos possuíam cursos voltados a saúde da mulher. Vale ressaltar que em ambas as pesquisas, o número de profissionais de enfermagem que participaram de cursos de capacitação em saúde da mulher é bem mais relevante.

**Gráfico 5 – Distribuição da amostra em relação ao desenvolvimento de ações sobre o câncer de mama (N=9), Jardim do Seridó-RN, 2019.**



**Fonte: Autoria própria (2019).**

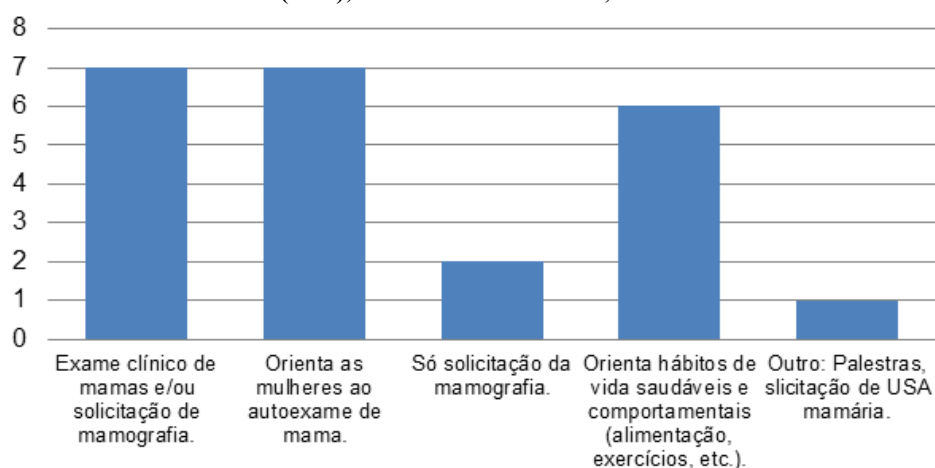
Com base nos dados obtidos, observou-se que 89% dos profissionais atuantes na ESF, desenvolvem ações relacionadas à prevenção do câncer de mama. Essas intervenções têm como principal propósito a detecção precoce do câncer de mama e orientações sobre autoexame das mamas, principais sinais clínicos, entre outros que permitiram ao usuário um conhecimento mais amplo acerca do desenvolvimento desta patologia.

De acordo com o INCA (2015), o câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete mulheres no mundo. As estratégias de câncer no Brasil vêm sendo implementadas desde meados do século passado, ocorrendo através de ações isoladas ou ações inseridas dentro dos programas de controle do câncer. Essas ações atuam com o objetivo de reduzir a incidência, mortalidade e morbidade do câncer na população, atuando através da detecção precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Com o incentivo ao desenvolvimento destas ações, foi elaborada a portaria nº 59 de 1º de outubro de 2015 que torna pública a decisão de aprovar as Diretrizes Nacionais para a detecção precoce do câncer de mama no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, dando a estes serviços maior amplitude, nas realizações das ações que devem ser desenvolvidas dentro dos serviços públicos (BRASIL, 2015).



**Gráfico 6 – Distribuição da amostra em relação às ações de prevenção e rastreamento do câncer de mama (N=9), Jardim do Seridó-RN, 2019.**



**Fonte: Autoria própria (2019).**

No gráfico 6, observa-se a associação das ações desenvolvidas por médicos e enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família, ressaltando que ambos os profissionais fazem uso de mais de uma ação, seja nas consultas, palestras ou atividades realizadas dentro e fora da unidade, assegurando que os usuários recebam as devidas orientações sobre a realização do autoexame das mamas, solicitação de exames clínicos e demais intervenções que possibilitem a prevenção e rastreamento de possíveis casos.

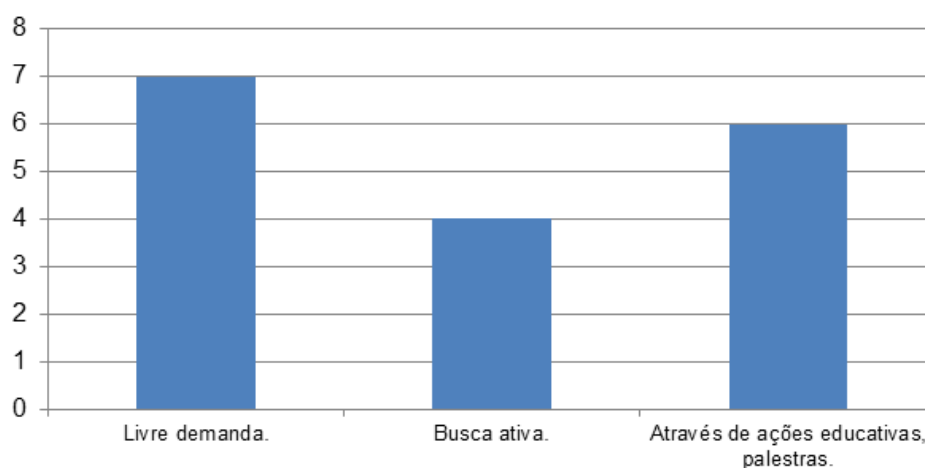
Segundo Itokazu, Ferreira, Rabitto (2016) um estudo realizado na cidade de Lins, mostrou que médicos e enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família realizam várias atividades nas ações de prevenção e rastreamento do câncer de mama, entre elas estão: encaminhamentos para exames de mamografia, exame físico, orientações sobre o autoexame das mamas, palestras.

Portanto, os dados obtidos em ambas as pesquisas sobre as ações de prevenção e rastreamento do câncer de mama são semelhantes, enaltecendo que os serviços de atenção básica realizam as atividades estabelecidas pelo Ministério da Saúde, com o intuito de uma busca ativa mais ampla que possibilite diminuição de casos e constatação de possíveis casos.

Todos os profissionais atuantes na ESF relataram que durante as consultas, orientavam sobre os fatores de riscos e reconhecimento de sinais e sintomas que são sugestivos para câncer de mama.

Segundo o INCA (2019), o câncer de mama não tem somente uma causa. A idade é um dos mais importantes fatores de risco. Outros fatores que aumentam o risco da doença são: fatores comportamentais, genéticos e hereditários, história reprodutiva e hormonal.

**Gráfico 7 – Distribuição da amostra em relação as formas de rastreamento (N=9), Jardim do Seridó-RN, 2019.**

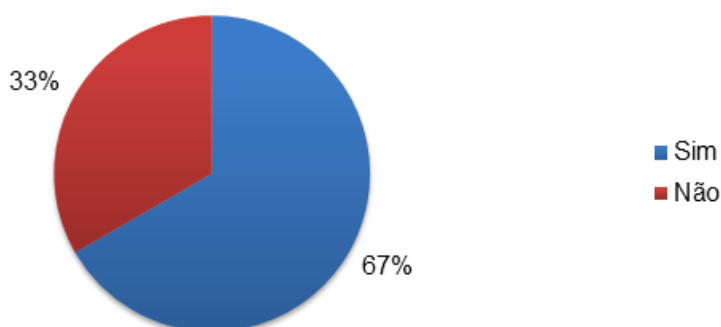


**Fonte: Autoria própria (2019).**

De acordo com as formas de rastreamento, ambos os profissionais atuam de acordo com as necessidades de cada unidade, sendo estabelecida através da livre demanda onde os usuários procuram a unidade de saúde, sendo realizado o exame clínico das mamas e, sem necessário, é feita a solicitação de USG mamária ou mamografia. No decorrer da consulta são repassadas as principais orientações para detecção e autoexame das mamas. Na busca ativa, os profissionais vão de encontro a possíveis casos suspeitos ou usuários que estejam impossibilitados de ir aos serviços. Outra forma de rastreamento ocorre através das ações educativas e palestras que são realizadas dentro e fora da unidade, possibilitando prestação de informações aos diversos grupos e faixa etária.

Estas ações, além de proporcionar informações a população, criam um vínculo de confiabilidade entre profissionais e paciente, favorecendo a criação de uma reflexão e trocas de relatos entre ambos, facilitando a prevenção primária e secundária.

Gráfico 8 – Distribuição da amostra em relação aos profissionais que, durante o rastreamento, já identificaram mulheres sugestivas de câncer de mama (N=9), Jardim do Seridó-RN, 2019.



Fonte: Autoria própria (2019).

Através do exame clínico das mamas, é possível a detecção de sinais e sintomas sugestivos de câncer de mama, tais como: caroço (nódulo), geralmente indolor; pele da mama avermelhada, retraída ou parecida com casca de laranja; alterações no bico do peito (mamilo); pequenos nódulos na região embaixo dos braços (axilas) ou no pescoço; saída de líquido anormal das mamas. No entanto, vale ressaltar que são necessários exames complementares para que seja dada a confirmação do câncer de mama (INCA, 2014b).

Com base nos dados obtidos, 67% dos profissionais identificaram mulheres sugestivas de câncer de mama que durante o exame clínico das mamas foram notados um ou mais sinais que levantaram a suspeita de um possível diagnóstico.

Conforme conduta estabelecida, as mesmas foram encaminhadas para realização de exames mais específicos que pudessem comprovar ou descartar o diagnóstico pré-estabelecido. No entanto, dos 67% que identificaram casos sugestivos de câncer de mama, apenas 44% obtiveram confirmação do mesmo. Através desses dados, podemos ressaltar a importância do exame clínico das mamas e da procura prévia dos serviços de atenção básica. Ações que possibilitam o diagnóstico precoce e maiores chances de cura.

Segundo Barbosa et al. (2018), 91% dos enfermeiros que compuseram sua pesquisa, relataram investigar sobre os fatos de risco para câncer de mama, principalmente durante coleta do exame de Papanicolau, 96,3% referiram o exame clínico das mamas como prática no atendimento à mulher.

Através dos dados mostrados, podemos acentuar a importância da atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, dentro das ações de prevenção e diagnóstico precoce, estabelecendo condutas que priorizem o repasse de informações sobre o diagnóstico e tratamento.

Alguns profissionais relatam dificuldades na execução das ações, referindo-se à falta de conscientização por parte dos usuários, procura escassa da população aos serviços e dificuldades em especialistas.

No entanto, é necessário que a equipe crie estratégias que viabilizem a oferta de serviços e resgatem o público alvo, com o intuito de minimizar possíveis agravos futuros.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os dados analisados para esse estudo apontaram que médicos e enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família realizam ações de controle e prevenção do câncer de mama, atuando nas orientações, rodas de conversas, exames clínicos das mamas e incentivando para o autoexame que consiste na auto palpação mamária.

Alguns profissionais relataram dificuldades na execução das ações tais como: pouca demanda, falta de profissionais especialistas, resistência para realização dos exames. No entanto, a promoção dessas ações atua de forma significativa no rastreamento e detecção precoce de câncer de mama, faz-se necessário que os profissionais atuem de forma persistente no desenvolvimento das mesmas.

É necessário que estes serviços sejam prestados por profissionais capacitados que estejam aptos à detecção dos sinais sugestivos de câncer. Essas ações devem ser planejadas e englobadas dentro dos serviços de saúde, não devendo delimitar-se apenas ao momento do exame citológico, garantindo que o controle dessas neoplasias seja realizado nesse nível de atenção. Sendo fundamental que a ESF esteja preparada e incentive os profissionais a busca contínua de qualificação.

Portanto, através desse estudo foi possível identificar as principais ações desenvolvidas e atuação dos profissionais na ESF que participaram da pesquisa. Todos os profissionais relataram desenvolver atividades preventivas; a grande maioria havia passado por cursos de capacitação e, apesar de encontrar algumas dificuldades no desenvolvimento dessas intervenções, se mantêm persistentes. Essas condutas não se restringem apenas às unidades, são realizadas em escolas, projetos sociais, mutirões, entre outros, com o intuito de alcançar um maior número de pessoas através da prestação de informação.

Conforme o exposto, viu-se que a importância do rastreamento do câncer de mama na atenção primária, é de suma importância que esses casos sejam diagnosticados precocemente, facilitando desta forma o tratamento e reabilitação da paciente.

Todos os profissionais devem atuar de forma comprometida de modo que a continuação das ações seja inserida de forma efetiva nos serviços de ESF, visando bem-estar do paciente e comprometimento do mesmo. Se desenvolvidas de forma correta, as ações preventivas atuarão a longo prazo, possibilitando a diminuição de casos confirmados e reduzindo o número de mortalidade por esta patologia.

## REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Y. C. et al. Detecção precoce do câncer de mama: como atuam os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde?. *REVISTA DE APS (online)*, v. 2, p. 375-386, 2018.
- BATISTON, A. P. et al. Conhecimentos e prática de médicos e enfermeiros sobre detecção precoce do câncer de mama. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza*: v. 29, n. 2, p. 153-162, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 59, de 1º de outubro de 2015. Torna pública a decisão de aprovar as Diretrizes Nacionais para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* de 05 de outubro de 2015, nº 190, Seção 1, pág. 693.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. 2. ed., Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 90-96, 2013.
- FERNANDES, L. T. B. et al. Atuação do enfermeiro no gerenciamento do programa de assistência integral à saúde da mulher. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Paraíba*, v. 20, n. 3, p. 219-226, 2016.
- FIRMINO, A. A. et al. Atuação de enfermeiros na estratégia de saúde da família em município de Minas Gerais. *Saúde (Santa Maria), Rio Grande do Sul*, v. 42, n.1, p. 49-58, 2016.
- FONSECA, A. B. C. et al. Estimativa para o câncer de mama feminino e assistência de enfermagem na prevenção. *Temas em Saúde, João Pessoa/PB*, v. 16, n. 4, p. 14-30, 2016.
- INCA, Instituto de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Câncer de mama: é preciso falar disso*. Rio de Janeiro: Inca, 2014a.
- INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Coordenação de Prevenção e Vigilância: Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2014b.
- INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Câncer de mama*. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>>. Acesso em: 24.abr.2018.
- INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Câncer de mama: vamos falar sobre isso?*. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em:

<<https://www.inca.gov.br/campanhas/outubro-rosa/2016/cancer-de-mama-vamos-falar-sobre-isso>>. Acesso em: 23.abr.2018.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

ITOKAZU, A. T., FERREIRA, K. F. A. L., RABITTO, L. N. P. Estratégia Saúde da Família: ações dos profissionais de saúde para o enfrentamento do câncer de mama. 2016, 72p. Monografia (Graduação em Enfermagem) Centro Universitário Católico Salesiano *Auxilium* – UNISALESIANO, Lins/SP, 2016.

LIMA, E. F. A. et al. Perfil profissional de trabalhadores de equipes saúde da família. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 1-5, 2016.

MIGOWSKI, A. et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. Cad. Saúde Pública (online), v. 34, n. 6, p. 1-16, 2018.

OLIVEIRA, M. P. R. et al. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade de atenção primária. Revista Brasileira de Atenção Médica (online), v. 40, n. 4, p. 547-549, 2016.

SILV, L. A. A. et al. Gestão da atenção à saúde de usuários com doenças crônicas e degenerativas. Saúde (Santa Maria), Rio Grande do Sul, v. 42, n. 1, p. 67-74, 2016.

TEIXEIRA, M. S. et al. Atuação do enfermeiro na atenção primária no controle do câncer de mama. *Acta paul. enferm.* (online), v. 30, n. 1, p.1-7, 2017.

# CAPÍTULO 24

## PARA ALÉM DO ASPECTO MÉDICO-BIOLÓGICO: A DETERMINAÇÃO DOS ASPECTOS SÓCIOECONÔMICOS NO ATRASO DO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER PEDIÁTRICO

**Thiago de Oliveira Machado**, Mestre em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Assistente Social no Hospital Universitário Antônio Pedro, Universidade Federal Fluminense (UFF)

### RESUMO

A determinação dos aspectos socioeconômicos aponta o caráter dinâmico dos processos de saúde–doença, remetendo ao reconhecimento das interferências das condições de existência tanto na produção de agravos quanto na recuperação da saúde dos indivíduos. Compreendendo o campo da atenção oncológica a partir desta perspectiva, identificamos o atravessamento destes aspectos, não só no risco ao adoecimento por câncer, mas também nas condições de acesso da população ao diagnóstico precoce e ao tratamento da doença. Assim, as implicações socioeconômicas são relevantes no que tange ao diagnóstico precoce e ao tratamento do câncer pediátrico. Questões fundamentais à intervenção dos profissionais de saúde e qualificação da assistência.

**PALAVRA CHAVE:** Condições de vida, diagnóstico precoce, e características do adoecimento do câncer pediátrico.

### INTRODUÇÃO

Conforme aponta a literatura especializada, o atraso no diagnóstico é um dos principais fatores que podem interferir na probabilidade de sobrevida no câncer pediátrico. Este atraso pode ser decorrente de condições como a qualificação de profissionais na atenção primária para avaliar e suspeitar de uma neoplasia, da oferta de serviços diagnósticos na rede de saúde pública, do comportamento biológico da doença e por razões socioeconômicas e culturais.

O cotidiano institucional de tratamento de crianças e adolescentes com câncer deixa patente a existência de um conjunto de demandas particularizadas, cujo desvelamento remete a discussão para o âmbito da natureza e das formas de inserção social das famílias de crianças e adolescentes com câncer.

Assim sendo, objetivamos considerar elementos significativos para pensar as condições sociais, econômicas e culturais das famílias de crianças e adolescentes em estadiamento avançado e/ou metastático. Para mais, buscaremos subsídios que possam contribuir para o programa de controle do câncer pediátrico no Brasil e que instrumentalizem os profissionais de saúde na compreensão da realidade social dessas famílias.

## **METODOLOGIA**

Estudo analítico que, por meio da bibliografia especializada da área e dados científicos, observa o atravessamento das determinações socioeconômicas e culturais, não só no risco ao adoecimento por câncer, mas também nas condições de acesso da população ao diagnóstico precoce e ao tratamento da doença.

## **RESULTADOS**

O diagnóstico precoce vem se constituindo em um dos maiores desafios na atenção à saúde de crianças e adolescentes. Constitui-se num processo complexo, influenciado por uma série de fatores, entre os quais se destacam sinais e sintomas inespecíficos que se confundem com outras doenças na infância, a falta de qualificação dos profissionais de saúde para identificação dos sinais e sintomas do câncer pediátrico, as deficiências no sistema único de saúde no que se refere ao acesso à rede de atendimento e a sua capacidade instalada para diagnóstico, à fragmentação e à precariedade da organização da atenção integral à saúde da criança e do adolescente (BRASIL, 2009). Além destes são apontados também como fatores que interferem no diagnóstico precoce, o medo e a falta de informação dos pais, interferências socioeconômicas e, até mesmo, barreiras religiosas (BRASIL, 2008).

Tal quadro possibilita deduzir novamente a existência de correlação entre condições de vida, acessos aos serviços de saúde e as características do adoecimento por câncer, pressuposto que justifica a necessidade do aprofundamento desse debate. Dessa forma, este estudo analisa o problema do câncer pediátrico como expressão das determinações estruturais da realidade brasileira, sob as quais se condicionam as desigualdades sociais, a pobreza e a institucionalização das políticas sociais e das políticas de saúde.

## **DESCRIÇÃO**

Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. O cálculo global corrigido para o sub-registro aponta a ocorrência de 640 mil casos novos (BRASIL, 2018). Nas últimas décadas, no campo da oncologia, percebem-se importantes avanços tanto na prevenção quanto no diagnóstico e tratamento. Não obstante ele continua sendo um problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

Assim como os tumores em adultos, o câncer pediátrico constitui-se também num grave problema de saúde pública, considerando que já aparece entre as 10 primeiras causas de óbitos



no país na faixa etária de 1 a 19 anos, sendo a primeira causa de óbitos por doenças na faixa etária dos 5 aos 18 anos (BRASIL, 2018).

O câncer pediátrico compreende a faixa etária entre 0 a 18 anos, representando de 1% a 4% de todos os tumores malignos, na maioria das populações. No Brasil representa 3% dos tumores malignos. Para o ano de 2018, válidas também para o ano de 2019 apontam para a ocorrência de 12.500 mil casos novos de câncer em crianças e adolescentes até os 19 anos a cada ano (BRASIL, 2018).

Os tumores infantis correspondem a um conjunto de diferentes neoplasias, que variam de acordo com o tipo histológico, localização primária do tumor, etnia, sexo e idade, sendo os mais frequentes as leucemias, os linfomas e os tumores do sistema nervoso central. Do ponto de vista clínico, apresentam menores períodos de latência, crescem rapidamente e são mais invasivos, porém, respondem melhor ao tratamento e são considerados de bom prognóstico (BRASIL, 2018).

O prognóstico está associado a uma série de fatores que vão do tipo e localização do tumor à qualidade do tratamento. De acordo com os estudos realizados até o momento, se diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados, devido aos avanços na terapêutica nos últimos trinta anos, as taxas de cura podem chegar à cerca de 85%.

## **DISCUSSÃO**

Com o aporte legal (Constituição Federal de 1988, Lei 8.080/90, Lei 8.142/90 e demais normatizações, decretos e portarias que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS) a saúde passou a ser compreendida não só como ausência de doença, mas como resultado das condições de vida da população, à medida que considera aspectos econômicos e sociais como condicionantes na produção da saúde, no risco de adoecimento e nas condições para acesso ao sistema de saúde.

Tal concepção trouxe o entendimento de que o processo saúde-doença constitui-se num processo social que envolve as relações dos homens com a natureza e com outros homens. Nesse sentido passou-se a falar em determinações sociais do processo-saúde doença, por se reconhecer que as necessidades de saúde não residem unicamente em não estar doente, mas fundamentalmente sofrem a influência da cultura, das relações sociais e econômicas, das condições de vida (BRASIL, 2008).

O conceito ampliado de saúde trouxe a exigência do trabalho coletivo em que ao se inserir num trabalho interdisciplinar na saúde, os profissionais dispõem de um olhar

diferenciado na interpretação das condições de saúde do usuário buscando estratégias na articulação com rede intersetorial.

No campo da atenção oncológica muitas são as demandas que emergem do contexto dos usuários em tratamento, determinadas por sua inserção social e econômica. Entre elas as condições de acessibilidade ao centro especializado de tratamento, têm caráter central, considerando-se as necessidades de transporte, hospedagem, manutenção dos meios de subsistência, do trabalho e da renda, a adequação das condições de moradia às necessidades do tratamento, no que se refere sua infraestrutura e distância e localização, a falta de políticas públicas que respondam tal demanda.

Cabe destacar, em relação à criança e aos adolescentes a limitada proteção social promovida pelo Estado produz uma série de questões, entre as quais destacamos: a situação de pais sem vínculo previdenciário que sem opções precisam deixar seus meios de subsistência para acompanhar as várias internações e deslocamentos; a situação de responsáveis que enfrentam inúmeras dificuldades e constrangimentos por parte do empregador para comparecer às consultas e exames no curso do tratamento prolongado de seus filhos; dentre outras questões.

Por sua vez, no campo da prevenção da doença um dos aspectos sociais mais debatidos tem sido as condições de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Neste aspecto, Carvalho, 2008 salienta que a trajetória de acesso dos usuários aos serviços públicos de saúde possui uma série de condicionantes que vão desde o hábito da população de buscar os serviços da atenção básica até a alta complexidade; as crenças religiosas; a disponibilidade de serviços e de transporte; distâncias geográficas; a desqualificação do atendimento público em detrimento do privado e a forma como é gerida a saúde nos municípios. Complementa ainda que a parcela da população que vive em condições de precariedade social e econômica enfrenta maiores dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde aos riscos de adoecimento advindos de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiências de serviços e questões culturais, afirma ainda a autora que em relação ao câncer os segmentos mais pobres enfrentam barreiras de acesso a serviços de saúde para detecção e tratamento precoce da doença.

Logo, o acesso envolve um conjunto de elementos culturais, políticos e econômicos em relação aos serviços de saúde que historicamente vem sendo ofertada a população. Partindo deste pressuposto, as condições sociais e econômicas são delimitantes na detecção precoce.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A determinação dos aspectos socioeconômicos sinaliza o dinamismo do processo saúde–doença, o qual nos remete ao reconhecimento das interferências das condições de vida no atraso do diagnóstico e, por conseguinte no tratamento da doença, premissa que vem exigindo a construção gradativa de um novo modo de atenção à saúde, na intenção de superar o ainda prevalente modelo biomédico. Isto implica admitir que, tão importante quanto o tratamento dado aos aspectos biológicos, é a atenção destinada aos aspectos sociais que atravessam os processos de saúde-doença.

O melhor entendimento da interferência desses fatores na cadeia de cuidados assume peso crucial na qualificação da assistência, tendo em vista instrumentalizar os profissionais de saúde na compreensão da realidade social dessas famílias de crianças e adolescentes com câncer.

Entretanto, entendemos que os programas de prevenção e controle da doença precisam ir além dos mecanismos de ações já estabelecidos, com estudos que aprofundem a compreensão sobre as condições de vida das famílias de crianças e adolescentes com câncer.

## REFERENCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Câncer da Criança e do Adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade.** / Instituto Nacional do Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

\_\_\_\_\_. **Protocolo de Diagnóstico Precoce do Câncer Pediátrico.** Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Diagnóstico Precoce do Câncer na Criança e no Adolescente.** / Instituto Nacional de Câncer, Instituto Ronald McDonald. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas da Incidência de Câncer no Brasil.** Estimativas 2012. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

CARVALHO, C. S. U. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia.** V. 54, n. 1, p. 97 -102; 2008.

HOWARD SC, MARINONI M, CASTILLO L, BONILLA M, TOGNONI G, LUNA-FINEMAN S, *et al.* improving outcomes for children with cancer in low-income countries in Latin America: a report on the recent meetings of the Monza international school of Pediatric Hematology/oncology (MisPHo)-Part i. **Pediatric Blood & Cancer** . 2007 Mar; 48(3):364-9.

HOWARD SC., WILIMAS JA. delays in diagnosis and treatment of childhood cancer: where in the world are they important? **Pediatric Blood & Cancer.** 2005 apr; 44(4):303-4.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

MOSCONL, N.; KRUGER. T. R. O Serviço Social na Atenção Básica e o Acesso aos Serviços de saúde. **Rev. Saúde Públ.** Santa Cat, Florianópolis, v.3, n. 2, jul.dez. 2010;

MOSTERT S, ARORA RS, ARREOLA M, BAGAI P, FRIEDRICH P, GUPTA S, *et al.* abandonment of treatment for childhood cancer: position statement of a SIOP PODC Working Group. **The Lancet Oncology.** 2011 aug.; 12(8):719-20

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T.. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A.; BRAVO, M.; UCHOA, R.; Vera N.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (Orgs). **Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional.** 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009, v. 1, p. 218-242.

RODRIGUEZ-GALINDO C, FRIEDRICH P, ALCASABAS P, ANTILLON F, BANAVALI S, CASTILLO L, *et al.* toward the cure of all children with cancer through collaborative efforts: pediatric oncology as a global challenge. **Journal of Clinical Oncology (JCO).** 2015 sep. 20; 33(27): 3065-73.10.

S MITH MA, SEIBEL NL, ALTEKRUSE SF, RIES LA, MELBERT DL, O’LEARY M, outcomes for children and adolescents with cancer: challenges for the twenty-first century. **Journal of Clinical Oncology (JCO).** 2010 May 20; 28(15): 2625-34.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. cancer prevention and control in the context of an integrated approach: WHa resolution; **seventieth World Health assembly**; WHa70.12 [internet]. Geneve: WHO; 2017 [cited 2018 ago 29].

# CAPÍTULO 25

## POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES ESCOLARES<sup>1</sup>

DOI: 10.47402/ed.ep.c202146825066

Geissiane Felizardo Vivian, Acadêmica de Medicina, UFS  
Lays Hevécia Silveira de Farias, Mestranda em Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães, FIOCRUZ-PE  
Ingrede Tatiane Serafim Santana, Doutoranda em Ciências Fisiológicas, UFS  
Priscilla Daisy Cardoso Batista, Mestra em Psicologia Social, UFS e Professora Efetiva do Departamento de Medicina de Lagarto, UFS  
Anny Giselly Milhome da Costa Farre, Doutora em Enfermagem, UFC e Professora Efetiva do Departamento de Enfermagem de Lagarto, UFS

### RESUMO

A adolescência é marcada por intensas mudanças biopsicossociais e representa o momento oportuno para o indivíduo potencializar suas capacidades para promoção da saúde mental e fortalecer mecanismos para superação das dificuldades encontradas. No entanto, transtornos mentais estão entre as doenças que mais acometem os adolescentes, fato esse que vem influenciando, por exemplo, no panorama atual de suicídio, evasão escolar e violência; nesse sentido, a escola representa um cenário potencial para educação em saúde mental entre adolescentes. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi identificar as potencialidades e desafios para a promoção da saúde mental entre adolescentes na escola por meio da fotografia. Trata-se de uma pesquisa do tipo participante, com abordagem qualitativa e que utilizou o método fotovoz para coleta e organização dos dados. A pesquisa foi realizada em escola pública estadual localizada em um município do interior do Estado de Sergipe, Nordeste, Brasil, com a participação de 28 alunos entre 15 e 17 anos. Foram realizados oito encontros grupais no período de janeiro a fevereiro de 2019 com os participantes e as fotografias e suas histórias-livres foram categorizadas por relevância em um processo de reflexão dialógica com os participantes, a respeito das temáticas sobre capacidades e dificuldades para promoção da saúde mental dos adolescentes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, com CAAE nº 92286018.3.0000.5546 e Parecer nº 2.771.676. Os elementos essenciais para a promoção da saúde mental elencados pelos adolescentes foram: amor, paz, diálogo/conversa, receber elogios dos professores e fazer o que gosta - dançar, viajar, jogar bola; por sua vez, os elementos limitantes foram: isolamento social, cobranças dos professores, autocranção, falta de diálogo/compreensão da escola e pais, solidão, e medo do fracasso. Sobre as categorias e subcategorias apresentadas a respeito das potencialidades para promoção da saúde mental na adolescência, as fotografias e relatos representaram, em sua maioria, as capacidades da escola, com destaque para o espírito de união, amizade e o contato com a natureza; por sua vez, as representações nas categorias e subcategorias sobre os desafios para promoção da saúde mental na adolescência, abordaram principalmente pensamentos e emoções negativas como o isolamento do convívio social, inseguranças, cobranças externas e autocranções, escuta ineficaz, medo, angústia e solidão. Observou-se que o lazer e as relações sociais são elementos potencializadores da saúde mental dos adolescentes, enquanto frequentes pensamentos e emoções negativas, falta de apoio emocional na escola e ausência de diálogo intrafamiliar e escolar representam desafios a serem superados para promoção da saúde mental do adolescente. Nesse sentido, ações de educação

em saúde na escola destacam-se como importantes estratégias para direcionamento e discussão de temáticas como a saúde mental do adolescente, por permitirem, principalmente, o empoderamento do adolescente no dialogar e o espaço propício a sua livre expressão de pensamentos e sentimentos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do Adolescente; Promoção da Saúde; Saúde Mental; Fotovoz.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a adolescência como um período, entre 10 e 19 anos. Essa fase é marcada por intensas mudanças biopsicossociais, na qual o adolescente desenvolve autonomia e cria suas próprias redes de apoio (WHO, 1986), representando o momento oportuno para o indivíduo potencializar suas capacidades para promoção da saúde mental e fortalecer mecanismos para superação das dificuldades. No entanto, os transtornos mentais estão entre as doenças que mais acometem os adolescentes, fato esse que vem influenciando no panorama atual de suicídio, evasão escolar e violência (ALEMÁN-DÍAZ *et al.*, 2016; BARATA, 2016; LOPES *et al.*, 2016).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que 13% dos adolescentes brasileiros de 15 a 17 anos abandonam a escola sem concluir os estudos (IBGE, 2019). Ademais, a violência interpessoal é a principal razão pela qual jovens de 10 a 19 anos perdem a vida precocemente no país; esses dados apresentam fatores biopsicossociais que influenciam a saúde mental dos adolescentes brasileiros e seus desdobramentos nas áreas social, econômica e cultural (WHO, 2017).

Diante das dificuldades a serem superadas para promoção da saúde na adolescência, os processos grupais de educação em saúde, baseados em abordagens atrativas e críticas, parecem fornecer caminhos para trabalhar temas sensíveis com adolescentes. Nesse sentido, a arte em geral e, especificamente, a fotografia é um recurso capaz de gerar reflexões sobre a realidade e apoiar o adolescente a transitar de uma visão mágica para crítica de saúde (COSTA *et al.*, 2013).

O objetivo do presente estudo foi identificar as potencialidades e desafios para a promoção da saúde mental entre adolescentes na escola por meio da fotografia. Destaca-se que o termo potencialidades está relacionado as habilidades existentes entre os adolescentes para melhoria da saúde mental e os desafios correspondem as dificuldades na manutenção do ser saudável.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo participante com abordagem qualitativa, que utilizou o método fotovoz para coleta e organização dos dados. Fotovoz é uma estratégia participativa

de promoção da saúde, na qual os participantes usam câmeras para documentar suas realidades de saúde ou trabalho, e assim poder advogar mudanças em suas comunidades, utilizando o poder de imagens e histórias para se comunicar (WANG; REDWOOD-JONES, 2001).

Esse estudo foi desenvolvido em uma escola pública estadual localizada em um município do interior do Estado de Sergipe, Nordeste, Brasil. No ano de 2019, a população estimada no município era de 104.408 habitantes, com cerca de 9.556 adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos. Um total de 4.061 matrículas escolares foram realizadas no ensino médio, distribuídas nas oito escolas locais, em 2018 (IBGE, 2019).

A referida escola foi selecionada como campo de pesquisa por representar o ambiente público com maior agrupamento de adolescentes escolares na faixa etária de 15 a 17 anos de idade, correspondente a 300 pessoas. Além disso, outro fato que chamou a atenção das pesquisadoras foi a ocorrência de um caso de suicídio de uma estudante dessa escola no ano de 2017, com grande repercussão na cidade.

Inicialmente, foram realizadas etapas de sensibilização e divulgação nas salas de aula, que resultaram na entrega de 29 fichas de inscrições na secretaria. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: ser aluno regular, ter entre 15 a 17 anos de idade; ter telefone celular próprio com câmera fotográfica; declarar disponibilidade de horário para permanecer um turno semanal na escola, além do seu horário de aulas; e aprovação dos pais ou responsáveis. Conforme esses critérios 28 alunos foram selecionados, contudo apenas 10 permaneceram até o final da coleta devido à participação irregular e impossibilidade de conciliar a pesquisa em função das avaliações escolares.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a fevereiro de 2019 por meio de nove encontros grupais, com frequência semanal, na própria escola, com duração de uma hora e 30 minutos cada, mediados por uma pesquisadora-facilitadora com treinamento no método fotovoz de 40 horas fornecido por pesquisadora-sênior. O estudo seguiu as 10 etapas do método fotovoz: 1. Problematização; 2. Seleção de temas iniciais para fotografar; 3. Treinamento para uso da câmera e aspectos éticos; 4. Fotografia; 5. Seleção das imagens para discussão; 6. Contextualização e escritura de histórias de cada fotografia; 7. Codificação; 8. Soluções para os problemas; 9. Divulgação e sensibilização da comunidade, gestores, mídia, pesquisadores; e 10. Avaliação (COSTA *et al.*, 2013). As atividades desenvolvidas e relacionadas as etapas do método fotovoz são descritas no Quadro 1.

**Quadro 1:** Descrição das etapas e objetivos dos encontros grupais desenvolvidos com adolescentes escolares. Sergipe, SE, Brasil, 2019.

<b>Etapas</b>	<b>Objetivos do encontro</b>
1. Problematização.	1º encontro – Contextualizar o cenário de vida dos adolescentes com foco na saúde mental por meio de desenhos; 2º encontro – Identificar as capacidades e as dificuldades para promoção da saúde mental na adolescência.
2. Seleção dos temas iniciais para fotografar.	3º encontro – Direcionar as capacidades e dificuldades para promoção da saúde mental a serem fotografadas.
3. Treinamento para uso da câmera e aspectos éticos.	4º encontro – Fornecer técnicas de imagem e reforçar aspectos éticos do uso da imagem.
4. Fotografia.	Após período de sete dias para realizar as fotografias - 5º encontro – Tirar dúvidas sobre os registros das fotografias.
5. Seleção das imagens para discussão;	6º encontro – Selecionar as imagens mais significativas para os participantes.
6. Discussão e escrita de histórias-livres para cada fotografia;	Cada participante foi convidado a escrever histórias-livres sobre as fotografias que escolheram.
7. Codificação.	7º encontro – Codificar as fotografias e suas histórias-livres em categorias dentro da temática - capacidades e dificuldades - junto ao grupo.
8. Soluções para os problemas.	8º encontro – Elencar possíveis soluções para superação das dificuldades e potencialização das capacidades;
9. Divulgação e sensibilização externa;	9º encontro – Realizar a exposição fotográfica <i>Lumière</i> . Os participantes avaliaram o processo realizado em sessão de discussão crítica.
10. Avaliação.	

**Fonte:** Autor (2019)

As seguintes questões nortearam a etapa de problematização: O que é saúde mental? O que é necessário para um adolescente ter saúde mental? Como está a saúde mental do adolescente morador da cidade? Qual sua perspectiva de futuro?

As fotografias e suas histórias-livres foram categorizadas por relevância em um processo conjunto com os participantes nas temáticas sobre capacidades e dificuldades para



promoção da saúde mental dos adolescentes. Para identificação de imagens, histórias-livre ou falas/depoimentos, os 28 participantes foram codificados com a letra P, seguida de um número ordinal (1 a 28).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, com CAAE nº 92286018.3.0000.5546 e Parecer nº 2.771.676. A Resolução nº 466/12 do Ministério da Saúde do Brasil foi respeitada pelos pesquisadores e a participação dos adolescentes na pesquisa foi realizada mediante anuência legal de seus pais ou responsáveis, além da obtenção dos termos de cessão de uso da imagem no trabalho com as fotografias.

## RESULTADOS

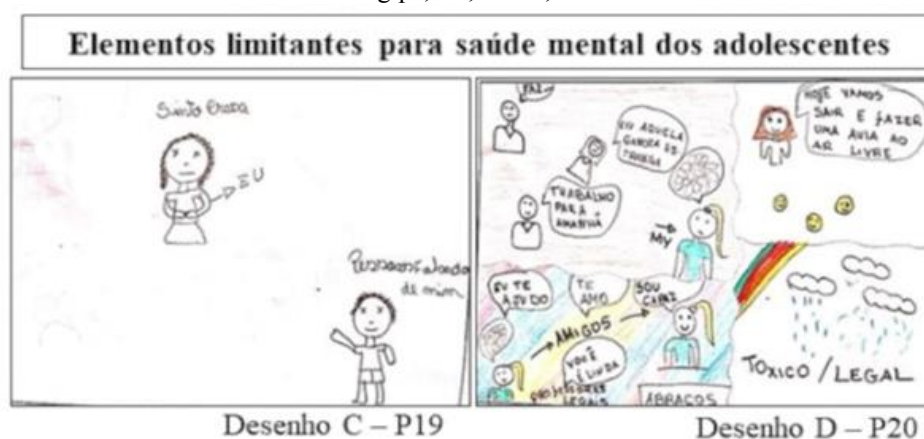
A etapa de problematização conduziu os participantes a representação em desenho do “retrato da saúde do adolescente”, e posterior discussão sobre os elementos essenciais e limitantes para promoção da saúde mental na adolescência. As Figuras 1 e 2 trazem a representação em desenho dos elementos importantes e limitantes para a promoção da saúde mental dos adolescentes participantes da pesquisa, respectivamente.

**Figura 1:** Elementos importantes para a promoção da saúde mental dos adolescentes participantes da pesquisa. Sergipe, SE, Brasil, 2019.



Fonte: Adolescentes escolares (2019).

**Figura 2:** Elementos limitantes para a promoção da saúde mental dos adolescentes participantes da pesquisa. Sergipe, SE, Brasil, 2019.



**Fonte:** Adolescentes escolares (2019).

Os quatro desenhos representados nas Figuras 1 e 2 representam uma síntese dos elementos elencados por todo o grupo durante a etapa de problematização. No geral, os adolescentes identificaram os seguintes elementos como essenciais para a promoção de sua saúde mental: amor, paz, diálogo/conversa, receber elogios dos professores e fazer o que gosta - dançar, viajar, jogar bola. Os depoimentos reforçam a interpretação do grupo:

“Paz é quando mais coisas boas do que ruins acontecem no dia, quando está calmo” (P19 acerca do desenho A)

“É importante a gente ter um tempo para fazer o que a gente gosta, não importa o que seja, eu gosto de conversar com meus amigos, viajar”. (P20 acerca do desenho B)

Acerca dos elementos limitantes para a promoção da saúde mental, os adolescentes elencaram: isolamento social, cobranças dos professores, autocobrança, falta de diálogo/compreensão da escola e pais, solidão, e medo do fracasso.

“Não sou inteligente, tenho medo de não ser o que o que meus professores e pais esperam de mim.” (P19 acerca do desenho C)

“A chuva é tóxica, mas é legal [...] Igual a escola, legal por causa dos amigos e conversas e difícil por causa das cobranças e fofocas”. (P20 acerca do desenho D)

Após a discussão das imagens, os adolescentes transformaram os elementos importantes para saúde mental em potencialidades e os elementos limitantes em desafios, direcionando as temáticas a serem fotografadas em campo.

Os temas foram propostos pelos pesquisadores, as categorias sugeridas pelos adolescentes antes da etapa de fotografia, e as subcategorias emergiram após análise das imagens junto ao grupo: Tema 1. Potencialidades para promoção da saúde mental na adolescência – Categorias: Lazer (esportes, dança, música, viagem, contato com a natureza); Relações Interpessoais (amizade, diálogo e empatia); Sentimentos positivos (amor e paz). Tema 2. Desafios para promoção da saúde mental na adolescência – Categorias: Convívio Social

(isolamento, cobranças e falta de escuta ativa); Pensamentos e Emoções (medo, solidão e angústia).

Ao iniciar o processo de fotografia, foi acordado com o grupo que o espaço físico a ser fotografado seria a própria instituição, com número ilimitado de fotografias por participante, desde que compusessem as categorias propostas.

As histórias livres foram produzidas sem limites de linhas e padrão de texto, o importante foi expressar sentimentos e expor elementos geradores de capacidades e dificuldades para a promoção da saúde, entre elas surgiram poesias, narrativas, contos e frases.

### **TEMA 1. POTENCIALIDADES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA**

Esse tema apresentou as capacidades da cidade, da escola e dos indivíduos, tanto físicas como mentais, que colaboram para um estado de saúde dessa população, e foi subdividido nas três categorias: lazer; relações interpessoais; e sentimentos positivos. A Figura 3 ilustra uma imagem de cada categoria, representando uma síntese do tema.

**Figura 3:** Registros fotográficos das categorias lazer, relações interpessoais e sentimentos positivos do tema capacidades para promoção da saúde mental. Sergipe, SE, Brasil, 2019.



**Fonte:** Adolescentes escolares (2019).

A categoria lazer, incluiu atividades que geravam prazer e bem-estar, como: esportes, dança, música, viagem, contato com a natureza. Esses elementos foram retratados pelos adolescentes como potenciais geradores de saúde mental. Exemplos das histórias-livres que emergiram na interpretação das imagens pelos participantes:

“Refúgio. Na música, eu encontro o refúgio, é pra ela que eu fujo quando as coisas estão ruins, ou quando estão ótimas, é através dela que me conecto com o mundo, e que o mundo se conecta comigo, me anima, me entristece, me conforta, me acalma, me teletransporta.” (P04)

“Essa foto mostra coisas que a gente vê diariamente e que faz bem a muitas pessoas, assim como para mim. Significa algo muito bom e nela está presente o céu e as árvores, que eu gosto muito.” (P26)

Nas relações interpessoais, os adolescentes registraram imagens das interações com amigos no ambiente escolar. Essas relações saudáveis estabelecidas pelos escolares foram classificadas nas subcategorias: amizade, diálogo e empatia. Relatos dos adolescentes sobre o tema incluíram:

“Amigos são como colunas que nos sustentam e nos fazem feliz em meio ao caos que muitas vezes a vida se torna.” (P12)

“Todos precisamos de alguém e ninguém é feliz sozinho. A solidão e a tristeza são coisas boas, desde que não sejam constantes. Quando estamos tristes ou passando por algum problema, nos isolamos e não temos forças para pedir ajuda, o que se torna algo ruim {...} precisamos sempre de alguém para nos ajudar. Então precisamos que ajuda chegue até nós.” (P13)

A categoria sobre sentimentos positivos foi trazida sob a ótica do amor e da paz. Na Figura 3 observa-se a foto de um cão deitado no pátio da escola, recebendo carinho em sua cabeça, com olhos semifechados, retratando um momento de amor e paz que é reforçado pelos relatos trazidos pelos adolescentes:

“Tranquilizante ver o amor nos olhos de um cachorro que te compreende apenas com o olhar.” (P05)

“Essa foto, ela traz muita paz e calma, me faz refletir sobre a vida. Foi um momento muito bom, que me fez sentir muito bem.” (P16)

Durante os encontros realizados com os adolescentes, os pesquisadores perceberam que as potencialidades estavam a todo momento sendo desenvolvidas e cultivadas no grupo, como através da reflexão semanal, da disposição e interesse dos participantes e da forma como os que estavam ali se relacionavam. A cada encontro, a segurança em falar e se expressar crescia entre os participantes e a opinião de cada um era respeitada pelo grupo, favorecendo o desenvolvimento das habilidades das subcategorias empatia e diálogo e executando em grupo as potencialidades no cuidado a saúde.

## **TEMA 2. DESAFIOS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA**

Sobre os desafios para promoção da saúde mental na adolescência foram inseridos os itens apresentados como não proporcionadores de saúde entre os adolescentes escolares e barreiras a serem vencidas por eles e pela sociedade. A partir das fotografias, relatos e discussões em grupo focal sobre as dificuldades, foram citados pelos adolescentes elementos como: a angústia, dúvidas, inseguranças, autocobrança, medo do futuro, sensação de incapacidade e fracasso, cansaço, isolamento social, solidão, falta de espírito de partilha e união

entre pares. A partir desses elementos e em discussão com o grupo foram criadas as seguintes categorias: convívio social e pensamentos e emoções.

A categoria convívio social contou com três subcategorias: isolamento, cobranças e falta de escuta ativa. A subcategoria isolamento foi a mais retratada nas fotografias, como observado na Figura 4 e no relato do P13:

**Figura 4:** Imagem registrada por P13 que retrata as ações das pessoas ao isolar outras. Sergipe, SE, Brasil, 2019.



**Fonte:** Adolescentes escolares (2019).

“Todos precisamos de alguém e ninguém é feliz sozinho. A solidão e a tristeza são coisas boas, desde que não sejam constantes. Geralmente, quando estamos tristes ou passando por algum problema, nos isolamos e não temos forças para pedir ajuda, o que se torna algo ruim, pois nunca é bom carregarmos um fardo sozinhos, precisamos sempre de alguém para nos ajudar. Então precisamos que a ajuda chegue até nós.” (P13)

A subcategoria cobrança compôs o cenário das expectativas de outros (pais, professores e sociedade) sobre o sucesso escolar e profissional dos adolescentes, a autocobrança que os próprios escolares impõem sobre suas vidas e comportamentos, bem como a cobrança social em atender padrões.

“Quantas vezes nos pedem para seguirmos padrões impostos pela sociedade? Mesmo que não estejamos felizes, buscamos agradar os outros...” (P26)

A falta de escuta ativa foi a dificuldade mais relatada pelos adolescentes, principalmente ao buscar diálogo com professores e pais, expressando o quão importante é a habilidade da escuta ativa ao se falar de saúde mental com escolares.

“Eu quase não falo dos meus sentimentos com meus pais, nem das minhas dificuldades com professor nenhum, porque é como se eles não entendessem o que sinto, tudo é bobagem.” (P24)

“Já falei que quero ser fotógrafa, mas lá em casa todo mundo quer que eu faça medicina porque sou boa aluna.” (P27)

A categoria pensamentos e emoções foi organizada nas subcategorias medo, angústia e solidão. O sentimento de solidão foi a subcategoria mais retratada pelos adolescentes, tanto em fotografias quanto em relatos nos debates do grupo focal, como observado na Figura 5 e nos relatos do P12 e P24. O medo e a angústia apareceram, principalmente, ao discutir sobre as perspectivas de futuro com os adolescentes.

**Figura 5:** Registro fotográfico retratando a categoria pensamentos e emoções e suas subcategorias: medo, solidão e angústia. Sergipe, SE, Brasil, 2019.



**Fonte:** Adolescentes escolares (2019).

“Essa foto me traz um sentimento de angústia e solidão. Ela é uma árvore que está sozinha comparada as outras árvores presentes no colégio, em que ela não é muito vista pelas pessoas, mas que está lá.” (P12)

“Será? Debaixo de um pé de árvore, me deito e encaro o céu, penso com as folhas, será que vai ser sempre assim? Eu com medo do mundo. E o mundo pronto pra mim?” (P24).

Os adolescentes registraram o total de 64 fotografias durante o processo fotovoz e cada participante pode escolher até quatro fotos para produzir suas histórias-livres, as quais foram discutidas nos encontros grupais e expostas à comunidade na exposição fotográfica denominada Lumiere - nome sugerido pelos próprios participantes, que significa luz em francês. O processo fotográfico foi avaliado pelo grupo como positivo, pois “trouxe para a luz” as capacidades e dificuldades dos adolescentes que estavam invisíveis no contexto escolar.

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados revelaram que a promoção da saúde mental entre adolescentes na escola envolve potencialidades como natureza, amor e amizade, que representaram as subcategorias de maior relevância. Fato que demonstra a relação desse ser social com o meio físico, a natureza, outros indivíduos e seus próprios sentimentos na busca para alcançar o adequado estado de saúde mental (DUARTE *et.al*, 2019).

