



Faculdades de Enfermagem e
de Medicina Nova Esperança
De olho no futuro

ISSN 2317-7160

Revista de Ciências da Saúde

Nova Esperança

n.1, v.13, Jun. 2015

SUMÁRIO
n. 1, v. 13, 2015

ORIGINAL

1. ENSAIO TOXICOLÓGICO CLÍNICO FASE I COM O ANTIVIRAL TÓPICO CELODENINA NO TRATAMENTO DE HERPES LABIAL RECORRENTE, 4-12

(Mônica Lorena Dias Meirelles da Cunha, Maria do Socorro França Silva, Marçal Queiroz Paulo, Melissa Negro Dellacqua, Margareth de Fátima Formiga Melo Diniz)

2. DOENÇAS OCUPACIONAIS: CONHECIMENTO DE FUNCIONÁRIOS EM UMA EMPRESA PRIVADA, 13-20

(Aline de Alcântara Correia, Soraya Saryta da Silva, Nara Grace Ferreira da Silva)

3. PERFIL DE HOMENS A PARTIR DOS 40 ANOS ATENDIDOS NO PROGRAMA SAÚDE DO HOMEM, 21-33

(Allana Engle de Araújo Dantas, Arizla Emilainy Maia dos Santos, Janiere de Moura Nóbrega, Rhaonny Regis Gomes de Araújo, Valdenor Ferreira de Oliveira Filho, Maria Anunciada Agra de Oliveira Salomão)

4. AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA, 34-42

(Augusto César Lacerda Brasileiro, Marina Dantas Henrique, Angélica Fernandes de Lacerda, Julianna Maria Silva de Amorim, Arnaldo Moreira de Oliveira Júnior, Arleide Andrade de Medeiros)

5. FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UM ESTUDO DE COORTE DE HIPERTENSOS, 43-53

(Iara Medeiros de Araújo, Neir Antunes Paes)

6. PERFIL DE USUÁRIOS DE DROGAS EM CENTROS TERAPÊUTICOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, 54-65

(Bruno Moura Lacerda, Germana Mariz Queiroga Veras Pinto, Sarah Mariz Queiroga Veras Pinto, Maria Anunciada Agra de Oliveira Salomão)

7. A INTEGRALIDADE NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E SUA EFETIVIDADE NA FORMAÇÃO MÉDICA, 66-76

(Maria Eveline Ramalho Ribeiro, Felipe Brandão dos Santos Oliveira, Rosa Rita da Conceição Marques, Aenne Tavares de Andrade, Annita Cavalcanti Farias Leôncio, Ariana Raissa Coura Urtiga Pordeus)

8. TRATAMENTO E EVOLUÇÃO DE CRIANÇAS AUTISTAS ATENDIDAS EM UMA ASSOCIAÇÃO DE JOÃO PESSOA-PB, 77-85

(Cyelle Carmem Vasconcelos Pereira, Thaís Alessandra da Silva Borges, Rosa Rita da Conceição Marques)

RELATO DE EXPERIÊNCIA

9. VASECTOMIA EM CADÁVER: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA, 78-83

(Renatha Figueiredo de Oliveira, Kíssia Roberta de Luna Celani, Tânia Regina Ferreira Cavalcanti)

10. PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE: O LÚDICO ENSINANDO SAÚDE PARA A VIDA, 84-89

(Diogo Alves Rodrigues, Tamiris Baptista Sampaio, Ana Carolina de Melo Machado Leça, Marília Aranha Almeida, Isabelly da Silva Venâncio de Macêdo, Clélia de Alencar Xavier Mota)

SUMÁRIO
n. 1, v. 13, 2015

RELATO DE CASO

11. DEMONSTRAÇÃO DO TRAJETO DA CINEANGIOCORONARIOGRAFIA EM CADÁVER A PARTIR DA ARTÉRIA FEMORAL, 90-94

(Isadora Ísis Fernandes Vieira, Amália Maria Fernandes de Sá Duarte Filha, Gabriel Rocha de Souza, Eduardo Franklin Cavalcanti Cordeiro, Tânia Regina Ferreira Cavalcanti)