Nos desafios atribuídos pelos adolescentes para promoção da saúde mental, a falta de escuta ativa e a solidão emergiram como as subcategorias mais expressivas, aspecto que expõe a importância da validação da fala dos indivíduos na sociedade, mas que encontra obstáculos na cultura ocidental, a qual pouco valoriza o diálogo e a escuta (MOURA; GIANNELLA, 2017).

A importância do lazer se destacou no tema potencialidades, o qual é considerado componente essencial ao desenvolvimento pessoal e coletivo, bem como para o equilíbrio emocional (MACIEL *et.al*, 2018). A natureza foi citada como principal atividade dessa categoria, que pode estar relacionada aos elementos da natureza presentes no ambiente escolar, como animais e árvores frutíferas, e revela o espaço escolar como agente propiciador de conexões saudáveis quando permeado por recursos naturais.

A música e a dança também foram propostas na temática potencialidades, e denota como a arte pode vincular-se a um estado de saúde emocional e sua capacidade de ser utilizada como recurso terapêutico no manejo do sofrimento mental (GONÇALVES; YAMAGUTI; KALCKMAN, 2019).

Indivíduos autônomos em suas emoções, capazes de ressignificar as adversidades são seres sociais menos afetados pelas relações conflituosas (SOUZA; MENDES, 2018), como evidenciado na discussão das relações interpessoais elencadas nas potencialidades na promoção da saúde mental. Somos em essência um ser social e precisamos cultivar ações e atitudes para estabelecer boas relações com aqueles que nos cercam (SOUZA, 2016).

O amor e a paz se destacaram entre os pensamentos positivos descritos pelos adolescentes. O sentimento de paz foi associado pelos escolares a um estado no qual outros fatores podem colaborar ou não para seu estabelecimento; o amor seria um deles, pois gera outros sentimentos como o de conforto, confiança e segurança. Essas concepções corroboram com outro estudo realizado, na qual o amor é tido como sentimento transformador e fator protetor no processo saúde-doença. (SCHLÖSSER, 2014)

Entre os desafios na promoção da saúde mental, a subcategoria isolamento foi a mais discutida entre o grupo. Destaca-se que o distanciar que leva o isolamento pode originar-se das relações entre seus pares, ser pautadas no medo de não ser aceito no grupo, timidez ou bullying (CAVALCANTI *et.al*, 2018); no entanto, aspectos externos a escola, como possíveis abusos e violências que alteram o comportamento de jovens e crianças e que resultam em baixa autoestima, podem favorecer o isolamento social (FARRE *et al.*, 2018; OKADA *et.al*, 2019).

A cobrança excessiva descrita como outra subcategoria de Convívio Social também pode ser responsável pelo isolamento entre os adolescentes. Tanto a cobrança vinculada aos pais e professores, que almejam pela melhor educação possível, quanto a autocobrança para atender expectativas externas atrelada a falta de escuta ativa também elencada entre os adolescentes podem acentuar o processo de isolamento social (ZLUHAN; RAITZ, 2014).

Ademais, pensamentos e emoções entre os adolescentes revelaram elementos como o medo, a solidão e a angústia como desafios na promoção a saúde mental. O medo, segundo os adolescentes, estava vinculado às incertezas do futuro, em desapontar seus pais ou professores e de não serem capazes atingir seus objetivos. O medo somado a angústia, representam elementos propícios para o desequilíbrio fisiopsicológico do organismo, que leva aos estados ou sentimentos de ansiedade (CARVALHO *et.al*, 2011).

Limitações do estudo foram relacionadas à redução no número de participantes do início ao final do projeto, devido dificuldades de conciliação das grades de estudo, e a não inclusão dos alunos do 1º e 3º ano por indisponibilidade frente ao turno integral de aulas. Salienta-se que, mesmo o uso do fôtovoz sendo uma estratégia atrativa para os adolescentes, o estudo sugere que o fôtovoz possa ser incluído nas grades de horários das escolas, a exemplo da sua inserção como uma disciplina mais voltada para as áreas de saúde e/ou artística.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Potencialidades para promoção da saúde mental de adolescentes em espaços escolares incluem: lazer, relações interpessoais e sentimentos como amor e paz. Contudo, o isolamento social, cobranças, medos, angústias e falta de escuta ativa são colocados como desafios a serem superados. O uso do fôtovoz junto aos adolescentes representou uma importante estratégia para favorecer o desenvolvimento de habilidades inerentes a comunicação, como segurança ao falar e escuta ativa.

Os achados do presente estudo podem colaborar positivamente com a adoção de estratégias de promoção da saúde mental entre adolescentes, e na tomada de decisão da



comunidade escolar frente aos desafios. O estudo realizado possui caráter inovador, pois contribui com a aplicação do método fotovoz na temática de saúde mental, perspectiva pouco abordada nos estudos. Ademais, sugere-se sua aplicação em outros contextos urbanos e rurais, a fim de investigar e confrontar os achados relacionados a promoção da saúde mental dos adolescentes, bem como ampliar as investigações para outras populações.

## REFERÊNCIAS

ALEMÁN-DÍAZ, A.Y. et al. **Why Income Inequalities Matter for Young People's Health: A look at the evidence**, Innocenti Working Paper 2016-06, UNICEF Office of Research, Florence, 2016. Disponível: <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/IWP6%20-%20WHY%20INCOME%20INEQUALITIES.pdf>

BARATA, C.V. **A Relação entre a Ansiedade, Depressão e Stress e os Comportamentos Autolesivos e a Ideação Suicida nos Adolescentes**. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5280/1/20700.pdf>

CARVALHO, P. D. et al. Prevalência e fatores associados a indicadores negativos de saúde mental em adolescentes estudantes do ensino médio em Pernambuco, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, v.11, n.3, p. 227-232, 2011. doi: <https://doi.org/10.1590/S1519-3829201100030000>

CAVALCANTI, J. G. et al. Vitimização e Percepção do Bullying: Relação com a Sintomatologia Depressiva de Adolescentes. **Rev. Psicol. IMED**, v.10, n.1, p.140-159, 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.18256/2175-5027.2018.v10i1.2725>

COSTA, A.G.M.C. et al. Imagens e concepções de adolescentes moradores de zonas rurais sobre saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.8, p.1675-1680, 2013. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013001200019>

DUARTE, M.L.C. et al. Qualidade de vida em adolescentes no domínio meio ambiente: Associação com fatores comportamentais e sociodemográficos. **Adolesc e Saude**, v.16, n.3, p.40-50, 2019. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85078834278&partnerID=40&md5=1c75e701b1ced52031a8cd98a1a4e0f4>

FARRE, A.G.M.C. et al. Promoção da saúde do adolescente baseada na arte/educação e centrada na comunidade. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v.71, n.1, p.31-9, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0078>

GONÇALVES, V.F.; YAMAGUTI, C.A.; KALCKMAN, S. Arte-cultura como possibilidade terapêutica na qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde mental: avaliação das experiências do município de Carapicuíba – SP. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, v.20, n.1, p.117-123, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1008966>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

LOPES, C.S. et al. ERICA: prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. **Rev Saúde Pública**, v.50, Suppl.1, p.14s, 2016. doi: <https://doi.org/10.1590/s01518-8787.2016050006690>

MACIEL, M.G. et al. The humanization of physical activity in a governmental program: A necessary look. **Interface Commun, Heal Educ**, v.22, n.67, p.1235–45, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0238>

MOURA, M.S.S.; GIANNELLA, V. A Arte de escutar: Nuances de um campo de práticas e de conhecimento. **Rev Terc Incluído**, v.6, n.1, p.9-24, 2017. doi: <https://doi.org/10.5216/teri.v6i1.40739>

OKADA, L.M. et al. Association between exposure to interpersonal violence and social isolation, and the adoption of unhealthy weight control practices. **Appetite**, v.142, 2019. doi: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104384>

SCHLÖSSER, A. Interface entre saúde mental e relacionamento amoroso: um olhar a partir da psicologia positiva. **Pensando fam.** v.18, n.2, p.17-33, 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2014000200003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000200003&lng=pt&tlng=pt)

SOUZA, A.B.M.; MENDES, D.M.L.F. Compreensão emocional em crianças e crenças maternas sobre competência emocional. **Psic. Clín**, v.30, n.3, p.541–59, 2018. doi: <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n03A07>

SOUZA, D. O. A Saúde na perspectiva da ‘ontologia do ser social. **Trab Educ e Saúde**. v.14, n.2, p.337–54, 2016. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00009>

WANG, C.C., REDWOOD-JONES Y.A. Photovoice ethics: Perspectives from flint photovoice. **Heal Educ Behav**, v.28, n.5, p.560–72, 2001. doi: <https://doi.org/10.1177/109019810102800504>

WHO - World Health Organization. **Young People's Health – A Challenge for Society**. Geneva: WHO, 1986. 120p. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41720/WHO\\_TRS\\_731.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41720/WHO_TRS_731.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

WHO - World Health Organization. **Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!).** Guidance to Support Country Implementation. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf?sequence=1%0Ahttp://www.searo.who.int/indonesia/topics/global\\_accelerated\\_action\\_for\\_the\\_health\\_of\\_adolescents\\_\(aa-ha!\).pdf%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255415/1/9](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf?sequence=1%0Ahttp://www.searo.who.int/indonesia/topics/global_accelerated_action_for_the_health_of_adolescents_(aa-ha!).pdf%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255415/1/9)

ZLUHAN, M.R, RAITZ, T.R. Um estudo com jovens: transição do Ensino Médio ao Ensino Superior. **X Anped Sul**. Florianópolis: Santa Catarina, 2014.

# CAPÍTULO 26

## O ENSINO DE LIBRAS NA GRADUAÇÃO COMO FORMA DE INCLUSÃO SOCIAL DA COMUNIDADE SURDA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DOI: 10.47402/ed.ep.c202142726066

Gleice Moura Silva, Pós Graduação em Enfermagem Obstétrica, IPROFIT  
Iago Prina Rocha, Mestrando em Ciências da Saúde, FURG  
Tayná Freitas Maia, Residente em Saúde da Família, SESAB  
Agnes Claudine Fontes de La Longuiniere, Professora Assistente DSII, UESB  
Luis Gustavo Oliveira Farias, Especialização em Enfermagem Cardiovascular e Hemodinâmica, UECE  
Vanise dos Santos Ferreira, Doutoranda em Ciências da Saúde, FURG  
Yohana Pereira Vieira, Doutoranda em Ciências da Saúde, FURG  
Leandro Oliveira Lopes, Bacharel em Direito, UNILAGO

### RESUMO

As línguas de sinais expressam a capacidade do ser humano para a linguagem, como quaisquer outras línguas, independentemente da modalidade visual-espacial que apresentam. A comunidade surda se caracteriza como parcela da população que não recebe atendimento igualitário, acabando por ser marginalizada na sociedade e nos serviços. Estes, frequentemente, buscam o sistema de saúde com menos frequência que os ouvintes, alegando, como principais dificuldades, a frustração, o medo e a desconfiança. O objetivo desse estudo é discutir como o ensino de libras na graduação é importante para promover a inclusão social da comunidade surda no sistema único de saúde. Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, a partir de plataformas de pesquisa científica cujo método permite discutir sobre a LIBRAS e a inclusão social da comunidade surda no SUS. A comunicação entre os profissionais de saúde e a comunidade surda é um grande desafio para assistência à saúde. A inclusão social acontece nos serviços da área de saúde no próprio atendimento aos portadores de necessidades especiais, estabelecendo uma comunicação efetiva para o atendimento humanizado. Faz-se necessário reconhecer a importância do ensino da LIBRAS dentro dos cursos de graduação em saúde visando a superação dos inúmeros desafios a serem vivenciados por qualquer profissional no momento em que este se depara frente a situações que exijam a prestação da assistência e informação.

**DESCRITORES:** Surdez; Sistema Único de Saúde; Línguas de sinais.

### INTRODUÇÃO

Um dos desafios para a sociedade atualmente é conviver com respeito à diversidade e assegurar o direito à igualdade, o que inclui na convivência com pessoas portadoras de deficiências, então no caso dos portadores de deficiência auditiva, implicaria também no reconhecimento da língua de sinais e da cultura desta. Conforme a disseminação da oralização como forma de expressão pertencente aos ouvintes, houve a sobreposição a comunicação por sinais, que passou a ocorrer de maneira informal, muitas vezes até mesmo secreta ou negada

aos surdos, durante muitos anos, tratando-os como pessoas excluídas e sem direitos (DE LOUREIRO MAIOR, 2017).

A LIBRAS – Língua Brasileira de Sinais – é a língua gestual utilizada por grande parte dos surdos em diversas regiões do Brasil. Assim como outras línguas ela possui características linguísticas como sintaxe, morfologia e semântica, sendo, portanto, não um espelho gestual da língua brasileira, mas sim um sistema linguístico de transmissão de ideias, fatos e opiniões. A língua de sinais é a forma de aceitação da própria identidade surda, que é natural para os surdos se comunicarem, é como a língua nativa dos índios, ou seja, as línguas definem culturas diferentes (DA SILVA, 2017).

As línguas de sinais expressam a capacidade do ser humano para a linguagem, como quaisquer outras línguas, independentemente da modalidade visual-espacial que apresentam. A LIBRAS apresenta variações de ordem lexical e expressões típicas de cada região, não exercendo qualquer influência na língua. Atualmente a LIBRAS é reconhecida como instrumento fundamental para a educação e comunicação dos surdos, o que possibilita uma maior inclusão e independência diante da sociedade (DA NÓBREGA, 2016).

Dentro de alguns aspectos positivos da LIBRAS podemos destacar que os surdos e ouvintes que fazem uso desse sistema linguístico não só assumem um papel positivo frente a essa questão que vai além de uma deficiência física, mas também assumem uma postura que vai de contra as concepções de surdez que existem hoje no senso comum. Trazer dentro das inúmeras práticas discursivas sobre a surdez, o aspecto cultural que envolve essa condição que vai além do fenômeno físico e mostrar que a LIBRAS é um sistema cultural e linguístico de uma minoria que existe dentro da sociedade, a comunidade surda, que merece uma atenção especial por se tratar de um meio de comunicação com pessoas que fazem parte de um pequeno grupo dentro da sociedade (OLIVEIRA, 2015).

A pessoa surda não é capaz de gerar uma linguagem oral tradicional, essa característica ocorre por um problema sensorial que acaba dificultando a comunicação desse indivíduo com outros grupos da sociedade, sendo assim, faz-se necessário que o surdo desenvolva outras habilidades de comunicação através de outros canais de expressão, como por exemplo a Língua Brasileira de Sinais. A comunidade surda representa um grupo minoritário dentro da sociedade que sofreu restrições linguísticas e culturais, que por vezes foi alvo de inúmeros preconceitos (PEIXOTO, 2021).

Por serem minoria tanto linguística quanto culturalmente, os surdos enfrentam inúmeras dificuldades no que diz respeito à acessibilidade a diversos serviços, especialmente os serviços de saúde, a equidade no acesso aos serviços de saúde é pouco notada, o que reflete nos índices de saúde. Assim, apesar do SUS de ter tido importante papel na extensão da cobertura assistencial, ainda existem pessoas ou questões invisíveis na saúde, que sofrem com o preconceito e a indiferença da sociedade e têm menor alcance aos serviços fornecidos (SOUZA, 2017).

A comunidade surda se caracteriza como parcela da população que não recebe atendimento igualitário, acabando por ser marginalizada na sociedade e nos serviços. Estes, frequentemente, buscam o sistema de saúde com menos frequência que os ouvintes, alegando, como principais dificuldades, a frustração, o medo e a desconfiança. A barreira estabelecida pela dificuldade de estabelecer uma comunicação direta e adequada com o surdo, por vezes o afasta dos serviços de saúde e quando estes o utilizam, frequentemente lançam mão do profissional de tradução (intérprete) para o estabelecimento do diálogo o que, como muitos descrevem, causam constrangimento e ocasionando na evasão do serviço (SILVA, 2019).

Os profissionais de saúde enfrentam um grande desafio ao prestar assistência a essa comunidade, já que grande parte dos profissionais desconsidera essa faceta social e enxerga o indivíduo surdo como alguém doente com uma patologia limitante. A comunicação dificultada é outro fator que limita o atendimento nos serviços de saúde a pessoa surda, estabelecendo em diversas vezes relações conflitantes entre o paciente e profissional, construindo a dicotomia dos espaços de segregação social ou de inclusão social do surdo (PIRES, 2016). O objetivo desse estudo é discutir como o ensino de libras na graduação é importante para promover a inclusão social da comunidade surda no sistema único de saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, a partir de plataformas de pesquisa científica cujo método permite discutir sobre a LIBRAS e a inclusão social da comunidade surda no SUS. Para o levantamento da literatura, foram consultadas as bases científicas bibliográficas eletrônicas nos meses de Janeiro a Abril de 2020, sendo elas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Foram selecionados palavras-chave e descritores, sendo eles: Surdez; Sistema Único de Saúde; Línguas de sinais. Identificou-se 94 estudos nas bases de dados pesquisadas. Foram

aplicados os filtros de assuntos principais, sendo eles: Pessoas com Deficiência Auditiva; Sistema Único de Saúde; Surdez; Perda Auditiva; Comunicação; Promoção da Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Línguas de Sinais; Saúde Pública; Assistência à Saúde; Audição; Percepção, totalizando 52 estudos.

Em seguida os estudos identificados foram pré-selecionados por meio da leitura do título, resumo, palavras-chave ou descritores e ano de publicação. Excluiu-se os duplicados e aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão, que seriam idiomas português; recorte temporal de 2014 a 2021. Estes foram lidos por completo, excluindo-se os que não atenderam aos critérios desta pesquisa, compondo 24 estudos ao final.

## **RESULTADOS**

A comunidade surda enfrentou vários momentos históricos caracterizados por mudanças, turbulências e crises, porém destes adveio o surgimento de oportunidades. Com a fundação do Instituto Nacional de Educação dos Surdos (INES), passou a ser realizadas pesquisas no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), para a criação do primeiro dicionário de LIBRAS, editado em 2001, o qual passa a ser um instrumento fundamental na educação dos surdos (NEVES, 2016).

A comunidade surda enfrentou vários momentos históricos caracterizados por mudanças, turbulências e crises, porém destes adveio o surgimento de oportunidades. Após anos de lutas, em 2002, a comunidade surda conquista a legitimação da LIBRAS, como principal meio de comunicação e expressão, reconhecida pela Lei número 10.436, de 24 de Abril de 2002, que dispõe no Art. 3º que: “As instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva, de acordo com as normas legais em vigor”. Porém enfatiza que esta não poderá substituir a escrita da língua portuguesa (CARVALHO FILHA, 2015).

Apesar da ampliação dos planos de ação em saúde, ao longo dos anos, incluindo grupos historicamente excluídos pelas políticas públicas, nas suas especificidades e necessidade, ainda percebemos que a comunidade surda encontra-se marginalizada no que tange o acesso ao serviço de saúde. A maior barreira estabelecida entre o surdo e o serviço de saúde é a comunicação, devido à falta de capacitação dos profissionais para o atendimento integral e igualitário do usuário, por dificultar todo o atendimento, da anamnese às orientações, podendo

inclusive resultar em diagnóstico incorreto, erros na elaboração do prontuário, dentre outros (MARTINS, 2017).

Tendo que a comunicação é um fator-chave na interação usuários-sistema de saúde, essa fica inicialmente comprometida em relação ao público surdo pela barreira de comunicação que se estabelece. Por conseguinte, numa sociedade que é principalmente ouvinte, espera-se que haja um impacto negativo na saúde além do comprometimento de alguns direitos individuais e coletivos. Ao chegar a uma instituição de saúde, o surdo se depara com a falta de conhecimento da Libras por parte dos profissionais e a inexistência de intérpretes, faz com que este sintá-se excluído, reforçando a evasão do serviço, pela forma como eles utilizam o serviço ser diferente dos demais usuários, caracterizado pela fragilidade do vínculo comunicativo para realização de tratamento adequado (OLIVEIRA, 2016).

As dificuldades de comunicação existem em diversos grupos limitantes, no entanto, todo indivíduo precisa ser assistido de maneira integral, respeitando suas crenças, seus valores e singularidades. O maior impasse da comunicação está no momento em que a pessoa surda precisa descrever seus sinais e sintomas para o profissional, sendo este momento crucial para elaboração do processo de cuidar na prática assistencial de saúde. Os profissionais ainda na graduação precisam compreender que ao comunicarem-se com o surdo eles estão promovendo uma assistência humanizada. A relação entre o profissional da saúde e a pessoa surda precisa ser melhorada, efetivando assim a inclusão na saúde (DE SOUSA, 2017).

Diante da legitimação da LIBRAS, assim como toda língua, esta possui uma gramática específica e regras para que seja executada de maneira correta. Assim, a língua de sinais deu voz aos surdos e a todos aqueles que por muito tempo foram silenciados. A língua de sinais constitui-se a partir de elementos próprios, como: configuração de mãos (disposição dos dedos durante a produção de um sinal), ponto de articulação ou localização (lugar em que um sinal é produzido), movimento (forma como a mão se move quando um determinado sinal é articulado) e orientação (NASCIMENTO, 2015).

O caderno de HumanizaSUS traz que os processos de produção de saúde são feitos numa rede de relações que estas estão permeadas por assimetrias de saber e poder, além de lógicas de fragmentação entre saberes/práticas e requerem atenção inclusiva para a multiplicidade de condicionantes da saúde, não cabendo mais a redução do binômio queixa-conduta. Pode-se afirmar que atualmente a humanização tornou-se uma das principais discussões no âmbito da saúde, debatida em vários congressos, palestras, simpósios e dentro do próprio ambiente

prestador de serviços de saúde. A necessidade de humanizar as ações e os atendimentos sobrepõe-se ao profissional e até mesmo ao cliente, secundarizando a relação estabelecida entre eles (FERRO, 2018).

Quando a assistência em saúde é humanizada, todos os envolvidos são beneficiados, principalmente profissionais e usuários, estes conseguirão resgatar o sentido e valor de sua prática e passarão a receber um tratamento realmente digno que é buscado, respectivamente, mas o SUS, a sociedade e a cidadania também ganham quando realiza-se este ato. Estabelecer e manter a comunicação com os surdos configura-se como um grande desafio para os profissionais da saúde, pois o adequado atendimento das pessoas com deficiências é uma peça fundamental na busca de alavancar a qualidade dos serviços, enquanto a barreira de comunicação impede o atendimento humanizado (CUNHA, 2019).

Entende-se por inclusão social o processo de ações que visam combater a exclusão social causada por diferenças de classe social, educação, deficiências, gêneros, orientação sexual, etnias, preconceitos sociais e raciais e até mesmo idade. Compreender o processo de inclusão social que é proposto na sociedade exige reconhecimento e resolução de diversos debates existentes dentro do âmbito de políticas públicas do sistema único de saúde como exclusão, segregação, integração e inclusão (NOBREGA, 2017).

A comunicação entre os profissionais de saúde e a comunidade surda é um grande desafio para assistência à saúde. A inclusão social acontece nos serviços da área de saúde no próprio atendimento aos portadores de necessidades especiais, estabelecendo uma comunicação efetiva para o atendimento humanizado, tornando assim a qualidade do serviço oferecido com o que é preconizado pelos princípios e diretrizes do SUS (DOS SANTOS SILVA, 2018).

A surdez pode acarretar, o que muitos consideram como “limitações” para o processo de desenvolvimento individual, podendo influenciar negativamente no desenrolar do relacionamento com os familiares e a comunidade ouvinte. A surdez é uma condição sensorial que dificulta a comunicação pela linguagem oral, dificultando expressar quais as suas necessidades de saúde, instaurando-se como um grande obstáculo que impede por vezes a comunidade surda procurar os serviços de saúde. A comunicação não-verbal é de extrema importância no atendimento a comunidade surda e permite alcançar uma assistência integral e humanizada em saúde, permitindo que o profissional reconheça as queixas das pessoas surdas através dos sinais não verbais potencializando suas interações para o cuidar efetivo (DUARTE, 2020).



O ensino da LIBRAS nos cursos de graduação da área de saúde vem tentando sanar as dificuldades que existem nas demandas no setor de atendimento à saúde para a comunidade surda. A comunicação é o primeiro obstáculo enfrentado pelos profissionais, já que, existe uma dificuldade no uso adequado das técnicas da comunicação interpessoal para pessoas que tenham sofrido perda auditiva (RAMOS, 2017).

A comunicação é essencial no processo de terapêutico e isto envolve escutar e interpretar de forma inteligente e cuidadosa o que lhe foi transmitido, assim o enfermeiro deve considerar a comunicação como um processo recíproco. Por não ser uma disciplina obrigatória na grade curricular, a maioria dos acadêmicos terminam por perpetuar a barreira já estabelecida na comunicação com o surdo. A necessidade de capacitação dos futuros profissionais faz-se necessária para que todos os critérios estabelecidos por lei sejam atendidos e não haja qualquer forma de preconceito no que tange a assistência a ser prestada (SORDI, 2015).

A LIBRAS constituir-se em disciplina curricular optativa nos cursos de educação superior e na educação profissional. Entendendo como uma disciplina optativa na grade curricular do curso de graduação em Enfermagem, nota-se que o déficit na capacitação profissional se inicia no momento da graduação e, por vezes, perpetua-se durante o exercício profissional, contribuindo para a não inclusão dos sujeitos surdos na atenção integral e igualitária à saúde desta parcela da população (MAZZU-NASCIMENTO, 2020).

Há uma necessidade de preparo dos profissionais de saúde para a interação com todos os pacientes através da comunicação adequada, da utilização de terminologias conforme o conhecimento de cada um, do respeito a sua cultura e língua para que sejam transmitidos apoio e uma informação efetiva (DE MIRANDA, 2020).

A maneira com que os pacientes com deficiência auditiva utilizam o sistema de saúde é diferente e geralmente evidencia-se extrema dificuldade de comunicação com os profissionais, ao adotar a utilização da língua de sinais, o atendimento é facilitado quando utilizado pelo próprio prestador de serviço, abstendo-se da utilização do profissional intérprete, evitando assim, o constrangimento e a falta de privacidade, já que quando outro profissional encontra-se no desenrolar da consulta, muitos surdos tendem a temer a divulgação do assunto confidencializado ao profissional de saúde na comunidade que está inserido, assim como o intérprete (DIAS, 2018).

## CONCLUSÃO

O atendimento nos serviços de saúde necessita estabelecer uma comunicação direta com o surdo, buscando promover o empoderamento dos discentes para a realização de um atendimento integral e inclusivo, desconstruindo a necessidade do profissional intérprete no atendimento ao usuário, e elaborando práticas e saberes que envolvem a promoção da saúde e a educação continuada de saúde, enquanto promotor da cidadania, atraindo o público alvo para os serviços de saúde.

Faz-se necessário reconhecer a importância do ensino da LIBRAS dentro dos cursos de graduação em saúde visando a superação dos inúmeros desafios a serem vivenciados por qualquer profissional no momento em que este se depara frente a situações que exijam a prestação da assistência e informação. Todos os profissionais de saúde têm responsabilidade legal e ética para proporcionar os cuidados aos usuários surdos que utilizam a LIBRAS, da mesma forma que fornece aos usuários ouvintes ou com outras deficiências, prezando manter a comunicação efetiva, autonomia e confidencialidade.

Em uma sociedade onde prevalece a oralidade, e que os indivíduos tem que se adequar para a integrarem, é notável que nem a sociedade nem os profissionais da área de saúde estão preparados para acolher corretamente os surdos, causando uma disparidade, inclusive no conhecimento sobre saúde, o que é explicitado pela convivência no meio da comunidade. Percebe-se a necessidade da incorporação da LIBRAS nos cursos de Graduação, em especial na área da saúde, mesmo que este não seja obrigatório por lei para cursos da área de saúde o que diverge diretamente com as normas preconizadas nas leis e decretos que fazem referência aos direitos da pessoa com deficiência.

## REFERÊNCIAS

DE LOUREIRO MAIOR, Izabel Maria Madeira. Movimento político das pessoas com deficiência: reflexões sobre a conquista de direitos. **Inclusão Social**, v. 10, n. 2, 2017.

DA SILVA, Priscila Rufino; DE BRITO DIZEU, Liliane Correia Toscano. Variação linguística na Língua Brasileira de Sinais utilizada em Maceió/Alagoas. **Leitura**, v. 1, n. 58, p. 47-67, 2017.

DA NÓBREGA, Valdo Ribeiro Resende. Sigmanologia: uma transformação da teoria linguística da língua de sinais. **Leitura**, v. 1, n. 57, p. 198-218, 2016.

OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de; CELINO, Suely Deysny de Matos; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 307-320, 2015.

PEIXOTO, Elenilce Reis Farias; ARAÚJO, Marília do Socorro Oliveira; DE SOUSA, Rosângela do Socorro Nogueira. Reflexões sobre Pessoas Surdas: Problematizando a Diferença. **Margens: Revista Interdisciplinar do PPGCITI| ISSN: 1806-0560| e-ISSN 1982-5374**, v. 13, n. 21, p. 43-53, 2021.

SOUZA, Maria Fernanda Neves Silveira de et al. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Revista CEFAC**, v. 19, n. 3, p. 395-405, 2017.

SILVA, Marco Antônio Gomes. O Enfermeiro e a Equipe de Enfermagem no Atendimento a Deficientes Auditivos: Revisão Sistemática Da Literatura. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 16, n. 42, p. 209-215, 2019.

PIRES, Hindhiara Freire; ALMEIDA, Maria Antonieta Pereira Tigre. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 1, 2016.

NEVES, Dayane Bevilaqua; FELIPE, Ilana Mirian Almeida; NUNES, Serlyjane Penha Hermano. Atendimento aos surdos nos serviços de saúde: acessibilidade e obstáculos. **Infarma, Brasília**, v. 28, n. 3, p. 157-165, 2016.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; SILVA, S. R.; LANDO, G. A. **Cuidado ao surdo: conexões com o direito à saúde**. *Revista Ciência & Saberes*, v. 1, n. 1, p. 31-8, 2015.

MARTINS, José do Nascimento Rêgo et al. A capacitação de profissionais para o atendimento da pessoa com deficiência auditiva: a inclusão social e promoção de direitos humanos. **NEGÓCIOS EM PROJEÇÃO**, v. 8, n. 2, p. 168-178, 2017.

OLIVEIRA, Efigênia Cristina Pereira de; ANDRADE, Erci Gaspar da Silva. Comunicação do profissional de enfermagem com o deficiente auditivo. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 5, n. 1, p. 30-38, 2016.

DE SOUSA, Eliane Meira; ALMEIDA, Maria Antonieta Pereira Tigre. Atendimento ao surdo na atenção básica: perspectiva da equipe multidisciplinar. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 10, n. 33, p. 72-82, 2017.

NASCIMENTO, Gicélia Barreto; DE OLIVEIRA FORTES, Luciana; KESSLER, Themis Maria. Estratégias de comunicação como dispositivo para o atendimento humanizado em saúde da pessoa surda. **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 2, p. 241-250, 2015.

FERRO, Cleane C.; DOS SANTOS, Carolina M.; DE CAMPOS, Lílian P. Facin. Desafios da Equipe de Enfermagem no Atendimento Humanizado ao Paciente Surdo. **Biológicas & Saúde**, v. 8, n. 27, 2018.

CUNHA, Raiane Pereira Silva; PEREIRA, Mayara Candida; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Enfermagem e os cuidados com pacientes surdos no âmbito hospitalar. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 8, n. 3, p. 367-377, 2019.

NOBREGA, Juliana Donato; MUNGUBA, Marilene Calderano; PONTES, Ricardo José Soares. Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, 2017.

DOS SANTOS SILVA, Nubia Grazielle Prota; DA SILVA ANDRADE, Erci Gaspar. Comunicação eficaz através da língua brasileira de sinais do profissional de enfermagem com os deficientes auditivos. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 1, n. 1, p. 11-17, 2018.

DUARTE, Vanessa et al. Percepção de surdos sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 55347-55356, 2020.

RAMOS, Tâmara Silva; ALMEIDA, Maria Antonieta Pereira Tigre. A Importância do ensino de Libras: Relevância para Profissionais de Saúde. **Id on Line Revista de Psicologia**, v. 10, n. 33, p. 116-126, 2017.

SORDI, Mara Regina Lemes De et al. O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 731-742, 2015.

MAZZU-NASCIMENTO, Thiago et al. Fragilidade na formação dos profissionais de saúde quanto à Língua Brasileira de Sinais: reflexo na atenção à saúde dos surdos. **Audiology-Communication Research**, v. 25, 2020.

DE MIRANDA, Rodrigo Sousa et al. Barreiras de comunicação com surdos no atendimento em saúde: um estudo descritivo. **Enfermagem Brasil**, v. 19, n. 1, p. 11-19, 2020.

DIAS, Elisangela Almeida Damasceno et al. Dificuldades de comunicação dos profissionais da atenção primária à saúde com o usuário surdo. **Temas em Saude**, p. 342-355, 2018.

# CAPÍTULO 27

## REFLEXÕES SOBRE AS VULNERABILIDADES DAS MULHERES NEGRAS NO CICLO GRAVÍDICO

DOI: 10.47402/ed.ep.c202142827066

Paloma Dias Duarte, Acadêmica Enfermagem, UESB

Iago Prina Rocha, Mestrando em Ciências da Saúde, FURG

Norma Lopes de Magalhães Velasco Bastos, Professora Auxiliar do Departamento de Saúde II, UESB

Stela Almeida Aragão, Mestrado em Enfermagem e Saúde, UESB

Luis Gustavo Oliveira Farias, Especialização em Enfermagem Cardiovascular e Hemodinâmica, UECE

Yohana Pereira Vieira, Doutoranda em Ciências da Saúde, FURG

Maíra Machado da Silva, Especialização em Fisioterapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, UNYLEYA

Mariana Gautério Tavares, Mestre em Temas em Psicologia, FPCEU

### RESUMO

A população negra brasileira representa grande parte da composição étnica total do país. Pode-se observar ao longo dos anos, muitos avanços e desafios no que diz respeito ao combate ao racismo institucional no Sistema Único de Saúde, uma das conquistas se reflete na criação da política Nacional de Atenção à Saúde da população Negra. Discutir sobre as vulnerabilidades gestacionais da mulher negra pode mostrar o cenário real desse grupo torna-as protagonistas de uma necessidade emergente de saúde, para que assim possa ser construídas ações dos serviços de saúde para combater as iniquidades, levando em consideração e colocando em prática os princípios do SUS, tornando pesquisadores, gestores e profissionais de saúde responsáveis em identificar os vieses raciais nos processos de vulnerabilidade. Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, a partir de plataformas de pesquisa científica cujo método permite relacionar quais são as vulnerabilidades gestacionais vivenciadas pela mulher negra. Os cuidados gestacionais a mulher negra ainda traz algumas desigualdades assistenciais enraizadas no comportamento de uma parcela de profissionais de saúde, é preciso saber que os cuidados no período gravídico-puerperal quando ofertados no momento propício e com práticas adequadas. Estudar os fatores relacionados as condições de vulnerabilidade vivenciadas pelas mulheres negras, permite analisar quais as situações vividas por essa população para assim criar e/ou formular estratégias de gestão e planejamento garantindo a redução ou resolução dessas vulnerabilidades.

**DESCRITORES:** Gestação, Vulnerabilidade em Saúde, população negra e saúde da população negra.

### INTRODUÇÃO

Ao longo de sua construção histórica e estrutural o Sistema Único de Saúde vem tentando formular e implementar políticas para populações ou grupos sociais específicos em condição de iniquidade e desigualdade no acesso a serviços de atenção e cuidado à saúde. Essas implementações de políticas públicas surgem como consequência da mobilização social dos

diversos grupos que constituem a sociedade, os movimentos sociais e a participação popular conseguiu pautar e transformar suas demandas em prioridade de governo, proporcionando discussões por exemplo da população negra, dos grupos de lésbicas, gays, travestis, transexuais e bissexuais (SIQUEIRA, 2017).

A história da construção das políticas públicas voltadas para atenção à saúde da mulher sofreram ao longo dos anos modificações que acompanharam os modelos assistenciais de saúde bem como o contexto sócio-político e cultural que as mulheres estiveram inseridas. Durante muito tempo a saúde da mulher foi ofuscada pela busca anti-pobreza relacionada a visão de que a mulher era vista como “objeto” de reprodução e a única responsável pela prevenção de tal evento (JORGE, 2015).

Com a criação do Programa Materno Infantil (PMI) em 1975 durante o processo de ditadura militar, a saúde individual tomou destaque, no entanto, com a transformação da mulher como principal responsável pela reprodução o PMI buscava atender o período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério como ação forte e intervencionista de organismos internacionais controlistas que buscava a fragmentação da assistência tratando a mulher a partir de uma perspectiva reducionista (DA CONCEIÇÃO COSTA, 2019).

No ano de 1983 foi elaborado com fortes influências do movimento feminista que lutava contra a violência corporal através de manifestos como o que ocorreu contra a castração das mulheres, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher PAISM partiu da necessidade de aprimorar as ações em saúde, atuando nos diferentes ciclos da vida da mulher, unindo dessa forma os interesses entre o movimento sanitário e o movimento feminista, que aconteceram no mesmo período da 8ª Conferência de saúde (DA FONSECA BEZERRA, 2018).

O PAISM transformou-se em um marco na história das políticas públicas do país, marcando um período com a reflexão do que fazer com a mulher dentro dos serviços de saúde. Foi somente a partir da quebra dos paradigmas relacionados as questões de diferenças de gênero que as políticas públicas implementam ações efetivas e singulares dirigidas às mulheres. Em 2003 com o Programa de Humanização no Parto e Nascimento (PHPN) o governo instituiu o Programa de cadastramento das gestantes em unidades de saúde, conhecido como CIS - Pré natal, o primeiro sistema de informação voltado para o cadastramento de gestantes (NASCIMENTO, 2018).

Com o nascimento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) os cuidados em relação à saúde das mulheres nas políticas públicas deixaram de ser

voltados somente à procriação, o período gestacional e puerperal. O PNAISM derrubou os tabus relacionados a visão da mulher enquanto sujeito destinado à maternidade e ampliou as discussões desse público contribuindo com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), priorizando a problemática da violência sexual, qualificando a gestão e superando a fragmentação das políticas e programas de saúde, organizando as redes regionalizadas e hierarquizadas de ações e serviços, estabelecendo interfaces com as demais políticas como a política Nacional de Atenção à Saúde da população Negra, que traz um aumento nas estratégias que visam o empoderamento da população negra (PRESTES, 2016).

Os altos índices de mortalidade materna no Brasil foi um propulsor para criação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que possibilitou melhoria na qualidade de vida da mulher, o mostrando que os índices de mortalidade estavam associados a falta de acesso aos serviços de planejamento família e má qualidade na assistência prestada no ciclo gravídico puerperal e no abortamento (LEAL, 2018).

A população negra brasileira representa grande parte da composição étnica total do país. Pode-se observar ao longo dos anos, muitos avanços e desafios no que diz respeito ao combate ao racismo institucional no Sistema Único de Saúde, uma das conquistas se reflete na criação da política Nacional de Atenção à Saúde da população Negra, que pode estar associada ao aumento de estratégias que visam o empoderamento da população negra, tendo como resultado a auto aceitação da ancestralidade, maior noção de pertencimento sobre a cor, cultura, traços e religiosidade advindos de matriz africana (OLIVEIRA, 2019).

Discutir sobre as vulnerabilidades gestacionais da mulher negra pode mostrar o cenário real desse grupo torna-as protagonistas de uma necessidade emergente de saúde, para que assim possa ser construídas ações dos serviços de saúde para combater as iniquidades, levando em consideração e colocando em prática os princípios do SUS, tornando pesquisadores, gestores e profissionais de saúde responsáveis em identificar os vieses raciais nos processos de vulnerabilidade.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, a partir de plataformas de pesquisa científica cujo método permite relacionar quais são as vulnerabilidades gestacionais vivenciadas pela mulher negra. Para o levantamento da literatura, foram consultadas as bases científicas bibliográficas eletrônicas nos meses de Janeiro a Abril do ano de 2020, sendo elas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de

Enfermagem (BDEnf), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram selecionados palavras-chave e descritores combinados, sendo eles: violência étnica, gestação, vulnerabilidade em saúde, mortalidade materna, população negra e saúde da população negra.

Foram associados os descritores associados  $tw:(tw:(gestação)) AND (tw:(população\ negra))$ , resultando em 2092 artigos, foram aplicados os filtros como assunto principal, sendo eles: Gravidez; Complicações na Gravidez; Afro-Americanos; Grupos Étnicos; Cuidado Pré-Natal; Mortalidade Materna; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Complicações do Trabalho de Parto; Disparidades em Assistência à Saúde; Grupos Minoritários; Fatores Socioeconômicos; Disparidades nos Níveis de Saúde; Gestantes; Pobreza; Mulheres, resultando em 576 estudos. Em seguida foi aplicado o filtro temporal para trabalhos publicado entre os anos de 2015 e 2020, resultando em 56 estudos ao final.

Foram utilizados os descritores associados  $tw:(vulnerabilidade\ em\ saúde)) AND (tw:(mortalidade\ materna))$ , resultando em 18 estudos, foram aplicados os filtros como assunto principal, sendo eles: Mortalidade Materna; Atenção Primária à Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Saúde da Mulher; Saúde Pública; Equidade em Saúde; Gestão da Qualidade; Vulnerabilidade Social; Estratégia Saúde da Família; Vulnerabilidade em Saúde; Saúde Reprodutiva; Promoção da Saúde; Cuidado Pré-Natal; Prevenção Primária; Condições Sociais; Gravidez; Saúde da Família; Indicadores Básicos de Saúde, resultando em 11 artigos. Em seguida foi aplicado o filtro temporal para trabalhos publicado entre os anos de 2015 e 2020, resultando em 3 estudos ao final.

Foram utilizados os descritores associados  $tw:(violência\ étnica)) AND (tw:(saúde\ da\ população\ negra))$ , resultando em 25 estudos, foram aplicados os filtros como assunto principal, sendo eles: Violência; Grupos Étnicos; Racismo; Preconceito; Política; Relações Raciais; Mulheres; Saúde Pública; Assunção de Riscos; Problemas Sociais; Fatores Socioeconômicos; Direitos da Mulher; Afro-Americanos; Família; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Processo Saúde-Doença; Educação em Saúde, resultando em 18 artigos ao final. Em seguida foi aplicado o filtro temporal para trabalhos publicado entre os anos de 2015 e 2020, resultando em 8 estudos ao final.

Foram escolhidos resultados de pesquisas, relatos de experiência, revisões e relatórios de gestão. Foram excluídos editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, ensaios, dossiês, livros e artigos que não atendessem o objetivo desta revisão. Identificou-se 67 estudos nas



quatro bases de dados pesquisadas. Em seguida os estudos identificados foram pré-selecionados por meio da leitura do título, resumo, palavras-chave ou descritores e ano de publicação. Excluiu-se os duplicados e aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão, que seriam idiomas português e espanhol; recorte temporal de 2015 a 2020. Estes foram lidos por completo, excluindo-se os que não atenderam ao escopo, compondo 24 estudos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Ao longo dos anos pode-se perceber um padrão existente para a classificação étnico-racial de ser humano. O indivíduo branco sempre foi privilegiado e tido como o sujeito ideal, o que o coloca em uma posição de privilégio até os dias atuais. Esse tipo de posicionamento e discriminação baseada num pseudoestereótipo mantém os que não se encaixam nesse perfil em uma posição inferior, como é o caso das pessoas negras. Só é possível reconhecer o lugar de privilégio ocupado pela população branca se houver reflexões a respeito da branquitude imposta pela sociedade, sendo esse o primeiro passo necessário para desconstrução da hierarquia que foi reproduzida durante todo esse tempo dentro das instituições que compõem a sociedade (CAMPOS, 2017).

Estigmas sociais são construções culturais originadas de preconceitos concedidos através da percepção de superioridade de um grupo em comparação a outro. Esse processo favorece práticas racistas, promovendo um racismo institucional nos sistemas sociais tendo como consequência a marginalização de pessoas negras na sociedade. No atendimento dos serviços de saúde, essa discriminação, racismo institucional e marginalização poderá influenciar no processo saúde-doença dessa população, uma vez que essa construção desfavorece a sociabilidade e gera vulnerabilidade do grupo étnico (WERNECK, 2016).

Pode-se entender o racismo institucional no Sistema Único de Saúde como um fracasso dessas organizações, devido à falha destes serviços em proporcionar um atendimento igualitário para todos os indivíduos, independentemente de sua cor ou raça. É preciso salientar que o racismo institucional é responsável por colocar em desvantagem determinados grupos raciais, diminuindo o acesso destes aos direitos básicos de saúde, tornando as políticas públicas de saúde em processo falhos e passíveis de mudanças e reflexões (BATISTA, 2017).

Grande parte das discussões que contribuíram para a elaboração das políticas públicas para o público feminino foram realizadas por mulheres brancas, o que nos faz pensar sobre a necessidade da inclusão das mulheres negras nos debates sobre vulnerabilidades e racismo

vividos por elas. Mulheres negras sofrem as consequências por fazerem parte de duas categorias inferiorizadas pela sociedade (BATISTA, 2016).

Muitos estudos têm comprovado a diferença nos níveis de acesso aos serviços de saúde entre mulheres brancas e mulheres negras identificando algumas vezes a existência do que consideramos racismo institucional e a desigualdade racial no SUS caracterizam-se como uma barreira para o acesso integral das mulheres negras. Ao discutir desigualdades sociais nos serviços de saúde, fala-se das situações que colocam alguns grupos em posição desfavorecida, diminuindo seu acesso aos direitos e oportunidades. Isso pode ocorrer não apenas de forma individual, refletindo por vezes em uma forma de funcionamento cultural, onde os indivíduos se organizam através de valores sociais construídos historicamente (GOES, 2013).

A assistência pré-natal é um dos serviços ofertados a mulher negra na Atenção Básica da saúde se constitui em um conjunto de práticas fundamentais à saúde materna e neonatal e contribuem direta e positivamente nos desfechos da gravidez, parto e puerpério. Os cuidados oferecidos no serviço pré-natal incluem a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção das doenças e agravos gestacionais mais frequentes (THEOPHILO, 2018).

Os cuidados gestacionais a mulher negra ainda traz algumas desigualdades assistenciais enraizadas no comportamento de uma parcela de profissionais de saúde, é preciso saber que os cuidados no período gravídico-puerperal quando ofertados no momento propício e com práticas adequadas, podem salvar vidas a partir de diversas ações, como a detecção e prevenção precoce de possíveis patologias e/ou riscos gestacionais (LEAL, 2017).

Os indicadores de saúde são fortes instrumentos que demonstram as disparidades raciais que existe no sistema de saúde, ao se tratar de mulheres negras ele é um indicativo de que no processo de atenção à gestação, parto e puerpério a mulher negra sofre vulnerabilidades que a coloca sobre determinantes sociais de saúde diferentes das mulheres brancas. O SUS tem como princípios a universalidade, integralidade e a participação social, as vulnerabilidades sofridas pelas mulheres negras repercutem na forma como elas são atendidas no sistema de saúde, ferindo diretamente ao que se preconiza através de suas estratégias de saúde (CENTENO, 2018).

Define-se como vulnerabilidade em saúde as suscetibilidades que os indivíduos apresentam para vivenciar os problemas de saúde, podendo se apresentar em três dimensões: individual, social, institucional ou programática. Vulnerabilidades são condições ou particularidades que tornam o indivíduo vulnerável. Toda a sinonímia que acompanha o termo

vulnerabilidade traz consigo uma carga negativa, associada à ideia de fragilidade, perdas e diferentes riscos (CARMO, 2018).

Associar vulnerabilidade a um grupo social dentro dos parâmetros da saúde traz caracterizações sócio-políticas que confirmam o sistema de castas sociais mascarados existentes na nossa sociedade, transformando esse grupo de indivíduos cujos recursos são insuficientes para acenderem socialmente em sujeitos submetidos a determinantes sociais em saúde que por vezes pode ser somado a singularidades fisiológicas. As vulnerabilidades vivenciadas pela mulher negra demonstra que grande parte da população negra vive exposta a condições de vida precárias e a acesso limitado a saúde, o que os torna frágeis em suas relações sociais afetando a qualidade de acesso aos serviços públicos de saúde ou outras modalidades de proteção social (NUNES, 2015).

A Vulnerabilidade individual está relacionada aos comportamentos que criam oportunidades de o indivíduo adoecer nas mais diversas situações, isso depende por vezes do grau da qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre determinado problema de saúde, bem como, com a capacidade de elaborar essas informações possibilitando transformações em suas práticas de saúde. A vulnerabilidade social está associada aos aspectos sociopolíticos e culturais que este indivíduo está inserido, somados esses aspectos influenciam no acesso a informações de saúde, grau de escolaridade, disponibilidade de recurso, condições de influenciar em decisões políticas, possibilidade de enfrentar obstáculos culturais, entre outros (OVIEDO, 2015).

Pode-se entender a vulnerabilidade institucional ou programática como aquela relacionada aos aspectos de compromisso das autoridades com o enfrentamento dos problemas de saúde, as ações propostas e implantadas pelas instituições responsáveis pela proteção social e pela saúde, assim como a articulação interinstitucional e intersetorial entre os serviços de saúde, educação e seguridade social (DE CARVALHO, 2017).

A atenção básica precisa reconhecer que a gravidez representa uma fase singular e importante na vida da mulher, nesse momento ocorrem não somente alterações fisiológicas mais também modificações em toda sua estrutura psicossocial. Aceitar que o período gravídico puerperal pode ser diferente para a mulher negra pode proporcionar condições favoráveis ao desenvolvimento do conceito, prevenindo através da construção de educação em saúde e capacitação da equipe para ampliação do conhecimento de novos saberes, entre as grávidas e

profissionais de saúde, sobre todo o período gestacional e pós-parto das mulheres negras (ANDRADE, 2015).