12. ANÁLISE DA DOENÇA ATEROMATOSA DA MACRO E MICROCIRCULAÇÃO CORRELACIONANDO COM A SÍNDROME DE LERICHE, 95-102

(Isadora Ísis Fernandes Vieira, Gabriel Rocha de Souza, Alexandre Mello Freire de Santana, Eduardo Franklin Cavalcanti Cordeiro, Bruna Pires de Assis Dantas, Lenine Ângelo Alves Silva)

REVISÃO

13. FITOTERAPIA COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA NO COMBATE À OBESIDADE, 103-111

(Naiana Weishemer, Pedro Ferraz da Costa Filho, Racire Porto da Cunha Neves, Rayanny Madhay de Sousa, Danielle Serafim Pinto, Vanine Mota Lemos)

14. AÇÃO DA CANNABIS SATIVA NO COMBATE À ÊMESE PROVOCADA PELOS ANTINEOPLÁSICOS, 112-119

(Lorena Sodré Mayer, Kalyne Teixeira Nunes, Otávio de Moraes Marques, Cibério Landim Macêdo)

15. A TRANSEXUALIDADE: SUAS IMPLICAÇÕES ÉTICAS E JURÍDICAS, 120-124

(Daniela Jales Dantas Diniz, Fabini Guilherme Diniz Melo, Hítala Derise Lopes da Rocha, Jéssica Emille de Moura Rocha, Michelly Mellinny Pereira Queiroga, Danielle Serafim Pinto)

ENSAIO TOXICOLÓGICO CLÍNICO FASE I COM O ANTIVIRAL TÓPICO CELODENINA NO TRATAMENTO DE HERPES LABIAL RECORRENTE

Mônica Lorena Dias Meirelles da Cunha¹
Maria do Socorro França Silva²
Marçal Queiroz Paulo³
Melissa Negro Dellacqua⁴
Margareth de Fátima Formiga Melo Diniz⁵

RESUMO

Coutarea hexandra (Jacq) K. Shum, também conhecida como murta-do-mato, quina, quina-quina é popularmente utilizada como anagésico, anti-inflamatório e antiviral. A partir do extrato etanólico das cascas do seu caule, foi sintetizado o neoflavonóide 5,7-diacetoxi-4-arilcromano, denominado de celodenina e utilizado como princípio ativo de um creme dermatológico para tratamento do herpes labial. O objetivo deste trabalho foi realizar ensaio clínico fase I com esta nova formulação, via tópica, em voluntários sadios. A coleta de dados foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW, sob o Protocolo nº 016/11. Realizou-se um ensaio clínico fase I, com 30 indivíduos sadios (15 homens e 15 mulheres), os quais aplicaram o creme na face uma vez ao dia, à noite, durante 4 semanas. Exames laboratoriais foram realizados antes e após o tratamento, com o objetivo de detectar possíveis alterações decorrentes da utilização do creme, e os sujeitos foram avaliados clinicamente durante o decorrer das quatro semanas do ensaio clínico, para investigar quaisquer efeitos adversos notificados pelos participantes. As análises hematológicas e bioquímicas não evidenciaram valores alterados, tanto para as variáveis hematológicas como para as bioquímicas entre os tempos e grupos. Foram relatadas algumas reações adversas como ressecamento nasal (7%), ardor (13%), eritema (7%) e formigamento (7%), mas o número de voluntários acometidos foi pequeno, além do que os mesmos foram referidos nas primeiras semanas do estudo, sendo bem tolerados sem necessidade de tratamento específico, desaparecendo espontaneamente. Estes resultados sugerem baixa toxicidade do produto, demonstrando sua segurança na dose e via de administração testadas, e servem de base para a realização de estudos futuros destinados à avaliação da eficácia terapêutica da celodenina no tratamento do herpes simples labial.

Palavras-chave: Plantas medicinais. Ensaio clínico fase I. Herpes labial.

¹ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB, Brasil. Doutora do Programa de Pós-Graduação em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos. Endereço: Rua Padre Ayres, 588, apto 1501, Residencial Quebec, Miramar, João Pessoa – PB. CEP: 58043-260. Telefone: (83)9444-7339. E-mail: mmonicalorenadias@gmail.com.

² Centro de Biotecnologia, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa – PB, Brasil. Professora Adjunta I do Centro de Biotecnologia da UFPB.

³ Centro de Ciências Exatas e da Natureza – PB, Brasil. Professor associado III da UFPB.

⁴ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina – PE, Brasil. Professora Adjunta I da Universidade Federal do Vale do São Francisco, Brasil

⁵ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB, Brasil. Professora Associada IV da UFPB.

INTRODUÇÃO

Antes da “era sintética”, no início do ano de 1900, aproximadamente 80% dos remédios de origem vegetal eram obtidos a partir de raízes, cascas e folhas.¹ O isolamento e identificação de substâncias ativas a partir de plantas medicinais levaram ao surgimento dos primeiros fármacos, e atualmente a maior parte daqueles empregados na produção de medicamentos deriva direta ou indiretamente de princípios ativos isolados a partir de plantas.²

O creme dermatológico utilizado no estudo foi denominado celodenina e contém na sua formulação o 5,7-diacetoxi-4-arilcromano, produto final de reações sintéticas cujo reagente de partida, originou-se do extrato etanólico das cascas do caule de *Coutarea hexandra* (Jacq) K. Shum. Estudos, *in vitro*, demonstraram potentes atividades anti-inflamatória, antiviral e antinoceptiva do referido composto, justificando sua indicação para o tratamento de afecções dermatológicas e inflamatórias, como o herpes labial recorrente.³

O vírus herpes simplex tipo 1 (HSV-1) é o principal agente etiológico das lesões vesiculares na região orofacial, enquanto o vírus herpes simplex 2 (HSV-2) é a causa principal das lesões na região genital. Estes, podem se manifestar clinicamente, como primoinfecção ou como infecção recorrente, provocando o surgimento das lesões herpéticas características que são eritemato-vesiculosas e em poucos dias, transformam-se em pequenas úlceras, precedidas de sintomas prodrômicos que incluem ardência, prurido, formigamento e dor.⁴⁻⁷

Embora a infecção pelo HSV tenha um curso rápido, muitas vezes provoca dor, sinais e sintomas inflamatórios interferindo com o prazer da vida e contribuindo para agravar problemas de insegurança e ansiedade, oriundos do abalo à autoestima ocasionado pelas lesões.⁸⁻¹¹ Uma das características únicas desta patologia é a capacidade de promover infecção latente e recorrente, o que predispõe o hospedeiro a episódios de reativação viral e promove o potencial aumento da transmissão da patologia.^{12,13}

Derivados de plantas têm sido utilizados no tratamento de diversas doenças de pele. O objetivo deste estudo foi avaliar a toxicologia clínica, fase I, do creme dermatológico cujo princípio ativo é a celodenina, identificando possíveis efeitos adversos ou colaterais, e a segurança do referido composto em voluntários saudáveis com seguimento clínico e exames laboratoriais antes e após o estudo respectivamente.

MATERIAL E MÉTODOS

O material botânico utilizado nos experimentos foi as cascas do caule de *Coutarea hexandra* (Jacq) K. Shum, coletado em 1998, no município de Santa Rita – Paraíba. Uma exsicata representativa foi depositada no Herbário Lauro Xavier com o número 4296-PB do Departamento de Ecologia e Sistemática do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

O creme dermatológico utilizado no estudo foi denominado celodenina cuja formulação encontra-se especificada abaixo, e foi especialmente preparado no Laboratório de Química de Produtos Naturais da UFPB.