Na perspectiva do cuidado e assistência humanizada à mulher negra no período gravídico puerperal, é imprescindível o estabelecimento de um vínculo real e efetivo entre a equipe de enfermagem e a gestante, já que esta estratégia de cuidado possibilita maior consolidação de efetividade no atendimento às necessidades das gestantes. É preciso que as fragilidades na assistência à mulher negra no período gravídico-puerperal seja efetiva e igualitária, respeitando o princípio de equidade do SUS (TEIXEIRA, 2019).

A assistência humanizada em saúde e as intervenções adequadas de enfermagem contribuem para a melhoria da qualidade de vida da mulher negra. Quando o profissional de enfermagem que atua na rede básica percebe as necessidades singulares vivenciadas pela mulher negra durante o ciclo gravídico puerperal ele impede que as situações de vulnerabilidade e desvantagens sociais a tornem protagonista de um cenário que não contempla o que é preconizado pelo SUS (DOS SANTOS, 2016).

Todo tipo de discriminação seja racial ou de gênero têm repercussões nos serviços de saúde, seja no atendimento ou nos determinantes de saúde; considerando a assistência de enfermagem em particular, a equipe precisa auto avaliar-se para impedir que atitudes como essa se contraponham a atenção humanizada, visto que seu trabalho é parte da assistência à saúde, e está organizada de forma a atender às necessidades individuais além daquelas advindas de grupos, família e comunidade (ZOCCHÉ, 2017).

## **CONCLUSÃO**

O Sistema Único de Saúde é universal, igualitário e integral. A partir desses princípios é preciso entender que garantir o direito à saúde da população negra se configura colocar em prática um conjunto de ações e serviços capazes de assegurar a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dessa população. Enfrentar a discriminação racial existente dentro do SUS é romper com a barreira que necessita ser combatida para a melhoria das relações sociais de toda população. Apesar de muitos estudos e construções de políticas públicas mostrarem que existem evidências de diferenças econômicas e sociais no país, os problemas de saúde/doença vivenciados pelas mulheres negras não podem ser considerados apenas uma consequência da falta de desenvolvimento ou dessas discrepâncias, mas sim compreendidos como problemas de saúde que realmente são.

Estudar os fatores relacionados as condições de vulnerabilidade vivenciadas pelas mulheres negras, permite analisar quais as situações vividas por essa população para assim criar e/ou formular estratégias de gestão e planejamento garantindo a redução ou resolução dessas vulnerabilidades. Reconhecer as singularidades da população negra permite compreender o racismo institucional existente bem como quais as características biológicas dessa população para o desenvolvimento de doenças e agravos a saúde. Analisar a saúde das mulheres negras sob a ótica étnico-racial permite compreender que o racismo pode ser pensado como um determinante social e pode intervir diretamente no processo saúde-doença.

Falar de vulnerabilidades da mulher negra é estabelecer e reconhecer quais são os condicionantes estruturais que indicam “susceptibilidade” dessa população a questões como gestação e outros agravos. Esse reconhecimento garante explicações não somente aos condicionantes individuais da mulher negra, mais também visa compreender os processos que impactam nas condições de saúde dessa população. Em uma revisão de literatura sobre as singularidades da população negra e as vulnerabilidades gestacionais vivenciadas pela grávida negra pode-se perceber que as mulheres negras ainda são vítimas de discriminação racial e de gênero constituindo uma evidência empírica triste sobre a realidade.

É preciso discutir sobre as mudanças necessárias no atendimento à saúde da mulher negra envolvendo um modelo de desenvolvimento social centrado nos direitos sociais e no bem-estar dessa população. Faz-se necessário promover a inclusão social, a eliminação do analfabetismo, garantia de trabalho e emprego com melhores níveis de distribuição de renda, atendimento com equidade nos serviços de saúde, reconhecimento de suas singularidades, para então avançar de fato na democracia social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de; HOLLANDA, Eliane; MOTTA, José Inácio Jardim. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1397-1397, 2017.

JORGE, Herla Maria Furtado et al. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 1, p. 140-148, 2015.

DA CONCEIÇÃO COSTA, Rayne; GONÇALVES, Jonas Rodrigo. O Direito À Saúde, À Efetividade Do Serviço E À Qualidade No Acesso Às Políticas Públicas De Atenção À Saúde Da Mulher. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 2, n. 4, p. 119-142, 2019.

DA FONSECA BEZERRA, Juliana et al. Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, 2018.

NASCIMENTO, Jucelia Salgueiro et al. Assistência à mulher no pré-natal, parto e nascimento: contribuições da Rede Cegonha. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 1, p. 694-709, 2018.

PRESTES, Clélia RS; PAIVA, Vera SF. Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: vulnerabilidades, direitos e resiliência. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 673-688, 2016.

LEAL, Maria do Carmo et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1915-1928, 2018.

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 939-948, 2019.

CAMPOS, Luiz Augusto. Racismo em três dimensões: uma abordagem realista-crítica. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 32, n. 95, 2017.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 535-549, 2016.

BATISTA, Luis Eduardo; BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, p. e00090516, 2017.

BATISTA, Luís Eduardo et al. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 689-702, 2016.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 571-579, 2013.

THEOPHILO, Rebecca Lucena; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton Luís. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3505-3516, 2018.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00078816, 2017.

CENTENO, Silvia Regina; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann; DOS SANTOS ANDRADE, Sandra. Representações de sujeito negro/a na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma análise cultural. **TEXTURA-Revista de Educação e Letras**, v. 20, n. 42, 2018.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00101417, 2018.

NUNES, Marilene Rivany et al. Fatores de proteção para a redução da vulnerabilidade à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 653-663, 2015.

OVIEDO, Rafael Antônio Malagón; CZERESNIA, Dina. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 237-250, 2015.

DE CARVALHO, Rosely Cabral; BASTOS, Ana Cecília de Sousa Bittencourt. Famílias e vulnerabilidades em saúde: questões teóricas, éticas e metodologias para intervenção. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 7, n. 2, p. 72-74, 2017.

ANDRADE, Raquel Dully et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 181-186, 2015.

TEIXEIRA, Renata Andrade et al. Cuidado gravídico-puerperal em Rede: o vivido de enfermeiros, médicos e gestores. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 151-158, 2019.

DOS SANTOS, Sheila Milena Pessoa et al. Assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal: Avaliação da acessibilidade na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2016.

ZOCCHÉ, Denise et al. Contribuições da consulta de enfermagem no fortalecimento da integralidade da atenção a saúde da mulher. **CIAIQ 2017**, v. 2, 2017.

# CAPÍTULO 28

## ANÁLISE DOS ÓBITOS MATERNOS NO MARANHÃO ENTRE OS ANOS DE 2014 E 2018

DOI: 10.47402/ed.ep.c202143628066

**Danielle Leal Pereira**, Graduando de Enfermagem, Centro Universitário Estácio de São Luís  
**Leticia Silva de Castro**, Graduando de Enfermagem, Centro Universitário Estácio de São Luís

**Paulo Eduardo Lobato Paiva**, Graduando de Enfermagem, Centro Universitário Estácio de São Luís

**Stelma Regina Sodré Pontes**, Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Maranhão

**Inaldo kley do Nascimento Moraes**, Enfermeiro, Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, Universidade Ceuma

### RESUMO

A mortalidade materna (MM) representa um evento de grande magnitude no Maranhão e no Brasil, refletindo a falta de acesso aos serviços de saúde e as condi es sócio econômicas desfavoráveis. Objetivou-se analisar os óbitos maternos no Maranhão entre os anos de 2014 a 2018. Estudo descritivo retrospectivo e quantitativo realizado através do Sistema de Informa es sobre Mortalidade (SIM) a partir das notifica es de mortes maternas no estado do Maranhão, entre 2014 a 2018 no período de março a outubro de 2020. Foram registrados 468 óbitos maternos, sendo que no ano de 2015 houve predominância de (22,86%). Mulheres solteiras (43,80%), pardas(72,44%), apresentando idade situada entre 20 a 29 anos (48,08%), com 8 a 11 anos de escolaridade (49,15%), e procedente de unidade hospitalar (86,68%) apresentaram maior incidência. Houve maior prevalência nas causas obstétricas direta em eclampsia (15,81%) e nas indiretas em complica es no parto e o puerpério (16,6%). A mortalidade materna ainda é um indicador de problema de saúde pública, levando em considera o, que as políticas públicas não devem ser voltadas somente para as a es de saúde de cunho individual e coletivo, mas também para as questões sociais e econômicas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mortalidade Materna. Saúde da Mulher. Saúde Pública.

### INTRODU O

A Mortalidade Materna (MM)   um indicador extremamente sensível em rela o à qualidade de vida de uma popula o, uma vez que se refere a mortes precoces, evitáveis, que em sua quase totalidade atingem as mulheres com menor acesso aos bens sociais, bem como, demonstra a desarticula o, a desorganiza o e a baixa qualidade da assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal<sup>1</sup>.

Morte materna é definida como a morte de uma mulher, ocorrida durante a gesta o ou dentro de um período de 42 dias após o término da gesta o, independentemente da dura o ou



da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais<sup>2</sup>.

A mortalidade materna representa um grave problema de saúde pública. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) mais de 290 mil mulheres perderam a vida devido a complicações durante gravidez e parto em 2017. As mulheres e recém-nascidos são mais vulneráveis durante e imediatamente após o parto, por isso estima-se que 2,8 milhões de grávidas e recém-nascidos morrem a cada ano, principalmente de causas evitáveis<sup>3</sup>.

As maiores proporções de óbitos maternos ocorrem em países em desenvolvimento, como o Brasil, sendo perceptível que tal problema atinge, de maneira desigual as regiões do país<sup>4</sup>.

Para reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e como forma de melhorar os indicadores, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento (PHPN) adotando assim, medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal<sup>5</sup>.

Outra estratégia, desenvolvida foi a implementação da Rede Cegonha (RC), que vem sendo efetivado desde 2011. Esta tem como finalidade efetuar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis<sup>6</sup>.

Ademais, esta estratégia consiste em uma rede de cuidados que estrutura e organiza a atenção à saúde materno-infantil no País e está sendo implantada, gradativamente, em todo o território nacional. A princípio sua implantação visa respeitar o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional<sup>7</sup>.

A classificação dos óbitos maternos pode ser dividida em causas obstétricas diretas ou indiretas. As diretas resultam de problemas ocorridos durante a gestação, o parto ou o puerpério, resultantes de intervenções, omissões, negligência, medicação incorreta ou de uma cadeia de eventos associados a quaisquer desses fatores. Ao passo que as indiretas sucedem de doenças existentes antes da gravidez ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez, como problemas circulatórios e respiratórios<sup>8</sup>.

As causas obstétricas diretas são mais evitáveis que as indiretas por estarem relacionadas à qualidade da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal. Sendo assim, durante a gestação é essencial a assistência pré-natal, pois permite detectar precocemente as

alterações e complicações evitáveis, oferecendo orientações necessárias, reduzindo assim os indicadores de morbimortalidade materna<sup>9</sup>.

A ocorrência de óbitos maternos reflete a falta de qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde, bem como a insatisfatória operacionalização das políticas públicas voltadas à saúde da mulher. Tal condição é objeto de grandes preocupações e discussões, uma vez que se trata de um evento presente com alta incidência nos países em desenvolvimento, atingindo principalmente as populações mais vulneráveis<sup>10</sup>.

Portanto, a mortalidade materna representa ainda um desafio para os gestores de saúde, uma vez que mortes evitáveis atingem populações com menor acesso a equipamentos sociais. Logo, é importante a elaboração de políticas públicas para melhorar o cuidado à saúde no ciclo gravídico-puerperal, com assistência qualificada por parte dos profissionais que acompanham as mulheres, como também ações que busquem a melhoria da qualidade de vida das mesmas<sup>11</sup>.

Analisando os dados apresentados podemos fazer algumas reflexões. A indagação inicial é compreender a diferença na proporção de mortalidade por ano. Por que será que as gestantes maranhenses no ano de 2015 foram as mais acometidas? O que aconteceu para aumentar a notificação dos casos de mortalidade? E qual tipo de intervenção ocorreu para que esses dados diminuíssem nos anos seguintes?

Considerando que a mortalidade materna é um grave problema de saúde pública, entende-se a importância de se analisar os aspectos que contribuem para os óbitos maternos no Maranhão, haja vista que os óbitos maternos são subnotificados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). No entanto, os índices de óbitos maternos são elevados e as suas causas podem ser preveníveis a partir de condutas imediatas e seguras.

Face à magnitude desse problema e a insuficiência de pesquisas no Maranhão, é necessária a realização de estudos que possam esclarecer as causas de óbitos maternos, justificando a perda de vidas de mulheres, aniquilada em plena idade reprodutiva.

Os determinantes para esse desfecho podem estar condicionados à fatores de acesso aos serviços de saúde, à assistência no período gravídico-puerperal e para as questões sociodemográficas.

O presente estudo tem como objetivo analisar os óbitos maternos no Maranhão entre os anos de 2014 e 2018.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de base secundária com abordagem quantitativa. Foi realizado através do Sistema de Informação sobre a mortalidade (SIM) disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

O SIM foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1975 para obtenção habitual de dados sobre mortalidade no País. A partir da formação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública<sup>12</sup>.

O estudo foi realizado no Estado do Maranhão, que está localizado no extremo oeste da Região Nordeste com área de 331.935,507Km<sup>2</sup> do território brasileiro, segundo maior estado da Região Nordeste e oitavo maior estado do Brasil. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o Maranhão apresenta uma população geral de cerca de 1.101.884<sup>13</sup>.

A população foi constituída de notificação de óbitos maternos registrados no SIM/DATASUS, no período de 2014 a 2018 em mulheres com faixa etária entre 15 e 39 anos, por causas obstétrica diretas e indiretas, utilizando-se a Classificação Internacional de Doenças (CID), proposta pela OMS, atualmente na Décima Revisão, Categoria cid-10 Cap XV.

Os dados foram coletados por meio do SIM/DATASUS no período de março a outubro de 2020, a partir de um registro das informações sociodemográficas (faixa etária, cor/raça, escolaridade, estado civil) e óbito materno (local de ocorrência, causa obstétricas diretas, indiretas e inespecíficas), ano que ocorreu o óbito.

Para a tabulação e à análise dos dados, foram utilizados o software Microsoft Office Excel, versão 2019, favorecendo a análise exploratória das variáveis apresentadas em forma de tabelas, utilizando estatística descritiva simples, e os dados resultantes das variáveis sendo apresentados sob a forma de percentuais.

Como trata-se de uma pesquisa que utilizará informações secundárias, com dados de livre acesso, não sucederá necessidade de encaminhar ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Bem como, este trabalho está de acordo com a resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual não há implicações diretas com humanos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Distribuição de óbitos maternos segundo o ano do óbito, no estado do Maranhão nos anos de 2014 e 2018.

Anos	Óbitos registrados	%
<b>2014</b>	86	18,38
<b>2015</b>	107	22,86
<b>2016</b>	102	21,79
<b>2017</b>	91	19,44
<b>2018</b>	82	17,52
Total	<b>468</b>	<b>100</b>

Fonte: SIM/DATASUS, 2020

A análise desses indicadores pode aumentar ou diminuir devido às expressivas diferenças socioeconômicas e culturais, além das arbitrariedades de acesso ao serviço de saúde, sendo de suma importância a investigação de fatores de riscos locais. Outro fator importante observado é redução dos óbitos após o ano de 2015, possivelmente em consonância com as ações da Rede cegonha, implantada pela Portaria N° 1.459, de 24 de Junho de 2011, que a instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da organização da rede de atenção a saúde materna e infantil no estado, provavelmente, houve melhora nos resultados assistenciais.

No Maranhão, assim como para o Brasil, os índices de MM ainda são elevados e afetados pelo subregistro de óbitos, mas sobretudo pela subnotificação da causa materna. Diante destas informações infere-se que a ocorrência destes óbitos pode estar atrelada a baixa cobertura e qualidade do pré-natal, despreparo profissional, inadequação da assistência obstétricas e perinatais ou omissões no tratamento.

No Brasil, os níveis de mortalidade materna são extremamente elevados e apresentam ampla disparidade entre as regiões. Algumas estimativas realizadas sugerem um declínio nas taxas. Entretanto, ao longo dos anos, as informações sobre os níveis de mortalidade materno o país sofreu com o sub-registros de óbitos e preenchimento inadequado das causas de morte registradas<sup>14</sup>.

Outro evento tão grave quanto a mortalidade materna é a morbidade materna grave ou near miss, ou seja, mulheres sobreviventes a uma complicação grave, ocorrida durante a gravidez, o parto ou em até dias após o término da gravidez. A near miss e a mortalidade materna são eventos semelhantes, porém os primeiros ocorrem com maior frequência<sup>15</sup>.

Para atingir a meta de redução de mortalidade materna foram criadas políticas voltadas para a garantia da saúde da mulher como: Pacto de Redução da Mortalidade, Saúde Perto de Você, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM e a mais conhecida a Rede Cegonha, composta por quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança, e outros serviços voltados à saúde materna<sup>16</sup>.

A diminuição desta taxa é ainda um dos principais desafios da atualidade, a busca por esta redução está inclusa na quinta Meta do Desenvolvimento do Milênio, da organização das nações unidas e no projeto da rede cegonha criado pelo ministério da saúde que visa à criação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança<sup>17</sup>.

Apesar dessa redução, ainda subsiste, grandes desafios que superam análises individuais de cada caso, e que remetem a uma dimensão maior que é a realidade de vida da população, potencializado pela realidade brasileira, cuja sociedade é composta por múltiplas culturas. Esse cenário remete, portanto, a imperiosidade de estudar os fatores relacionados a MM para a devida formulação de estratégias visando a redução desse evento<sup>18</sup>.

A partir das condições sociodemográficas em que ocorreram a mortalidade materna, na tabela 2 é possível observar que a faixa etária com maior prevalência foi de gestantes com 20 a 29 anos 48,08%, e o menor percentual foi de 18,59% para mulheres com 15 a 19 anos.

Já a raça mais acometida foi a parda, apresentando 72,44%, e o menor índice foi ignorado por 1,28%. Quanto a escolaridade, observou-se que 49,15% das mortes ocorreram em mulheres com 8 a 11 anos de estudo, compatível com o ensino médio, na atual classificação de estudo no Brasil. Contudo 4,27% das mulheres não possuíam nenhum estudo dos registros notificados no (SIM).

Com relação ao estado civil as mortes em mulheres solteiras se sobressaíram, com uma taxa de 43,80%, e a menor porcentagem foi de 0,21% para mulheres separadas judicialmente.

No que diz respeito ao local de ocorrência, os casos que se desenrolaram em unidade hospitalar tiveram maior registro computando um percentual de 86,68%, e sua menor incidência foi ignorado por 0,21%.

Tabela 2 - Distribuição dos aspectos sociodemográficos e local de ocorrência de óbitos maternos notificados no Maranhão entre os anos de 2014 e 2018.

Variáveis sociodemográficas	N	%
Faixa etária		
<b>15 a 19 anos</b>	87	18,59
<b>20 a 29 anos</b>	225	48,08
<b>30 a 39 anos</b>	156	33,33
Raça		
<b>Branca</b>	49	10,47
<b>Preta</b>	65	13,89
<b>Parda</b>	339	72,44
<b>Indígena</b>	9	1,92
<b>Ignorado</b>	6	1,28
Escolaridade		
<b>Nenhuma</b>	20	4,27
<b>1 a 3 anos</b>	47	10,04
<b>4 a 7 anos</b>	103	22,01
<b>8 a 11 anos</b>	230	49,15
<b>12 anos e mais</b>	25	5,34
<b>Ignorado</b>	43	9,19
Estado civil		
<b>Solteiro</b>	205	43,80
<b>Casado</b>	95	20,30
<b>Viúvo</b>	3	0,64
<b>separado judicialmente</b>	1	0,21
<b>Outro</b>	144	30,77
<b>Ignorado</b>	20	4,27
Local de ocorrência		
<b>Unidade hospitalar</b>	401	85,68
<b>Outro estabelecimento</b>	11	2,35
<b>Domício</b>	25	5,34
<b>Via publica</b>	17	3,63
<b>Outros</b>	13	2,78
<b>Ignorado</b>	1	3,21

Fonte: SIM/DATASUS, 2020.

A partir da análise das condições sociodemográfica em que ocorreram a MM, pode-se avaliar o grau das condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, ausência de aporte afetivo e, principalmente, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade, na assistência à saúde da mulher, que podem ser evitados ou corrigidos através de processos avaliativos que alimentam o ciclo das políticas públicas.

Nesse sentido, o estudo além de mostrar a sobreposição da mortalidade materna, as informações apresentadas servem para que profissionais e setores conheçam as fragilidades referentes as questões sociais do Maranhão, afim de buscar o fortalecimento das articulações intersetoriais no sentido de minimizar as questões sociais como forma de enfrentamento das doenças, evitando assim o agravamento e as mortes evitáveis.

A morte das mulheres em função da gravidez, do parto e do puerpério em muito transcende os fatores biológicos e é, em sua grande parte, determinada pelas suas condições de vida e suas formas de participação social<sup>19</sup>.

Os fatores sociodemográficos são essenciais para indicar o contexto ao qual as gestantes estão inseridas e o número de consultas que as mesmas realizam por meio dos dados obtidos nesse estudo, como demonstrado na análise das variáveis: escolaridade, idade da mãe, estado civil, raça/cor e local de ocorrência. Tais achados, auxiliam no monitoramento da qualidade dos serviços de saúde, se o mesmo está sendo concedido de forma equânime, com o intuito de promover ações educativas e de empoderamento<sup>20</sup>.

É comprovado em estudo, que a idade materna na gravidez é um dos fatores para a redução de interesse de acesso aos serviços de saúde, bem como adesão à assistência pré-natal e via de parto<sup>21</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde o aumento do número de famílias de baixa renda sustentadas e comandadas exclusivamente por mulheres solteiras aumenta a sobrecarga de responsabilidade e estresse de tal grupo, o que gera como consequência o agravamento da morbidade e mortalidade. Por outro lado, mulheres casadas ou em união estável teriam melhores condições de acesso à saúde, além de receberem apoio e suporte emocional de seus companheiros<sup>22</sup>.

Um fator a ser considerada é o estado civil da gestante. Essa variável é de importante análise, tendo em vista a importância do suporte familiar à gestante para desenvolvimento de uma gestação sem maiores intercorrências, uma vez que uma gestante em situação de vulnerabilidade tende a negligenciar os devidos cuidados com a gestação em curso. A ausência de uma rede de apoio social representa um importante fator de risco relacionado inclusive ao adoecimento e ao óbito. Acredita-se que as gestantes solteiras, assim como as viúvas e separadas judicialmente, tendem a construir um grupo vulnerável<sup>23</sup>.

Com relação ao ambiente hospitalar, mesmo este sendo um local com maior aporte tecnológico e medicamentoso, não é o lugar mais seguro ou isento de risco de morte para a mulher. Desta forma é notável que as práticas hospitalares retratam, na sua grande maioria, uma cultura hegemônica, medicalizadora e tecnocrata, que se aproxima da praticidade e implica em desfechos obstétricos desnecessários na assistência ao parto na atualidade. Além disso, existem os fatores assistenciais, como a superlotação dos serviços e a desqualificação profissional, que também contribuem naquele indicador<sup>24, 25</sup>.

A mortalidade materna também é considerada um importante indicador da realidade social de um país e representa um parâmetro do acesso da mulher à assistência à saúde e a adequação desse sistema em responder às suas necessidades. Os dados sugerem valores mais elevados nas mulheres com baixa renda, pouca escolaridade, da raça parda, e com pouco acesso à assistência<sup>26</sup>.

O perfil sociodemográfico e assistencial encontrado expressa o “consentimento” de mortes maternas por partes da sociedades, ao violar seus direitos básicos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, à assistência à saúde de qualidade e oportuna, de acordo com suas necessidades<sup>27</sup>.

Portanto, reitera-se a necessidade do desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde interligadas às demais políticas sociais e de educação, com vistas à melhoria da qualidade de vida, da escolaridade e da redução da pobreza. Como ação-reflexa, espera-se uma redução mais expressiva da taxa de mortalidade materna no Maranhão, com a manutenção dos critérios para a estratificação de risco no atendimento pré-natal e parto que, em relação à escolaridade materna, deve ser diferente para o tipo de óbito<sup>28</sup>.

Na tabela 3, a proporção de óbitos obstétricos diretos teve prevalência de 78,21% casos, seguida de causas obstétricas indiretas com 20,51% e o menor índice foi na causas não específicas apresentando 1, 28%.



Tabela 3 – Distribuição de óbitos obstétricos diretos, indiretos e não especificados, no estado do Maranhão entre os anos de 2014 e 2018.

Tipo de causa	N	%
<b>Obstétrica direta</b>	366	78,21
<b>Obstétrica indireta</b>	96	20,51
<b>Não especificada</b>	6	1,28
<b>Total</b>	<b>468</b>	<b>100</b>

Fonte: SIM/DATASUS, 2020.

A maioria dos óbitos que surgem durante a gravidez, parto e puerpério podem ser evitados por meio de ações integradas e com cobertura abrangente a esta população, por meio de tecnologias simples, com procedimentos do nível primário da assistência à saúde, e economicamente viáveis para países em desenvolvimentos, como o Brasil.

A assistência prestada no pré-natal possibilita a determinação do risco gestacional e identifica possíveis complicações ao ciclo gravídico-puerperal, facilitando o encaminhamento, quando necessário, a outros níveis de atenção, traduzindo-se como fator principal para a redução da MM por causas sensíveis à atenção primária.

Embora as causas obstétricas diretas contribuam com incidência elevada de óbitos maternos no Maranhão, as mesmas são consideradas evitáveis, passíveis de prevenção. Enquanto as obstétricas indiretas são de menor ocorrência e difíceis de serem controladas, uma vez, que são decorrentes de patologias graves associadas à gestação, sendo muitas vezes inevitáveis. Isso nos leva a refletir quanto à qualidade da assistência oferecida, no tocante ao pré-natal e as estratégias para manter as gestantes vinculadas ao programa, observando o cenário da desigualdade social e econômica ainda muito presente no Maranhão.

Acerca das causas da MM, faz-se importante distinguir entre as causas de morte obstétrica direta que são resultantes de complicações da gestação, parto e puerpério devido a intervenções, a falta de ou inadequado tratamento, ou a cadeia de eventos que podem decorrer destes, e as causas de morte obstétrica indireta são resultantes de doenças previamente existentes ou doenças desenvolvidas durante a gestação, que não são causas obstétricas diretas, mas que têm o quadro agravado pela gestação<sup>29</sup>.

No Brasil, 80% dos óbitos maternos são decorrentes de causas obstétricas diretas com destaque para as hemorragias e as crises hipertensivas da gravidez, enquanto que as causas obstétricas indiretas são responsáveis por apenas 15 a 20% dos óbitos, já que as

mulheres que fazem pré-natal de qualidade possuem menor risco de morrer por causas obstétricas diretas<sup>30</sup>.

Em relação às causas obstétricas de mortalidade materna no estado do Maranhão entre 2014 e 2018, há maior prevalência de causas diretas. Esse achado corrobora com a média de mortalidade por causas no Brasil, a qual representada por 66,7% de mortes maternas no país, demonstrando que a assistência à saúde das mães no período da gravidez, do parto e do puerpério é inadequada, observada através da má condução terapêutica diante de complicações no ciclo gravídico-puerperal<sup>31</sup>.

Dentre as causas diretas é importante ressaltar o aborto. Muitas jovens de classes sociais desfavoráveis se submetem a abortos clandestinos devido a gestações indesejadas, tendo-se assim uma estimativa de cerca de 250 óbitos por ano devido a complicações de aborto, sendo que esse número ainda é submensurado<sup>32</sup>.

É indispensável destacar que quase todas as causas diretas são passíveis de prevenção. Quanto às causas indiretas, é relevante ressaltar que estão atreladas às mulheres já portadoras de doenças e devem, portanto, ser avaliadas, de início, como gestantes de risco e acompanhadas com mais cuidados. As causas diretas e indiretas são evitáveis em 92% dos casos<sup>33,34</sup>.

Estima-se que a consulta com um obstetra no Brasil dure em média de dez a quinze minutos devido à demanda do serviço público. Nesse sentido a meta estipulada pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para o Brasil, foi de uma taxa de mortalidade materna menor ou igual a 35 mortes em 100 000 mil nascidos vivos, até o ano de 2015, sendo essa média não atingida pelo país<sup>35</sup>.

Elementos, como falhas no planejamento, estratégias, políticas dos profissionais de saúde contribuíram para o Brasil não atingir a meta do milênio de redução do Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) em três quartos<sup>36</sup>.

Em relação à distribuição das causas de mortalidade materna no Maranhão no período estudado, trabalhou-se com grupos de doenças, utilizando as categorias do CID-10 (tabela 4).

A distribuição de óbitos maternos diretos, tiveram principais casos de notificação a eclampsia 15,81%, hipertensão pós parto 6,20%, hipertensão gestacional com proteinúria significativa 6,20%, placenta prévia 5,56% e infecção puerperal 5,34%.

Dentre as causas obstétricas indiretas, identificadas na variável outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, parto e puerpério, compreendeu 16,67% , tendo este se destacado com maior índice, e a menor taxa apresentou 0,01%.

Quanto aos óbitos maternos por causas não específicas, obtivemos uma porcentagem de 1,28%.

Tabela 4 - Distribuição das causas de óbito materno obstétrico direto e indireto pelo CID 10 no estado do Maranhão nos anos de 2014 e 2018.

Principais causas de morte materna obstétrica direta	N	%
<b>072 Hemorragia pós-parto</b>	29	6,20
<b>085 Infecção puerperal</b>	25	5,34
<b>013 Hipertensão gestacional c/proteinúria signif.</b>	29	6,20
<b>044 Placenta previa</b>	26	5,56
<b>015 Eclampsia</b>	74	18,81
<b>Total</b>	<b>468</b>	<b>100</b>

Tabela 4 (Cont)- Distribuição das causas de óbito materno obstétrico direto e indireto pelo CID 10 no estado do Maranhão nos anos de 2014 e 2018.

Variáveis	N	%
Morte materna obstétrica indireta		
<b>098 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte, mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério</b>	5	0,01
<b>010 Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério</b>	10	0,02
<b>099 Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério</b>	78	16,67
Morte materna obstétrica não especificada	6	1,28
<b>Total</b>	<b>468</b>	<b>100</b>

Fonte: SIM/DATASUS, 2020.

Nas causas de morte materna verifica-se a necessidade de considerar no contexto das estratégias de intervenção não somente aquelas causas de ocorrência frequentes, como a hipertensão e as doenças do aparelho circulatório, mas também atentar para as outras causas que também requerem ações pontuais como as doenças infecciosas e parasitárias ou outra doença da mãe.

No Brasil no período de 2000 a 2009, as principais causas foram outras doenças das mães que complicam a gravidez, o parto e o puerpério, eclampsia, hipertensão gestacional com proteinúria significativa, hemorragia pós-parto e infecção puerperal. Já as causas indiretas, as mais prevalentes tem sido as doenças pré-existente agravadas pela gravidez, como as doenças do aparelho circulatório e as doenças renais e destaca-se a doença infecciosa causada pelo vírus do HIV<sup>37</sup>.

Em relação às causas de morte materna, enquanto nos países desenvolvidos há predomínio de causas obstétricas indiretas, decorrentes de complicações de doenças pré-existentes à gravidez, nos países em desenvolvimento, como no Brasil, há predominância de causas obstétricas diretas, ou seja, relacionadas às doenças próprias do ciclo gravídico-puerperal<sup>38</sup>.

Quanto a distribuição de óbitos, conforme o Capítulo XV do CID-10, os problemas relacionados a eclampsia, hipertensão gestacional com proteinúria significativa, hemorragia pós-parto e outras doenças. (CID 015, 014, 072 e O99) se destacaram em relação às demais<sup>39</sup>.

Medidas simples, mas importantes, como o planejamento reprodutivo, monitoramento e tratamento das cardiopatias no puerpério, sulfato de magnésio na pré-eclâmpsia e eclampsia, antibióticos na infecção, abortamento seguro, ocitocina ou misoprostol na hemorragia pós parto e capacitação profissional contribuíram para redução das causas identificadas, garantindo assim o direitos à vida dessas mulheres<sup>40</sup>.

Embora apresente um vasto panorama da MM no Maranhão, as possíveis limitações deste estudo dizem respeito à subnotificação e/ou incompletudes no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Portanto, isto mostra a real necessidade de ações imediatas dos organismos e saúde no que tange a priorização da assistência pré-natal, visando a melhoria das condições de saúde locais, sobretudo, às populações mais vulneráveis, pois sabe-se que dessa forma pode-se contribuir para a detecção de gravidez de risco e prevenção das complicações relacionadas à mesma, evitando morte maternal.

## CONCLUSÃO

Os óbitos maternos ocorridos no Estado do Maranhão foram mais frequentes em mulheres solteiras, pardas, com idade situada entre 20 a 29 anos e com 8 a 11 anos de escolaridade, e o local de ocorrência em unidade hospitalar, comprovando que as mulheres deste perfil, possuem uma maior vulnerabilidade a adoecer e morrer devido à precariedade nas condições socioeconômicas.

As causas obstétricas diretas foram as mais presentes, sendo a eclampsia, hemorragia pós-parto Hipertensiva Gestacional com proteinúria significativa as principais causas das mortes. Nos óbitos analisados, a não adesão ao pré-natal pode ser um fator importante para o desenvolvimento das complicações que levaram as mulheres a tal desfecho.

A mortalidade materna ainda é um indicador de problema de saúde pública, levando em consideração, que as políticas públicas não devem ser voltadas somente para as ações de saúde de cunho individual e coletivo, mas também para as questões sociais e econômicas, haja vista que os fatores de risco para o óbito materno também permeiam as condições de vida da mulher e na garantia de seus direitos todos os aspectos devem ser considerados.

Assim, faz-se necessário o fortalecimento de políticas públicas voltadas a saúde da mulher, no período gravídico puerperal para à melhora da qualidade, do acesso a humanização, além de acompanhar os indicadores de mortalidade materna e discutir as melhorias para a vigilância dos óbitos maternos no maranhão.

## REFERÊNCIAS

Guimarães TA, Rocha AJSC, Rodrigues WB, Pasklan ANP. Mortalidade materna no Brasil entre 2009 e 2013. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 2018. 18(2).

Martins ACS, Silva LS. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018, 71:677-683.

Lima MRG, Coelho ASF, Salge AKM, Guimarães JV, Costa OS, Sousa TCC. Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2017, 25(3):324-331.

Gomes JO, Vieira MCA, Mistura C, Andrade GG, Barbosa KMG, Lira MOSC et al. . Perfil sociodemográfico e clínico da mortalidade materna. *Rev. enferm. UFPE on-line*, 2018, 12:3165-3171.

Araújo RM, Coriolano LS, Sousa JCC, Dias JL, Pessoa TNFP. Análise e distribuição geográfica da mortalidade materna obstétrica no Ceará. *Cadernos ESP*. 2017, 11(2): 36-40.

Gomes GF, Santos APV. Assistência de enfermagem no puerpério. Revista Enfermagem Contemporânea, 2017, 6,(2): 211-220.

Costa LD, Cura CC, Perondi AR, França VF, Bortoloti DS. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. Rev Cogitare Enfermagem, 2016, 21(2): 1-8.

Mendes A. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no hospital de referência nacional da Guiné-Bissau-2013 a 2018. [dissertação]. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020. 122f.

Nascimento MM. Mortalidade materna da mulher negra em Japeri.[dissertação] Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca,CEFET, Rio de Janeiro, 2019.

Castro BMC, Ramos SCS. Perfil de mortalidade materna em uma maternidade pública da cidade de Manaus-AM. Rev Saúde(Santa Maria), 2016, 42(1): 103-112.

Leite SM. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil [monografia]. Universidade Federal de campina Grande, Cajazeiras, 2019. 45f.

Silva, DJ. Mortalidade infantil no semiárido brasileiro: questionamentos sobre as estimativas oficiais. [monografia]. Universidade Federal da Paraíba, 2017. 83f.

Alberto DS, Maués SCC, Cardoso RF, Meireles AAV, Abreu AC, Silva SRM. Mortalidade materna: recorte temporal em um estado na Amazônia. Research scoliety and development, 2020. 9 (10).

Silva BGD, Lima NP, Silva SG, Antúnez SF, Seerig LM, Méndez MCR et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. Rev Brasileira de Epidemiologia, 2016, 19(3):484-493.

Ribeiro RFSA. Redução da Mortalidade Materna em Pernambuco: realidade ou desafio? [dissertação]. Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Recife, 2018. 76f.

Pereira BR, Santos RB, Fioravanti G O, Martins MMF. Perfil de mortalidade materna e a efetividade das políticas públicas direcionadas a saúde materna no estado da Bahia, 2006 a 2015. SEMPC- Semana de mobilização científica-alteridade, direitos fundamentos e educação, 2018.

Lima DR, Ribeiro CL, Garzon AMM, Henriques TRP, Souza KV. Análise dos fatores intervenientes da mortalidade materna. Enfermagem Obstétrica, 2016. 3: 25.

Santos DR, Nogueira LMV, Paiva BL, Rodrigues ILA, Oliveira LF, Caldas SP. materna na população indígena e não indígena no Pará: contribuição para a vigilância de óbitos. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2017, 21(4): 1-9.

Junior RAOF. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. Rev. Bras, Saude Mater.Infnat, 2020. 20(2): 607-614.

Pereira DG. Relação entre as consultas de pré- natal e as características sociodemográficas maternas [monografia]. Universidade Federal de Pernambuco, CAV. Bacharelado em Saúde Coletiva, Recife,2019. 31f.

Azevedo LMC. Mortalidade materna no estado da Paraíba no período de 2007 a 2016. [monografia]. Universidade Federal de Campinas Grande, Cajazeiras, 2018. 41f.

Carvalho LRO, Fonseca LML, Coelho MTC, Machado MGS, Carvalho MB, Vidal CEL. Mortalidade de mulheres em idade fértil entre 1998 e 2012 na microrregião de Barbacena. Rev. interdisciplin. estud. exp. anim. hum.(impr.), 2016:15-22.

Oliveira ETA, Cavalcante AEO, Santos LCM, BalduinoACS, Penha JC, Rodrigues JÁ. Analysis of maternal mortality ratio pattern by hyperyebsion. Ver fun care online, 2020. 12:609-615.

Silva SCM, Monteiro EA, Freitas WMF, Barros AG, Guimarães CMC, Melo AS. Diagnóstico da situação de morte materna. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 2019. 32p.

Quidute MA. Perfil da mortalidade materna no estado de Pernambuco: estudo de uma série histórica, 2004-2014. [monografia]. Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, 2017.

Lima GO, Gonzaga JCL, Figueiredo LNS, Costa LS, Pereira SS, Magueta EB. Determinantes socioeconômicos e assistenciais associados à mortalidade materna: revisão bibliográfica. [monografia]. Universidade Vale do Rio Doce, 2019.

Migoto MT, Oliveira RP, Freire MHS. Análise da Mortalidade Perinatal e seus fatores associados. Rev baiana enferm. 2018. 32f.

Carvalho PI, Frias PG, Lemos MLC, Frutuoso LALM, Figueirôa BQ, Pereira CB et al. Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006- 2017^estudp descritivo. Epidermio. Ser. Saúde, 2020. 39(1).

Guarda OID. Mortalidade materna no Estado do Maranhão [dissertação]. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017. 92f.

Dias JA, Cury GC, Junior ACP. Estudo da mortalidade materna na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. Rev Med Minas Gerais, 2016, 26: 1-7 v. 26.

Batista H, Distributions of maternal mortality in Paraíba state from 2007 to 2016. Journal of epidemiology and infection control, 2019. 9(4)

Lima IF. Correlação entre a implantação da equipes de saúde da família com razão de mortalidade materna: uma análise de 2009 a 2016.[monografia]. Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2017. 31f.

Silva BL, Almeida MG. Mortalidade Materna por causa direta: uma revisão integrativa. [monografia]. Faculdade de CESMAC do Sertão, Alagoas, 2019. 21f.

Pereira JM. Fatores de risco associados a óbitos maternos em maternidade de referência no estado Maranhão no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015. [monografia]. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016. 33f.

Coelho JLG, Silva CJF, Feitosa FLS, Santana WJ, Rangel FEP, Mendes RC et al. Prevalência de óbitos maternos na microrregião do Cariri Do Ceará. *Brazilian Journal of Development*. 2020, 6(7): 44311-44320.

Medeiros LT, Sousa AM, Arinana LO, Inácio AS, Prata MLC, Vasconcelos MNG. Mortalidade materna no estado do Amazonas: estudo epidemiológico, 2018. 32f.

Silva AM. Mortalidade materna e sua distribuição dos distritos sanitários de São Luís-Ma no período de 2003 a 2013. [monografia]. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016. 92f.

Pacifico LS, Santos MM, Falcão T. Morte materna: incidência no estado de Rondônia no período de 2013 a 2015. 2016

Silva HF. Análise da mortalidade no município do Rio de Janeiro, 2007 a 2015. [dissertação]. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, 2018. 85f.

Vega CEP, Soares VMN, Lourenço F, Nasr SM. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. *Cad SaúMde Pública*, 2017.33(3).



# CAPÍTULO 29

## CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE CASOS NOTIFICADOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL ENTRE 2015-2019 EM MUNICÍPIOS ENDEMICOS NO MARANHÃO

DOI: 10.47402/ed.ep.c202143729066

**Clara Elisa Pereira Souza**, Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário Estácio São Luis

**Noemea Claudia Oliveira Peixoto**, Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário Estácio São Luis

**Thayane Cristyny Bordalo Alves**, Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário Estácio São Luis

**Stelma Regina Sodré Pontes**, Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, UFMA

**Inaldo Kley do Nascimento Moraes**, Enfermeiro, Mestre em Programas e Serviços de Saúde, Universidade Ceuma

### RESUMO

**INTRODU O** Leishmaniose Visceral Humana é uma doença infecciosa sistêmica grave, uma zoonose que acomete seres humanos e integra o grupo de doenças negligenciadas no mundo, já que ocorrem em países mais pobres, afetando a popula o mais vulnerável, com elevados índices no Brasil, tendo como protagonista a região Nordeste, no que se refere ao número de notifica es, constituindo um grave problema de saúde pública. O Maranhão é um dos estados mais acometidos pela leishmaniose visceral humana sendo considerado uma área endêmica. **OBJETIVO:** O artigo visa caracterizar o perfil epidemiológico dos casos notificados de leishmaniose visceral entre 2015-2019 nos municípios com a maior incidência no Maranhão. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa, coletadas no banco de dados do Sistema de Informa o de Agravos de Notifica es (SINAN) no período de setembro e outubro de 2020. As variáveis obtidas foram sexo, cor/raça, idade e desfecho. **RESULTADOS:** Os dados coletados mostram que a capital São Luís é onde se localiza o maior número de casos, sendo o ano de 2018 a maior incidência, seguido do município de Imperatriz, tendo a predominância no sexo masculino, de raça parda, crianças 1-4 anos de idade, onde a maioria evoluiu para cura. **CONCLUSÃO:** Apesar do decréscimo no último ano em número de casos notificados, o estado do Maranhão tem um caráter endêmico da Leishmaniose Visceral, denotando assim a carência de a es e estudos que norteiem promo o, preven o em saúde, em benefício da popula o mais vulnerável, e com difícil acesso aos serviços de saúde.

**PALAVRAS CHAVES:** Leishmaniose; Saúde Pública / End mica / Epidemiológica

### INTRODU O

A Leishmaniose é uma doença infecciosa sistêmica, de evolu o crônica, e popularmente conhecida como calazar, febre dundun ou esplenomegalia tropical, e caracteriza-se como sendo uma zoonose que acomete seres humanos e outras espécies de animais domésticos e silvestres, e esta integra o grupo de doenças infecciosas negligenciadas no mundo com altos índices no Brasil<sup>[1]</sup>.

No Brasil a LVH foi descrita em 1934 quando visualizado amastigotas de *Leishmania* em cortes histológicos em fígado de pessoas que morreram com suspeita de febre amarela, é uma doença causada por um protozoário do gênero *Leishmania* de um complexo *Leishmania Donovanii*, já no Brasil o agente encontrado é a *Leishmania chagasi*. Cujo vetor é o mosquito flebotomíneo fêmea da espécie *Lutzomyia longipalpis*<sup>[2]</sup>.

O principal mecanismo de transmissão ocorre por meio da picada da fêmea do flebotomíneo *Lutzomyia longipalpis* infectada pelo parasito. De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS <sup>[3]</sup>, a maioria das pessoas infectadas pelo parasita não desenvolve nenhum sintoma em sua vida. Portanto, o termo “leishmaniose” refere-se ao fato de adoecer devido a uma infecção por *Leishmania* e não ao mero fato de estar infectado com o parasita<sup>[3]</sup>.

É uma doença típica de áreas tropicais, cerca, de 500.000 pessoas são diagnosticados no mundo, sendo ainda mais endêmicos os territórios do subcontinente Indiano, o leste africano, o litoral do Mediterrâneo e Portugal. Rússia, Arábia Saudita, Iraque, Irã, China e a América Latina, especialmente o Brasil<sup>[4]</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde cerca de dois milhões de novos casos são registrados por ano no mundo, sendo que 90% dos casos registrado na América Latina, ocorrem no Brasil, onde a maior parte dos casos é nas regiões Norte e Nordeste<sup>[5]</sup>.

O crescimento LV no Brasil está diretamente relacionada com a urbanização da doença e do vetor, mudanças socioambientais, e dificuldades de controles em grandes centros urbanos, onde há vários problemas sociais, como: desnutrição, condições de moradia, e saneamento básico<sup>[6]</sup>.

Leishmaniose é uma endemia presente em quatro das cinco regiões do Brasil, com uma concentração maior com números de casos no Nordeste concentrando 56%, seguidas pelas regiões Sudeste com 19%, Norte 18% e Centro Oeste com 7%, com casos em 21 estados brasileiros<sup>[7]</sup>.

Segundo os dados revelados nos últimos 10 anos pelo ministério da saúde os surtos ocorridos em cidades como São Luís, Rio de Janeiro e Natal aconteceram pelo fato da periurbanização e a urbanização da leishmaniose visceral<sup>[8]</sup>.

Leishmaniose apresenta – se como uma enfermidade de evolução crônica e sistêmica, e se não tratada adequadamente pode atingir até 90% de letalidade<sup>[9]</sup>. Observa-se que, nos últimos anos a letalidade da doença passou de 3,6% no ano de 1994 para 6,7% em 2003, o que representa

um aumento de 85%, esses altos índices a torna importante e um grande problema de saúde pública<sup>[10]</sup>

A doença pode se desenvolver na forma abrupta ou gradual, resultando assim em diferentes formas clínicas como: assintomática, aguda ou crônica, na sua forma assintomática tem poucos ou nenhum sintoma com recuperação rápida, já a aguda sua evolução é rápida e fatal principalmente em crianças menores de 2 anos e sua forma crônica é a mais comum com evolução lenta podendo durar anos<sup>[11]</sup>.

O diagnóstico se dá por um complexo baseando – se em sinais e sintomas clínicos, com parâmetros epidemiológicos, bioquímicos e hematológicos<sup>[11]</sup>. A leishmaniose tem um período de incubação bastante variável podendo chegar até dois anos, suas principais manifestações clínicas são febre alta, hepatoesplenomegalia, pancitopenia, hipergamaglobulemia, perda de peso e anemia<sup>[12]</sup>.

O tratamento para Leishmaniose Visceral é utilizado os antimoniais que temos como exemplo o antimoniato de N-metil glucamina, que é o fármaco de recomendação de escolha inicial, no país ainda é encontrado muitas barreiras para tratar desse problema de saúde pública, pois cada região tem suas peculiaridades<sup>[13]</sup>.

A falha do tratamento e a resistência às drogas comumente usadas continuam sendo um grande obstáculo para o sucesso da quimioterapia contra a leishmaniose visceral (LV) <sup>[14]</sup>.

Há grande lacuna científica no conhecimento sobre a LV. São necessários estudos sobre novas drogas e regimes terapêuticos, ou que abordem a efetividade das ações de controle da doença com maior robustez metodológica, entre outros aspectos<sup>[15]</sup>.

A elaboração desta pesquisa torna-se relevante pois a Leishmaniose visceral é uma endemia mundial com elevados índices no Brasil e o Maranhão ocupa o primeiro lugar em notificação, sendo está, uma doença de notificação compulsória, aguçando assim a curiosidade das acadêmicas para o conhecimento acerca das características epidemiológicas em seu estado.

Diante das considerações iniciais, o objetivo deste estudo foi a caracterização do perfil epidemiológico dos municípios com maior incidência de Leishmaniose visceral no estado do Maranhão.

Visando ainda contribuir para com todos outros pesquisadores sobre a temática, cujo presente estudo poderá fornecer subsídios para novas pesquisas junto a esse cenário.

## METODOLOGIA

Trata - se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa, a coleta dos dados foram realizadas no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) <sup>[16]</sup>, que se trata de um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, que tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde, sendo este de domínio público.

A base utilizada foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) <sup>[17]</sup>, que é um sistema cujo objetivo é coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica brasileiro. O sistema serve de apoio à avaliação das doenças de notificação compulsória, previstas em lei e que devem ser informadas obrigatoriamente às autoridades do país quando identificadas.

O estudo foi realizado tendo direcionamento a caracterização do perfil epidemiológico da Leishmaniose Visceral, nos municípios de maior incidência no estado do Maranhão, que é um dos 27 estados do Brasil, localizada na Região Nordeste do país. Divide fronteiras com três estados brasileiros: Piauí (leste), Tocantins (sul e sudoeste) e Pará (oeste), além do Oceano Atlântico (norte). Tendo uma área de 329.642,182 km<sup>2</sup> e com 217 municípios, é o segundo maior estado da região Nordeste e o oitavo maior estado do Brasil. Com uma população de 7.114.598 habitantes, com IDH 0,639 com renda per capita de R\$ 636,00, é o 11º mais populoso do Brasil. A capital São Luís, é a cidade mais populosa. Outros municípios com população superior a cem mil habitantes são São José de Ribamar, Paço do Lumiar, Açailândia, Imperatriz, Bacabal, Codó e Caxias<sup>[18]</sup>.