Cada 10 gramas do creme dermatológico 4% contém:

5,7-diacetoxi-4-arilcromano	0,40g
Conservantes- parabenos	0,02g
Base cremosa (O/A).	qsp

O ensaio toxicológico clínico fase I, foi desenvolvido no período de janeiro a maio de 2012 envolvendo 30 indivíduos, e consiste em um estudo em pequenos grupos de pessoas voluntárias, em geral saudáveis, de um novo princípio ativo ou nova formulação, visando estabelecer uma evolução preliminar da segurança e do perfil farmacocinético e farmacodinâmico,¹⁴ seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos respaldando-se na legislação vigente contidas nas Resoluções nº 466/12 e nº 251/97 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, após submissão e devida autorização do Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB, protocolo nº 016/11.^{15, 16}

Foram convidados 38 indivíduos, de ambos os sexos, na faixa etária de 18 a 65 anos, porém 8 abandonaram a pesquisa por motivos particulares, contabilizando 8 perdas. Destes, participaram do estudo 30 indivíduos considerados clinicamente saudáveis, após minuciosa anamnese e exame físico completo foram divididos em dois grupos, e, recrutados da comunidade universitária da UFPB e do quadro de funcionários do Hospital Universitário Lauro Wanderley, através de campanhas nas referidas instituições. Foram considerados critérios de exclusão: disfunção hepática, renal, diabetes, cardiopatias, gravidez, alcoolismo, tabagismo ou o uso de medicação anti-herpética durante a recorrência do estudo.

Os 30 participantes da pesquisa após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram instruídos a comunicarem ao pesquisador qualquer sinal ou sintoma clínico que porventura apresentarem e avaliados laboratorialmente, antes e após o término do estudo, através de hemograma completo, glicemia, creatinina sérica, uréia, aspartato aminotransferase (AST), e alanina aminotransferase (ALT), fosfatase alcalina e colesterol total. Para as mulheres, foi solicitado β -HCG (gonadotrofina coriônica humana beta). Nos dias previstos na agenda de acompanhamento, os voluntários foram avaliados clinicamente e responderam um questionário com o objetivo de mapear possíveis reações adversas, sugestivas de toxicidade.

Os dois grupos (15 homens e 15 mulheres) foram tratados diariamente, no turno da noite, por via dermal, com aproximadamente 0,5 g do creme dermatológico celodenina 4%, por um período de 4 semanas e semanalmente cada voluntário foi avaliado pelo pesquisador.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa GraphPad Prism versão 6.0, utilizando o teste t-pareado sendo os resultados considerados significativos quando apresentaram um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos que finalizaram o estudo, 50% era do sexo feminino e 50% do sexo masculino, correspondendo a $n=15$ em cada grupo da amostra. Em relação à faixa etária a distribuição observada foi de 66,7% dos voluntários entre 20 e 40 anos, 26,7% entre 40 e 55 anos e 6,6% entre 50 e 65 anos. No tocante ao peso corpóreo, 13,3% ($n=4$) referiram peso entre 50 e 60 Kg, 53,3% ($n=20$) entre 60 e 70 Kg, 26,6% ($n=8$) entre 70 e 80 Kg e 6,6% ($n=2$) declararam-se acima de 80 Kg. Já, quando questionados em relação à altura, 77% dos participantes referiram estatura acima de 1,60 m. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria 60% ($n=18$) possuía ensino médio e quanto à atividade profissional, encontramos muita diversidade, com predomínio da categoria estudante (28,5%).