A população estudada foi composta pelo número de casos notificados no SINAN nos municípios de maior incidência do estado do Maranhão, entre os anos de 2015 a 2019.

A coleta dos dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2020, usando o tabulador de internet (TABNET), existente na página de dados do DATASUS. A tabulação será realizada, seguindo os dados: Estado do Maranhão municípios de maior incidência, sexo, raça / cor, por faixa etária e tratamento.

Os dados foram digitados e tabulados por meio do programa Microsoft Office Excel® versão 2013, possibilitando realizar a análise dos dados apresentados em forma de tabelas, para melhor visualização dos resultados.

A pesquisa focou em dados de domínio público, que então possibilita a não apresentação do projeto de pesquisa junto aos comitês de ética, como descrito na Resolução nº 510/16 do

Conselho Nacional de Saúde, no Art. 1º parágrafo V- pesquisa com banco de dados, cuja as informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente estudo teve como direcionamento a caracterização do perfil epidemiológico da Leishmaniose Visceral Humana dos municípios de maior incidência do estado do Maranhão entre os anos 2015 – 2019.

Tabela 1 – Distribuição de casos de Leishmaniose Visceral segundo sexo

<b>Região de Saúde (CIR) de Notificação</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Total</b>
<b>Masculino</b>						<b>531</b>
Barra do Corda	6	4	19	3	2	34
Caxias	4	6	9	5	7	31
Codó	10	10	13	2	1	36
Imperatriz	11	20	26	41	22	120
Presidente Dutra	1	10	7	2	2	22
São Luís	48	67	61	75	37	288
<b>Feminino</b>						<b>474</b>
Barra do Corda	8	5	17	4	1	35
Caxias	10	3	10	7	3	33
Codó	15	10	6	9	0	40
Imperatriz	10	21	27	36	20	114
Presidente Dutra	0	4	11	5	6	26
São Luís	45	51	48	56	26	226

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Agravos e Notificação – SINAN net 2019

Observou - se na tabela 1 que quanto ao sexo entre os anos de 2015 a 2019, foram notificados 531 casos de LVH na população do sexo masculino e 474 no sexo feminino. Destes 531 casos no sexo masculino, a maior incidência está a capital São Luís com maior número de casos sendo 288, e taxa elevada no ano de 2018 (75 casos), seguidos por Imperatriz (120 casos) maior incidência no ano 2018 (41 casos).

Já no sexo feminino foram notificados 474 casos no mesmo período de estudo como mostra a tabela 1, destes foram 226 na capital São Luis, logo depois vem 114 no município de Imperatriz.

Corroborando com a pesquisa em Sobral CE que observou a porcentagem de 63,5%, o sexo masculino é o mais acometido pela leishmaniose visceral. [9] Outro Estudo [19] também evidenciou o predomínio do gênero masculino com 56%. Pesquisa populacional [20] descreve essa maior prevalência devido aos fatores hormonais e exposição ao vetor da doença. Números esses evidenciados apenas na capital São Luís e no município de Imperatriz a leishmaniose visceral atingiu com uma frequência maior a população do sexo masculino nos anos de estudo[21].

Apesar dos dados no estado do Maranhão apontarem que o sexo masculino é o mais acometido com o maior número de notificações, apenas a capital São Luís e o Município de Imperatriz, apontam a prevalência no gênero masculino, em contrapartida os municípios de Barra do Corda, Codó, Caxias e Presidente Dutra mostram a predominância do gênero feminino. Não encontrou - se na literatura estudos que evidenciem o gênero feminino como predominância da LVH.

Tabela 2 – Casos de Leishmaniose Visceral segundo raça / cor.

<b>Região de Saúde (CIR) de Notificação</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Total</b>
<b>Branca</b>						<b>77</b>
Barra do Corda	0	0	3	0	0	3
Caxias	1	1	3	0	0	5
Codó	1	0	3	0	0	4
Imperatriz	1	1	4	5	6	17
Presidente Dutra	0	2	0	1	1	4
São Luís	7	12	14	3	8	44
<b>Pardo</b>						<b>765</b>
Barra do Corda	11	4	12	5	3	35
Caxias	12	7	16	11	9	55
Codó	22	18	15	11	1	67
Imperatriz	17	38	37	56	27	175
Presidente Dutra	1	12	17	6	7	43
São Luís	74	86	73	106	51	390
<b>Outras</b>						<b>169</b>
Barra do Corda	3	5	21	2	0	31
Caxias	1	1	0	1	1	4

Codó	1	2	2	4	2	11
Imperatriz	3	2	12	16	9	42
Presidente Dutra	0	0	1	0	0	1
São Luís	12	20	22	22	4	80

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Agravos e Notificação – SINAN net 2019

Segundo os dados do SINAN entre 2015 – 2019 notificado por raça nos municípios de maior incidência no estado do Maranhão, identificou-se que a prevalência maior da doença são em pessoas que se denominaram na cor / raça parda com um total de 765 casos, tendo a capital São Luís registrado um total de 390 durante esses cinco anos, logo seguido pelo município de Imperatriz com um total de 175 casos, Codó 67 casos no período estudado. Em relação aos grupos étnicos ainda não há estudos que evidenciam que a etnia é um fator predisponente ao contágio da Leishmaniose Visceral<sup>[3]</sup>.

Estudo descritivo refere a predominância na cor parda, é a forte miscigenação que ocorreu no Brasil ao longo de sua história, pois não foram encontrados estudos que corroborem com os comparativos epidemiológicos<sup>[20]</sup>.

Tabela 4 – Distribuição casos de Leishmaniose Visceral segundo idade

Região de Saúde (CIR) de Notificação	2015	2016	2017	2018	2019	Total
<b>Idade de 1-4</b>						<b>733</b>
Barra do Corda	12	5	28	7	1	53
Caxias	11	6	16	12	4	49
Codó	20	16	14	8	1	59
Imperatriz	14	28	39	57	30	168
Presidente Dutra	0	7	14	5	5	31
São Luís	68	84	73	100	48	373
<b>Idade de 5-9</b>						<b>174</b>
Barra do Corda	1	1	4	0	1	7
Caxias	3	2	3	0	4	12
Codó	3	3	2	2	0	10
Imperatriz	4	9	9	13	9	44
Presidente Dutra	1	4	2	2	2	11
São Luís	17	19	24	19	11	90
<b>Idade de 10-14</b>						<b>98</b>

Barra do Corda	1	3	4	0	1	9
Caxias	0	1	0	0	2	3
Codó	2	1	3	1	0	7
Imperatriz	3	4	5	7	3	22
Presidente Dutra	0	3	2	0	1	6
São Luís	8	15	12	12	4	51

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Agravos e Notificação – SINAN net 2019

Em relação a notificação de casos de leishmaniose segundo a idade, identificou – se que a faixa de maior incidência acometida pela doença é a faixa etária de 1 – 4 anos com um total 733 casos, e maior incidência tendo como protagonista a capital São Luís com 373 casos da doença, seguida pelos municípios de Imperatriz com 168 casos, Codó 59.

Notou – se também que a faixa etária de menor incidência é de 10 – 14 anos, com apenas um total de 98 casos no mesmo período. Esses dados corroboram com a maioria dos estudos publicados<sup>[3, 7, 13,22, 23]</sup>. Segundo esses estudos, a alta prevalência na faixa etária de 1 – 4 anos se dá pela imaturidade do sistema imunológico, tendo como fator agravante a desnutrição, além do fato dessa idade ter um maior contato com animais<sup>[3, 22, 23, 24,25]</sup>.

Tabela 5 – Distribuição casos de Leishmaniose Visceral segundo desfecho

Região de Saúde (CIR) de Notificação	Ignorada /Branco	Cur a	Abandono	Óbito por IV	Óbito por outra causa	Transferência
Barra do Corda	3	120	1	8	1	2
Caxias	39	93	1	14	2	1
Codó	28	104	4	9	3	12
Imperatriz	76	242	3	46	12	96
Presidente Dutra	22	66	0	19	1	22
São Luís	11	1059	9	112	34	140
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>1684</b>	<b>18</b>	<b>208</b>	<b>53</b>	<b>273</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Agravos e Notificação – SINAN net 2019

Quanto ao desfecho a tabela 4 mostra que o número de pessoas curadas é predominante em todos os municípios citados na presente pesquisa, evidenciando que a capital aparece com o maior número de pessoas curadas com um total de 1.059, seguida por imperatriz com 242 e



Barra do Corda com 120, Codó 104 e um total geral de 1.684 casos notificados considerados curados.

Não podemos deixar de citar os número de transferências com 273 casos, e o número de óbitos por LV que foram 208, com maior prevalência na capital São Luís com 112 óbitos, seguido por Imperatriz com 46 registrados nos anos de 2015 – 2019. Estudo realizado no Estado do Ceará, mais precisamente no município de Sobral, onde em seus registros relatam a evolução clínica dos casos em 51,7% para cura. Relata ainda que o número de abandono e transferência é pequeno, ainda descreve óbitos por LV. O estudo ainda cita a educação dos sujeitos como ferramenta de promoção a saúde, contribuindo assim para implementar estratégias de melhorias de higiene e nutrição saudável, além da diminuição dos focos de contaminação e esclarecimento sobre a doença. Estes dados são considerados importantes e corrobora com os dados da tabela acima<sup>[26]</sup>.

## **CONCLUSÃO**

A construção do presente estudo proporcionou delinear o perfil epidemiológico da Leishmaniose Visceral Humana nos municípios de maior incidência no estado do Maranhão entre os anos de 2015 – 2019, onde através dos dados obtidos, permitiu – se observar várias características da leishmaniose visceral humana em nosso estado, como a predominância do gênero masculino apenas na capital São Luís e no município de Imperatriz, a etnia, sua predominância é indivíduos da cor/raça parda, observou – se que as crianças com faixa etária 1 – 4 anos tem maior incidência, apesar da predominância da cura nos seis municípios de estudo, o Maranhão tem uma elevada incidência de casos de LVH, destacando-se a cidade de São Luís com o maior números de notificações, seguida do município de Imperatriz, tendo como protagonista a alta taxa no ano 2018 considerando-se assim, uma área endêmica. ainda é necessária uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, gestores e pesquisadores.

Dada a importância da parasitose torna- se necessário a prevenção da doença através do combate ao vetor, educação em saúde para população, além do monitoramento dos municípios com maior incidência, vale ainda ressaltar a importância do preenchimento correto da ficha de notificação, evitando assim a subnotificação.

Entre as limitações encontradas, foram às fragilidades das informações e um expressivo número de variáveis sem dados no SINAN, ressaltando ainda inúmeros valores ignorados / brancos na variável analisada neste estudo, podendo assim reduzir a qualidade dos registros do SINAN, dificultando estudos epidemiológicos preciso da sua base de dados.

Em contrapartida é de fundamental importância a abordagem desses dados para estimular ações de vigilância em saúde, uma vez que o Maranhão é um estado endêmico.

Apesar das dificuldades a análise desse estudo proporcionou as acadêmicas a melhor compreensão da parasitose além de entender a dinâmica da endemia no estado do Maranhão.

## REFERENCIAS

Lopes, GDS; Sousa VDA., Martins, JDSC., Sousa, ESD; & Cajaiba, RL; (2019). Nível de conhecimento e medidas de prevenção de moradores sobre a Leishmaniose Visceral em área endêmica no Maranhão, Brasil. *Archives of health investigation*, 8(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 1. ed., 5. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.120 p.: il.

Silveira, JAVD; Oliveira, EHD. Leishmaniose Visceral: análise epidemiológica e temporal no Estado do Maranhão, Brasil. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 8, p. e838986537-e838986537, 2020.

Lemos, MDA., & de Sousa, OH; (2019). Perfil da leishmaniose visceral no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Facit Business and Technology Journal*, 1(9).

Garcês Junior, AR, et al. Análise dos casos de leishmaniose visceral utilizando técnicas de geoprocessamento. *J. health inform*, p. 929-938, 2016.

Silva, JMG; Gordon, ASDA; Hilarino, JMS; Oliveira,IRN; Costa; LJSM. Aspectos clínicos e epidemiológicos da leishmaniose. *Index fundacion; Paraninfo Digital; Monográficos de Investigación en Salud*, año X, n.25, 2016.

Lima, MES. Perfil epidemiológico de crianças internadas com leishmaniose visceral em um Hospital Universitário do Maranhão. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped*, v. 18, n. 1, p. 15-20, 2018.

Silva, LBD, et al. Factors associated with Visceral Leishmaniasis in an endemic area of Codó, State of Maranhão, Brazil. *Journal of Epidemiology and Infection Control*, v. 6, n. 2, p. 74-80, 2016.

Sousa, EPD; Freitas, AJSD; Paz, FADN; & Oliveira, EH. Evolução da leishmaniose visceral em São Luís, Maranhão: uma análise epidemiológica e temporal dos casos. *Research, Society and Development*, 9(2), e167922197-e167922197. (2020)

Silveira, JAVD; Oliveira, EHD. Leishmaniose Visceral: análise epidemiológica e temporal no Estado do Maranhão, Brasil. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 8, p. e838986537-e838986537, 2020.

Santos, EDSMD., Figueiredo JAMD., Santos, GBMD., Silva, RDFD., Mendonça, EFD., Neves, RR., & Borges, MNDC; (2019). Aspectos Epidemiológicos da Leishmaniose Visceral. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (23), e959-e959.

Anversa, L; Montanholi, RJD; Sabino, DL. Avaliação do conhecimento da população sobre leishmaniose visceral. Rev Inst Adolfo Lutz. São Paulo, v. 75, p. 1-8, 2016.

Luz, MVGD, et al. Aspectos clínicos-epidemiológico da leishmaniose visceral no município de Pedreiras, Maranhão. InterfacEHS, v. 15, n. 1, 2020.

Khanra, S.; Juin, SK.; Jawed, JJ.; Ghosh, S.; Dutta, S.; Nabi, SA.; Dash, J.; Dasgupta, D.; Majumdar, S.; Banerjee, R. In vivo experiments demonstrate the potent antileishmanial efficacy of repurposed suramin in visceral leishmaniasis. [PLoS Negl Trop Dis](#); 14(8): e0008575, 2020.

Toledo, CRSD. Almeida, ASD., Chaves, SADM., Sabroza, PC. Toledo, LM. Caldas, JP. Vulnerabilidade à transmissão da leishmaniose visceral humana em área urbana brasileira. Revista de Saúde Pública, 51, 49;(2017).

Brasil, DATASUS. Informações de Saúde (TABNET). Epidemiológicas e Morbidade. Doenças e Agravos de Notificação. De 2007 em diante (SINAN): Leishmaniose Visceral. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203> Acessado em 10/09/2020

Brasil, SINAN. Sistema de informação de Agravos Notificados. Leishmaniose Visceral, casos confirmados e notificados. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/leishvbr.def> Acessado em 01/09/2020

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados: Maranhão código21 disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma.html> Acessado em 01/09/2020

Santos, JA. Perfil Epidemiológico da Leishmaniose Visceral no Município de Araguatins-TO. Revista Multidebates. [v. 3 n. 2 \(2019\)](#). Disponível em: <http://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/155/163> Acessado em 01/09/2020

Cunha, EA. Lins, SC. Azevedo, SS. Perfil Epidemiológico da Leishmaniose Visceral Humana no Estado do Rio Grande do Norte entre os anos de 2010 a 2017 Revista de Agroecologia no Semiárido (RAS) - (Sousa - PB), ISSN- 2595-0045, v. 4, n.4, p.20-24, 2020 Disponível em: <https://periodicos.ifpb.edu.br/index.php/ras/article/viewFile/4567/pdf55> Acessada em 13/09/2020

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde: Leishmanioses: Informe Epidemiológico nas Américas. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. Acesso 16/11/2020

Gomes, JMS; Gordon, ASA; Hilarino, JMS; Oliveira, IRN; Costa, PSS; Lobato, JSM. Aspectos clínicos e epidemiológicos da leishmaniose visceral em crianças. Rev Paraninfo Digital, 2016; 25. Disponível em: <<http://www.index-f.com/para/n25/383.php>> Consultado el 01/11/2020

Viana, GM C; Silva, MACN, Pinheiro, FCM. Branco, RCC, Bezerra, GFB, Nascimento, MDSB. Série temporal de casos de leishmaniose visceral em São Luís, Maranhão, Brasil (2001 a 2013): aspectos epidemiológicos e clínicos. Rev. Investig, Bioméd., São Luís, 7:80-90. 2015. Disponível em: <http://www.ceuma.br/portalderevistas/index.php/RIB/article/view/22/21>. Acessada em 09/11/2020.

Aguiar PF, Rodrigues RK. Leishmaniose visceral no Brasil: artigo de revisão. Montes Claros. 2017 v. 19 n. 1 (2017): [Unimontes Científica](https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/1608) disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/1608> Acessado em 09/09/2020.

Silva, PLN. Prado, PF. Oliveira, RS. Souto, SGT. Batista, KP. Bretas, TCS. Epidemiologia da leishmaniose visceral em crianças no município de Montes Claros. Revista Cubana de Enfermería, [Volumen 33, Número 4 \(2017\)](http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/806/306). Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/806/306> Acessado em 11/09/2020

Martins, CP; Brandão, MGSA; Braga, MM; Sampaio, LBF; Barros, LM; Pacheco, JCB. Monitoramento epidemiológico como instrumento de apoio à gestão de saúde: análise das notificações de leishmaniose visceral em Sobral, Ceará. Rev. Adm. Saúde - Vol. 18, Nº 72, jul. – et. 2018. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.72.117>. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/117/159> Acessada em 12/09/2020

# CAPÍTULO 30

## INTERNAÇÃO POR ABORTO ESPONTÂNEO: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO MARANHÃO ENTRE 2015-2019

DOI: 10.47402/ed.ep.c202143830066

**Bethânia Bandeira Cavalcane**, Acadêmicas de Enfermagem do Centro Universitário Estácio de Sá, São Luis

**Dannúbia Raquel Silva Arouche**, Acadêmicas de Enfermagem do Centro Universitário Estácio de Sá, São Luis

**Luciana Stefanny Vieira dos Reis**, Acadêmicas de Enfermagem do Centro Universitário Estácio de Sá, São Luis

**Stelma Regina Sodré Pontes**, Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, UFMA

**Inaldo klêy do Nascimento Moraes**, Enfermeiro, Mestre em Gestão em Programas e Serviços de Saúde, UNICEUMA

### RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) definem o aborto como a interrupção espontânea ou induzida da gravidez antes da viabilidade do produto da concepção, correspondendo à perda do concepto até a 20ª e a 22ª semanas completas e/ou com feto de até 500g. O aborto gera consequências que são relevantes para o risco de óbito, por a maior parte apresentar complicações, e isso pode acabar requerendo cuidados médicos em âmbito hospitalar. O objetivo do estudo foi caracterizar as internações por aborto no estado do Maranhão, no período de 2015 à 2019. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A coleta dos dados foi realizada no site do Departamento de Informática do SUS, nos meses de abril e agosto de 2020. Foram registrados 21.753 casos de internações por aborto, segundo os dados dos anos de 2015 à 2019, sendo assim o ano de maior número de casos foi o de 2019. Com equivalente 5.160. É clara a incidência de complicações pós aborto e que levam a internações. Vale ressaltar também o papel do enfermeiro na educação em saúde relacionada ao tema, principalmente voltada para a idade mais suscetível, que é a saída da adolescência e entranha na vida adulta.

**DESCRITORES:** Internação. Saúde da Mulher. Aborto Espontâneo.

### INTRODUÇÃO

O abortamento é a interrupção de uma gravidez até 22 semanas ou quando a idade gestacional é desconhecida e o produto da concepção pesa menos de 500 gramas ou mede menos de 16 cm. No Brasil, 31% das gravidezes terminam em abortamento, ocorrendo anualmente 1,4 milhão de abortamentos espontâneos e inseguros, com uma taxa de 3,7 abortos para cada 100 mulheres em idades de 15 à 49 anos. Como resultado desse cenário, a curetagem é o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde, sendo superado apenas pelos partos normais<sup>1</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o aborto induzido de forma intencional acaba em um procedimento para finalizar uma gestação não desejada, em geral realizada por indivíduos despreparados ou em ambientes desfavoráveis. Esse tipo de aborto é percebido mundialmente como uma questão de saúde pública, pois acomete mulheres de todas as etnias e classes sociais, sobretudo aquelas com maior dificuldade de acesso aos serviços e assistência de saúde e menores recursos econômicos e sociais<sup>2</sup>.

Estima-se que 85 milhões das gestações no mundo são indesejadas acarretando em 22 milhões de abortos não seguros, dos quais 98% destes são realizados em países em desenvolvimento. A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que cada ano sejam realizados até 3,2 milhões de suspensões perigosas, principalmente nas jovens<sup>3</sup>.

De acordo com a legislação vigente no Brasil, Lei 2848/1940, o aborto é considerado crime. Todavia, de acordo com o artigo 128 do Código Penal, a gestante que sofrer risco de morte durante a gestação e engravidar a partir de um abuso sexual está autorizada a interromper a gravidez<sup>4</sup>. Em 2012, foi analisada e julgada pelo Superior Tribunal Federal (STF) a descriminalização do aborto em casos de fetos anencefálicos, alterando assim, o artigo 128 do Código Penal<sup>5</sup>.

A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) realizada em 20018, constata que ao final da idade reprodutiva aproximadamente uma a cada cinco já realizaram a interrupção, decorrendo que (59%) aconteceram entre 12 à 24 anos. No Brasil, estima-se que 31% da gravidez acabem em interrupção provocada ou espontânea, ocasionando que a prática insegura corresponde a 4% dos óbitos maternos. Logo, em relação a hospitalização após aborto representam 10% do valor absoluto de partos com internações. Ademais, o abortamento ocasionado espontaneamente ocorre em torno de 10 à 15% das gestações e outros 10% que são atendidos, são provocados<sup>6</sup>.

Infelizmente não existem dados concretos acerca da dimensão do problema do aborto, sobretudo em nações onde o mesmo é criminalizado, como no Brasil. Portanto, de maneira geral, somente nos casos em que ocorrem complicações médicas voltadas para a saúde da mulher ou são descobertos e, por alguma razão têm chances de serem punidos, os mesmos são contabilizados, por isso, geralmente se trabalham com meras estimativas e subnotificações, não existindo registros e investigações em todas as situações concretas ou mesmo nas tentativas<sup>7</sup>.

Segundo Rodrigues et al.,<sup>8</sup> o aborto gera consequências que são relevantes para o risco de óbito, pela maior parte apresentar complicações, e isso pode acabar requerendo cuidados médicos em âmbito hospitalar, isto é, necessitar de assistência com qualificação. Além das

complicações psicológicas que o aborto acaba gerando, as complicações físicas mais frequentes são: infecção, perfuração do útero e, com menor incidência, retenção de resto de placenta, hemorragia, peritonite, tétano, septicemia, inclusive esterilidade.

O obstáculo para diminuir as taxas de complicações, que pode levar a óbito, nos casos de interrupções é elevado, devido aos locais ilegais e clandestinos. Agregado a isso, tem o lado religioso e cultural, que ainda acaba gerando a omissão de informações na declaração de óbito e de internações, ocasionando a falta de informações reais sobre o caso. Assim, tem um comprometimento da avaliação de internação e mortalidade, sem descrever os acontecimentos reais<sup>9</sup>.

A pesquisa realizada a cada dois anos pelos órgãos estaduais e federal sobre o aborto impõe grandes desafios, mesmo onde sua prática é legal, inexistindo um contexto “único e universal” para sua declaração. Em razão da norma social condenatória, as mulheres tendem a omitir a interrupção voluntária da gravidez ou declarar o aborto como espontâneo, o que resulta em subestimação da sua ocorrência. Onde o aborto é legal, é registrado formalmente nos serviços de saúde, e a mensuração da sua ocorrência pode ser efetuada diretamente com base em estatísticas oficiais. Ainda assim, abortos legais são reconhecidos como uma parte de todos os abortos induzidos, em razão do sub-registro e da subdeclaração<sup>10</sup>.

Neste sentido, a enfermagem desempenha um papel importante nesse cenário devendo prestar uma assistência humanizada, de maneira ética e que atenda as reais necessidades dessas mulheres, respeitando a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza e preservando o sigilo profissional. Principalmente devido às questões reprodutivas se darem em cenários difíceis, em condições inadequadas, resultante do desemprego e da baixa escolaridade, marcadas por relações de afeto instáveis e conflituosas em ambientes de violência<sup>11</sup>.

Existe a necessidade de pesquisar a incidência de aborto no Maranhão e o que leva as gestantes ao mesmo. Estudos nesse sentido tendem a melhorar a assimetria na relação gestante-serviço de saúde e a internação por aborto.

Contudo, é clara a carência de pesquisas com o objetivo de quantificar o número de hospitalização por aborto. Mesmo, com a publicação de muitos materiais normativos que visam instruir às gestantes sobre o risco e em que situações o aborto é legal, a divulgação do mesmo é precária. O estudo deve proporcionar aos administradores públicos e hospitalares conhecer a situação e o perfil das internações por abortos no estado do Maranhão.

O objetivo deste artigo é demonstrar os dados epidemiológico das internações por aborto espontâneo no Maranhão entre 2015-2019.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa.

A coleta de informações foi realizada no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que se trata de um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, que tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde<sup>12</sup>.

A base utilizada foi o SIH (Sistema de Informações Hospitalares), para análise de dados de internações. O SIH tem como principal objetivo deter as informações e realizar o processamento da produção relativo às internações hospitalares no âmbito do SUS. Este sistema é utilizado para efeito de cobrança pelos prestadores junto ao SUS. Por ser um sistema de pagamento as informações que circulam têm uma dinâmica muito oportuna, pois quanto mais rápido a informação entrar, mais rápido ela será processada e disseminada, oferecendo insumos importantes para a tomada de decisões, sobretudo financeira, de forma instantânea.

As informações foram referentes ao número de internações de mulheres em idade fértil tendo o aborto espontâneo como diagnóstico principal, levando-se em conta também o estado do Maranhão, que é um dos 27 estados do Brasil, localizada na Região Nordeste do país. Divide fronteiras com três estados brasileiros: Piauí (leste), Tocantins (sul e sudoeste) e Pará (oeste), além do Oceano Atlântico (norte). Tendo uma área de 331.937,450 km<sup>2</sup> e com 217 municípios, é o segundo maior estado da região Nordeste e o oitavo maior estado do Brasil. Com uma população de 7.035,055 habitantes, é o 11º mais populoso do Brasil. A capital São Luís, é a cidade mais populosa. Outros municípios com população superior a cem mil habitantes são São José de Ribamar, Paço do Lumiar, Açailândia, Imperatriz, Bacabal, Codó e Caxias<sup>13</sup>.

A população estudada foi composta por 21753 casos de internações por aborto espontâneo, que foram atendidas ou tiveram registro na rede de assistência hospitalar do Maranhão, entre os anos de 2015 à 2019.

A coleta dos dados foi realizada no período de abril à agosto de 2020, usando o tabulador de internet (TABNET), existente na página de dados do DATASUS. A tabulação será realizada, seguindo os dados: Estado do Maranhão, internações por aborto espontâneo, por faixa etária, segundo o ano, caráter de atendimento (eletivo ou de urgência), regime de atendimento (público e privado).



Os dados foram digitados e tabulados por meio do programa Microsoft Office Excel® versão 2013, possibilitando realizar a análise dos dados pelos próprios pesquisadores, e os resultados serão apresentados em tabelas e gráficos, para melhor explanação dos dados que serão coletados.

A pesquisa focou em dados de domínio público, que então possibilita a não apresentação do projeto de pesquisa junto aos comitês de ética, como descrito na Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, no Art. 1º parágrafo V- pesquisa com banco de dados, cuja as informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual;

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados a seguir, foram coletados, estruturados e apresentados por meio de tabelas e gráficos.

**Tabela 1** – Distribuição da variável Faixa Etária de aborto - Maranhão de 2015 à 2019.

Faixa Etária	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	Total	%
15 à 19 anos	830	22	763	22	805	29	978	19	936	18	4.312	20
20 à 29 anos	2.016	53	1.815	52	2.197	19	2.557	51	2.624	51	11.209	51
30 à 39 anos	979	25	925	26	1.199	52	1.529	30	1.600	31	6.232	29
<b>TOTAL</b>	<b>3.825</b>	<b>100</b>	<b>3.503</b>	<b>100</b>	<b>4.201</b>	<b>100</b>	<b>5.064</b>	<b>100</b>	<b>5.160</b>	<b>100</b>	<b>21.753</b>	<b>100</b>

Fonte: Cavalcante, Arouche, Reis, 2020.

DATASUS/SIH, 2015 – 2019.

Segundo a tabela 1, foram registrados 21.753 (100%) casos de internações por aborto, segundo os dados dos anos de 2015 à 2019. Sendo assim o ano de maior número de casos foi o de 2019. Com equivalente de 5.160 (24%). E 2018 com 5.064 (23%). Quanto a faixa etária de maior ocorrência, foi a de 20 à 29 anos com número de 11.209 (51%) casos de internação. Essa faixa etária teve seu maior índice no ano de 2019 com 2.624 (51%) casos. Em relação ao de menor ocorrência, a faixa etária entre 15 à 19 teve um total de 4.312 casos (20%), com seu ano de 2018 sendo o de maior incidência.

Esses dados podem ser pelo fato de se convergir com período de maior fecundidade das mulheres, na completude de suas atividades sexuais, daí estarem mais sujeitas às ocorrências de gestações desejadas ou não.

Podendo citar também a falta de incentivo ou educação em saúde sobre planejamento familiar e gravidez indesejada da própria rede de Atenção Primária de Saúde, nas localidades de interiores, onde a atividade sexual, segundo estudos, sugere começar bem mais cedo do que nos grandes centros urbanos.

Em revisões da literatura sobre esse tema no Brasil, em 2009, já se registrava a redução de abortos entre 1991 e 1996, com estabilização até 2005. Com base nas hospitalizações registradas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), em 2005, estimava-se a realização de cerca de 1 milhão de abortos anuais no país, correspondendo à taxa de 20,7 à 1.000 mulheres em idade fértil. Independentemente da posição socioeconômica, raça/cor, idade e credo religioso, mulheres recorreram ao aborto, nas práticas inseguras eram mais comuns entre jovens, com baixa escolaridade, sem companheiro, estudantes ou trabalhadoras domésticas<sup>14</sup>.

A PNA estimaram que o número de mulheres que fizeram aborto ou o número de abortos provocados ou inseguros são aproximadamente comparáveis com o presente artigo, uma vez que os estudos que dizem respeito ao Brasil, grandes regiões ou unidades da federação, em geral, estimaram a ocorrência de abortos em um período determinado, com uso de dados secundários sobre internações por abortamento, ou o número de mulheres de 18-39 anos alfabetizadas, residentes do Brasil “urbano”, que já fizeram aborto em algum momento da vida<sup>15</sup>.

A taxa de gravidez indesejada foi de 62 por 1.000 mulheres com idades entre 15 e 44 anos em todo o mundo a cada ano no período de 2010 à 2014 e 56% de todas as gravidezes indesejadas terminaram em aborto no mesmo período. No mesmo período, países em desenvolvimento apresentaram a taxa de gravidez indesejada (para cada 1.000 mulheres de 15-44 anos) superior 65% a de países desenvolvidos. E o percentual das gravidezes indesejadas que terminaram em aborto nos países em desenvolvimento foi 55%, já nos países desenvolvidos foi 59%<sup>16</sup>.

**Tabela 2** – Distribuição da variável Regime de Atendimento de internações por aborto - Maranhão de 2015 à 2019.

Regime de Atendimento	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	Total	%
<b>Público</b>	2.75	72	0	0	0	0	0	0	0	0	2.756	13
	6											
<b>Privado</b>	483	13	0	0	0	0	0	0	0	0	483	2
<b>Ignorado</b>	586	15	3.50	10	4.20	10	5.06	10	5.16	10	18.51	85
			3	0	1	0	4	0	0	0	4	
<b>TOTAL</b>	<b>3.82</b>	<b>10</b>	<b>3.50</b>	<b>10</b>	<b>4.20</b>	<b>10</b>	<b>5.06</b>	<b>10</b>	<b>5.16</b>	<b>10</b>	<b>21.75</b>	<b>100</b>
	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	

Fonte: Cavalcante, Arouche, Reis, 2020.

DATASUS/SIH, 2015 – 2019.

Segundo a tabela 2, sobre o regime de atendimento de maior ocorrência, houve um erro na divisão de categorias no momento da notificação, do ano de 2016 à 2019, ocorrendo assim a não divisão das categorias em Público e Privado. Contudo, considerando a não divisão, o ano com maior número de casos notificados foi o de 2019, com total de 5.160 (100%) casos de internação por aborto. E o ano de 2016 com o total de 3.503, sendo ele o de menor número de casos.

Ocorreu um considerável aumento nos casos de internações por complicações de aborto espontâneo durante o período de 2016 à 2018, fato explicado pelo aumento do número de abortos, podendo levar em conta a regularização de notificações no sistema sobre os casos. Observa-se atualmente uma grande desproporção no número de atendimento no serviço público e privado, ocorrendo ainda sim um erro nas notificações, não ocorrendo essa divisão.

Sem o fator de divisão dentro do sistema de notificação se torna impossível avaliar a prevalência, mas nota-se pelo número de internações relatadas e divididas no ano de 2015, que o serviço público tem o maior número de casos de internações, com o total de 2.756 (72%) casos.

São constantes as denúncias do movimento de mulheres acerca de problemas enfrentados pelas usuárias de serviços de saúde, incluindo desde a dificuldade de acesso a uma vaga até situações de discriminação sofridas durante a internação. Esses problemas foram evidenciados em pesquisas qualitativas, realizadas em serviços públicos por profissionais de saúde, principalmente enfermeiras, mas ainda são insuficientes os estudos sobre a qualidade da atenção recebida nos hospitais pelas mulheres que abortam<sup>17</sup>.

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a publicação “Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica”, que define como elementos essenciais do modelo de atenção: o acolhimento e a orientação, a atenção clínica ao abortamento e o planejamento reprodutivo pós-abortamento. Entretanto, após quase uma década, não foram realizados estudos que avaliassem em que medida estas normas, que foram reeditadas em 2010, estão sendo cumpridas no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>18</sup>.

**Tabela 3** – Distribuição da variável Caráter de Atendimento por internações por aborto - Maranhão de 2015 à 2019.

CARÁTER DE ATENDIMENTO	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	Total	%
<b>Eleetivo</b>	55	1	73	2	164	4	218	5	228	4	738	3

<b>Urgência</b>	3.770	99	3.430	98	4.037	96	4.84	95	4.93	96	21.01	97
							6		2		5	
<b>TOTAL</b>	<b>3.825</b>	<b>100</b>	<b>3.503</b>	<b>100</b>	<b>4.201</b>	<b>10</b>	<b>5.06</b>	<b>10</b>	<b>5.16</b>	<b>10</b>	<b>21.75</b>	<b>100</b>
						<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	

Fonte: Cavalcante, Arouche, Reis, 2020.

DATASUS/SIH, 2015 – 2019.

Segundo a tabela 3, sobre o caráter de atendimento, foram registrados com maior prevalência o caráter Urgência, com 21.015 (100%) casos, sendo o ano de 2019 com maior incidência, com um total de 4.932 (96%). O ano de 2016 foi o de menor incidência com o número total de 3.503 (100%) de casos, sendo assim nesse ano o caráter eletivo teve o menor número, com 73 (2%) de casos.

Foram observados em estudos e artigos sobre o referido caso um estudo anterior que muitas mulheres só buscavam os serviços de saúde quando apresentam complicações pós-abortamento. Esse fato pode se fundamentar a maior parte dos atendimentos, realizados no período de 2015 à 2019, serem de caráter de urgência.

Na classificação de risco a paciente é atendida por enfermeira e classificada conforme grau de urgência em 5 cores (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho) e encaminhada para atendimento médico na admissão. Paciente atendida pela equipe médica onde é avaliada necessidade de internação. Nesse momento, as pacientes em síndrome de abortamento são classificadas de acordo com o risco e encaminhadas para a internação. As pacientes não podem ficar em observação por mais de 24 horas sem internação<sup>19</sup>.

Contudo, o detalhamento desses dados no trabalho nos levou a questionar as cidades do Maranhão com maior número de casos, sendo elas então:

**Tabela 4** – Cidades com maior número de casos de internação por aborto. Maranhão 2015 – 2019.

	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	Total	%
São Luís	753	57	751	62	914	60	933	59	1.080	61	4.476	65
Imperatriz	441	34	338	28	426	28	438	28	321	18	2.018	30
Timon	118	9	186	10	213	12	373	13	348	21	1.238	5
<b>TOTAL</b>	<b>1.312</b>	<b>100</b>	<b>1.257</b>	<b>100</b>	<b>1.553</b>	<b>100</b>	<b>1.684</b>	<b>100</b>	<b>1.749</b>	<b>100</b>	<b>7.732</b>	<b>100</b>

Fonte: Cavalcante, Arouche, Reis, 2020.

DATASUS/SIH, 2015 – 2019.

Considerando assim São Luís com 4.476 (65%) casos, tendo maior número de internações por aborto no Maranhão, com incidência maior no ano de 2019, com 1.080 (61%) de casos, com menor número em 2016, com 751 (62%) de casos. Seguida da cidade de Imperatriz, com 2.018 (30%) de casos, com maior número no ano de 2015, com 441 (34%) internações, e com menor número em 2019 com 321 (18%) de casos. Logo depois vem Timon,

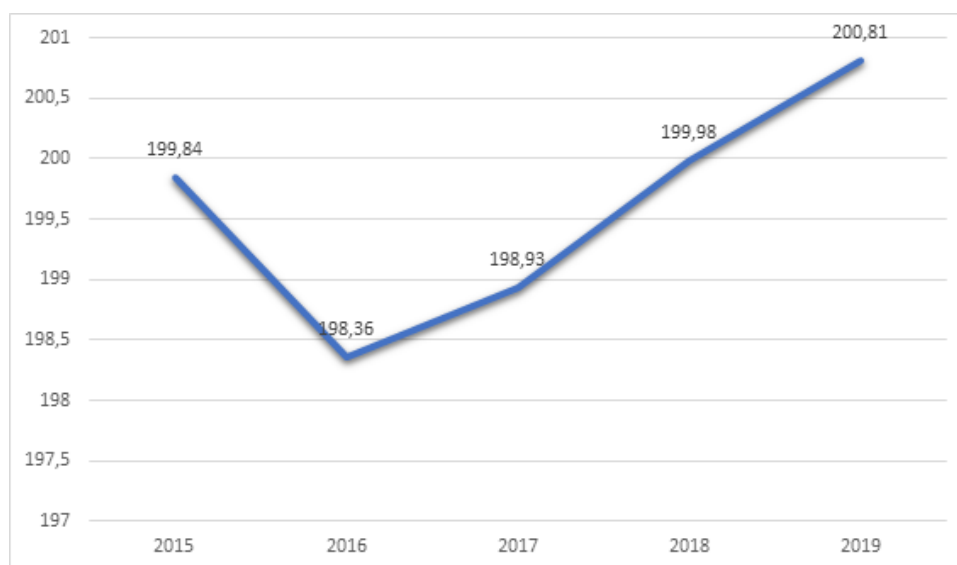
com 1.238 (5%) de casos, com prevalência maior em 2018, com 373 (13%) casos, com o menor número em 2015, com 118 (9%) de casos.

Esses números podem ser classificados de acordo com a população total da cidade, e suas regiões de saúde. Podendo ter esse aumento também pela deficiência de educação em saúde voltada para adolescentes em período de incidência sexual.

Segundo Monteiro et al.<sup>20</sup>, as regiões Norte e Nordeste obtiveram as maiores taxas de internações, enquanto a Sul, as menores. Apenas três estados (Paraíba, Roraima e Tocantins) apresentaram tendência de aumento das taxas. Esses dados corroboram o padrão de redução no número de internações para tratamento de complicações do aborto observado desde a década de 1990 no país.

Dois pesquisas conduzidas em estados do Nordeste, que utilizaram dados de internações hospitalares para estimar a magnitude do aborto inseguro, mostraram resultados semelhantes a este estudo. Em Pernambuco, entre 1996-2006, observou-se número elevado de internações por aborto, com estimativa de 621.022 abortos inseguros e redução de 7,7% dos casos entre os extremos da série histórica<sup>21</sup>.

**Gráfico 1:** Distribuição do valor médio da internação pós-aborto espontâneo. Maranhão, 2015-2019.



Fonte: Cavalcante, Arouche, Reis, 2020.

DATASUS/SIH, 2015 – 2019.

O valor médio de internação hospitalar por aborto variou entre R\$ 199,84 à R\$ 200,81. Se mantendo em uma média de R\$ 199,00 por internação no período correspondente de 2016 à 2018, ocorreu um aumento significativo no custo de internações, persistindo o aumento do valor de internações até 2019, chegando na faixa de R\$ 200,00 por internação.

Os números de internação por abortamento são altos, causando um problema de saúde pública no Brasil. No país, são 250 mil internações por ano para o tratamento de complicações por abortamento, internações que geram um custo alto para o repasse dos serviços de saúde.

O pagamento aos prestadores de serviços de saúde é feito pelo nível de governo responsável pela sua gestão. Desse modo, todo o sistema público utiliza uma única tabela de preços, definida pelo Ministério da Saúde, para pagamento aos prestadores de serviços de saúde. Portanto, independentemente do tempo de internação ou dos custos reais ocorridos com os pacientes, o valor repassado pelo SUS aos hospitais segue a tabela única para cada procedimento<sup>22</sup>.

Quanto aos custos com a AIH, existe a necessidade de um estudo mais detalhado do motivo que levou ao decréscimo dos valores de 2016 e, em seguida, uma nova elevação em 2017. Se torna necessário entender se essa elevação em 2017 corresponde apenas a um aumento da população em Fortaleza, especialmente a feminina em período fértil, à desatenção com programas educacionais relativos ao assunto estudado ou apenas a um reajuste realizado no valor das internações.

Segundo a classificação da Organização Pan-americana de Saúde e da Organização Mundial da Saúde, o índice de mortalidade materna nos países em desenvolvimento em 2015 é de 239 por 100 mil nascidos vivos versus 12 por 100 mil nascidos vivos em países desenvolvidos. Existem grandes disparidades entre os países e dentro dos países, entre mulheres com baixas e altas rendas.

A partir de dados levantados pelo DATASUS sobre a morte materna, por aborto, vem aumentando no estado. Entre 2015 e 2019, foram notificados 10 óbitos maternos. Sabendo que a subnotificação é bem presentes nesse caso. O abortamento foi apontado como a terceira principal causa obstétrica direta de óbito materno nesse período.

## **CONCLUSÃO**

Foi possível observar no estudo que a faixa etária com maior incidência foi a de 20 a 29 anos, com um total 51% dos casos, onde houve um erro na divisão das categorias sobre o regime de atendimento, mas notou-se pela divisão ocorrida em 2015, que a grande maioria dos atendimentos é concentrado no sistema público de saúde. Desses, 97% foi em caráter de urgência, e gastou um valor médio de R\$ 199,84 por internação pós-abortamento.

Vale ressaltar que os dados nos permitem afirmar a importância do acesso da população à educação sexual nas escolas, a partir da faixa etária em que os adolescentes dão início a suas

atividades sexuais, para que seja possível enfatizar a importância da gravidez com todas as suas circunstâncias e complicações. E também a importância do pré-natal, uma vez diagnosticada a gravidez, podendo ser introduzida uma cartilha educativa e explanação das dúvidas ainda existentes.

O fato de possivelmente haver ocultação da real causa do abortamento, quebra a realidade dos dados presentes no sistema de informações, assim como as fontes que são usadas para a obtenção dos mesmos, consistindo em uma ação de suma importância. A necessidade da implantação de ações de orientação escolar, nas Unidades de Saúde da Família e Unidade de Atenção Primária como preventivo de gravidez indesejada ou precoce, e nas unidades médico-hospitalares específicas como auxílio no esclarecimento prévio às pacientes que são recebidas com quadro de abortamento espontâneo.

A união de todos esses dados, e a notificação correta do número de casos, poderá ser encaminhada a uma central pública para geração de estudos futuros mais pertinentes e próximos da realidade de cada território (municipal, estadual e nacional), garantindo assim a possível a educação em saúde e a redução do número de gravidez indesejadas, e assim o menor número de internação por aborto espontâneo.

## REFERÊNCIAS

Batista RQ, Koch DF, de Souza Bispo AM, Luciano TV, Velten APC. Descrição das internações por aborto no estado do Espírito Santo, Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*. 2016;18(2):79–86.

OPAS/OMS Brasil - Folha informativa - Mortalidade materna | OPAS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado 15 de novembro de 2020]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820).

Maranhão TA, Gomes KRO, Barros IDC. (2016). Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19, 494-508.

Art. 128 do Código Penal - Decreto Lei 2848/40 [Internet]. Jusbrasil. [citado 15 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/1062481/artigo-128-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940>.

Organização Pan-americana da Saúde (Brasil). Folha informativa – Mortalidade materna, 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820). Acessado em: 25 abr 2020.

Lima GKT de, Nascimento JS, Oliveira JK dos S, Lima TMO, Afonso TM. FACES DO ABORTO NO ESTADO DE SERGIPE. Congresso Internacional de Enfermagem [Internet].

12 de setembro de 2019 [citado 15 de novembro de 2020];1(1). Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/11514>

Ribeiro CL, Albuquerque F de O, Souza AR de. Internações por aborto espontâneo: um retrato de sua ocorrência em Fortaleza. *Enferm foco (Brasília)*. 2017;37–41.

Rodrigues WFG, Andrade DC de, Dantas SA, Silva LR da. Abortamento: protocolo de assistência de enfermagem: relato de experiência. *Rev enferm UFPE on line*. 2017;3171–5.

Martins EF, Almeida PFB de, Paixão C de O, Bicalho PG, Errico L de SP de. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. *Cad Saúde Pública*. 13 de fevereiro de 2017;33:e00133115.

Paiva NS, Villela DAM, Bastos LS, Bastos FI. Mulheres que fizeram aborto no Município do Rio de Janeiro, Brasil: aplicação de um modelo hierárquico bayesiano. *Cad Saúde Pública*. 10 de fevereiro de 2020;36:e00190718.

de Brito Pítilin, É., Banazeski, A. C., Bedin, R., & Gasparim, V. A. (2016). Assistência de enfermagem em situações de aborto induzido/provocado: uma revisão integrativa da literature. *Enfermería Global*, 15(3), 439-479.

Brasil, I. B. G. E. (2019). maranhão/São Luis. cidades. ibge. gov. br, 2018. *Disponível em: Acesso em, 15*.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portal da Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>. Acesso em: 20 out. 2020.

Domingues RMSM, Fonseca SC, Leal M do C, Aquino EML, Menezes GMS. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cad Saúde Pública*. 10 de fevereiro de 2020;36:e00190418.

Menezes GMS, Aquino EML, Fonseca SC, Domingues RMSM. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. *Cad Saúde Pública*. 10 de fevereiro de 2020;36:e00197918.

Paiva NS. Quantas mulheres fizeram aborto provocado nas capitais brasileiras? Resultados de um inquérito nacional com a aplicação de modelos hierárquicos utilizando informações indiretas baseadas na rede de contatos [Internet] [Thesis]. 2018 [citado 15 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30879>.

Ministério da Educação (Brasil). **Protocolos de Obstetrícia HUMAP Protocolo de Atendimento à Paciente em Situação de Abortamento**, 1ª ed., Campo Grande – MS, 2018. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/17082/3273530/Atendimento+a+Paciente+em+Situa%C3%A7%C3%A3o+de+Abortamento.pdf/40a91532-c150-4e2a-ad22-8fe5326aa780> .

Sousa CHD, Porto RM, de Carva DRGS. Paradoxos da atenção ao aborto provocado: “urgências” e “emergências” em uma Maternidade Escola em Natal/RN. *Bagoas- Estudos gays: gêneros e sexualidades*. 2013;7(09).



Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves SV, Almeida M da CC de, et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciênc saúde coletiva*. julho de 2012;17:1765–76.

Monteiro MFG, Adesse L, Drezett J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. *Reprodução & Climatério*. 1º de janeiro de 2015;30(1):11–8.

Freitas SNB, Rufino AC, Madeiro AP. Tendência das internações hospitalares por complicações de aborto no Brasil, 2000-2015. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 1º de outubro de 2020;12(10):e4526–e4526.

Santos NP, Kos SR, Klein L. PARALELO ENTRE O VALOR REPASSADO PELO SUS E O CUSTO DOS PROCEDIMENTOS EM UM HOSPITAL BENEFICENTE. *ABCustos* [Internet]. 2018 [citado 15 de novembro de 2020];13(3). Disponível em: <https://abcustos.emnuvens.com.br/abcustos/article/view/484>.



[www.editorapublicar.com.br](http://www.editorapublicar.com.br)  
[contato@editorapublicar.com.br](mailto:contato@editorapublicar.com.br)  
@epublicar  
[facebook.com.br/epublicar](https://facebook.com.br/epublicar)

# Saúde

## e aplicações interdisciplinares

INALDO KLEY DO NASCIMENTO MORAES  
ORGANIZADOR



**2021**

[www.editorapublicar.com.br](http://www.editorapublicar.com.br)  
[contato@editorapublicar.com.br](mailto:contato@editorapublicar.com.br)  
@epublicar  
[facebook.com.br/epublicar](https://facebook.com.br/epublicar)

# Saúde

## e aplicações interdisciplinares

INALDO KLEY DO NASCIMENTO MORAES  
ORGANIZADOR



**2021**