Tabela 1 - Características e condições inerentes dos voluntários selecionados

Sexo	Feminino	15 (50%)
	Masculino	15 (50%)
Idade (anos)	Faixa etária:	
	20 – 40 anos	(66,7%)
	40 – 55 anos	(26,7%)
Peso corpóreo (Kg)	55 - 65 anos	(6,6%)
	50 - 60	13,3%
	60 - 70	53,3%
	70 - 80	26,6%
Estatura (m)	Acima 80	6,6%
	Acima de 1,60 m	77%
	Abaixo de 1,60 m	23%

A Tabela 2 registra os resultados hematológicos dos voluntários antes e após o término do estudo. Para as referidas variáveis, não foram observadas alterações significantes em relação ao gênero e ao período do estudo, de acordo com o teste estatístico, em relação aos valores normais destes parâmetros obtidos inicialmente.

Tabela 2 - Valores das variáveis hematológicas por gênero, antes e após o término do estudo. Teste t-pareado.

Variantes Hematológicas (valores normais)	Homens		Mulheres	
	Antes	Após	Antes	Após
Hemácias (milhões/mL) H - (4,5 – 6,0) M - (3,9 – 5,3)	5,1 ± 0,3	5,0 ± 0,3	4,4 ± 0,5	4,5 ± 0,4
Hemoglobina (g/dL) H - (12,8 – 17,6) M - (12,0 – 15,6)	14,3 ± 0,9	14,6 ± 0,8	12,6 ± 1,2	12,9 ± 1,3
Leucócitos (mm ³) (4,0 – 11,0)	6953 ± 1259	7417 ± 1424	6877 ± 2592	6390 ± 2041
Neutrófilos (mm ³) (45 – 70 %)	50,4 ± 9,0	50,9 ± 7,3	55,7 ± 9,3	50,2 ± 13
Plaquetas (mil/mm ³) (150 - 450)	204227 ± 55559	197880 ± 43048	238240 ± 45293	231087 ± 48891

Os resultados dos parâmetros bioquímicos são apresentados na tabela 3 e para as referidas variáveis também não foram observadas alterações significantes em relação ao gênero e ao período do estudo.

Tabela 3 - Valores das variáveis bioquímicas por gênero, antes e após o término do estudo. (n=30). Teste t-pareado.

	Homens	Mulheres
--	--------	----------

Variantes Bioquímicas (valores normais)	Antes	Após	Antes	Após
Glicemia (mg/dL) (70 - 99)	91,2 ± 10,8	89,1 ± 9,0	86,8 ± 7,2	82,3 ± 6,7
Colesterol total (mg/dL) ≤ 200	193,5 ± 28,4	210,1 ± 37,4	178,2 ± 47,9	185,6 ± 30,1
TGO/AST (U/L) H - (10 - 39) M - (10 - 37)	25,0 ± 6,5	25,4 ± 7,6	18,3 ± 6,7	15,7 ± 3,8
TGP/ALT (U/L) H - (11 - 45) M - (10 - 37)	34,4 ± 13,4	37,5 ± 19,1	16,3 ± 4,5	17,2 ± 4,
Fosfatase alcalina (U/L) (27 - 100)	78,1 ± 38,4	78,4 ± 21,4	59,0 ± 16,5	64,2 ± 15,1
Ureia (mg/dL) H - (19 - 44) M - (14,9 - 40)	28,2 ± 6,2	29,2 ± 7,5	24,5 ± 7,4	24,7 ± 6,2
Creatinina (mg/dL) H (0,9 - 1,3);M (0,6-1,1)	0,88 ± 0,13	0,89 ± 0,11	0,67 ± 0,2	0,66 ± 0,1

Ressecamento nasal, ardor, eritema e formigamento no local da aplicação foram sintomas relatados, tanto em homens quanto mulheres, na primeira semana de uso tópico do creme celodenina 4% (tabela 4). Na observação feita na primeira semana de uso verificou-se que 7% das mulheres (1 caso) relatou ressecamento nasal. A presença de ardor foi reportada por 13% dos homens (2 casos) na primeira semana, bem como 7% deles queixaram-se de eritema e formigamento. Destaca-se que, ao longo do tratamento com o referido creme, foram observadas poucas alterações nos sujeitos avaliados na primeira semana do estudo, e exceto as reações descritas acima, nenhuma outra manifestação foi detectada ao longo do tratamento.

Tabela 4 - Percentual da ocorrência de reações adversas nos voluntários em relação ao tempo do estudo.

Reações adversas	Tempo (semanas)			
	Primeira	Segunda	Terceira	Quarta
Ressecamento nasal	7%	0%	0%	0%
Ardência	13%	0%	0%	0%
Hiperemia	7%	0%	0%	0%
Formigamento	7%	0%	0%	0%

O isolamento de substâncias a partir de plantas medicinais levou ao surgimento dos primeiros fármacos, como a cocaína, codeína, digitoxina, quinina e morfina.¹⁷⁻¹⁹ Assim como estes, muitas outras substâncias, responsáveis pelos mais diversos processos terapêuticos, foram encontradas e, posteriormente, sintetizadas, dando origem aos inúmeros medicamentos existentes na atualidade.²⁰ O isolamento e caracterização de compostos farmacologicamente ativos de plantas medicinais continua até os dias atuais.²¹ Neste contexto, o neoflavonoide celodenina, foi isolado, identificado e sintetizado a partir das cascas do caule de *Coutarea hexandra* (Jacq) K. Shum, e utilizado para a formulação do creme dermatológico alvo deste estudo.³

Para investigar a toxicidade clínica fase I em seres humanos, do creme celodenina 4%, os voluntários foram submetidos a avaliações hematológicas e bioquímicas. Naquelas, verificou-se que todos os resultados apresentaram-se dentro dos valores de referência, não caracterizando diferenças significativas entre os grupos estudados e nem no decorrer do tratamento, refletindo inexistência de toxicidade, pois o sistema hematopoiético é extremamente sensível a atividades de agentes tóxicos, principalmente aqueles com potencial mutagênico ou citotóxico, resultando em alterações qualitativas ou quantitativas que podem limitar a utilização de fármacos e medicamentos. As alterações hematológicas podem refletir também, a atividade imunológica.²²

A função hepática (AST e ALT) foi avaliada, já que diversas substâncias são extensamente biotransformadas no fígado, sendo, portanto, bons marcadores da mesma.²² A fosfatase alcalina, por sua vez, é predominantemente encontrada no trato biliar e, também é um marcador para a disfunção hepática.²³ Neste estudo, não foram evidenciados valores alterados para as referidas variáveis entre os tempos e os grupos não evidenciando hepatotoxicidade.

O colesterol é uma molécula de grande importância presente em todas as células animais e em alimentos de origem animal e sua alta incidência tem sido associada a doenças cardiovasculares.²² Em relação ao perfil lipídico, observou-se que os valores do colesterol total estavam dentro dos parâmetros normais, tanto em relação ao tempo, quanto aos grupos do estudo.

Os valores de ureia e creatinina, importantes sinalizadores da função renal, estavam dentro dos parâmetros normais sem ocorrência de diferença significativa entre os tempos e entre os grupos.²⁴ Valores dentro dos limites da normalidade também foram observados na monitorização dos níveis glicêmicos nos participantes do estudo. As voluntárias participantes apresentaram negatividade nos resultados do β -HCG.

Ao longo do tratamento com o creme celodenina 4%, observou-se ressecamento nasal, formigamento, eritema e ardor, mas o número de voluntários acometidos foi pequeno, e os sintomas relatados ocorreram na primeira semana do estudo e não necessitaram de tratamento específico, desaparecendo espontaneamente. Desta forma, nos moldes do estudo realizado, o referido creme apresentou reações adversas de natureza leve e reversível, sendo bem tolerado pelos voluntários, e não foram evidenciados sinais ou sintomas sistêmicos que impeçam o seu uso pela população na dose e via de administração utilizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos demonstram que o creme celodenina 4% foi bem tolerado pelos voluntários, não promovendo alterações clínicas, hematológicas, bioquímicas

e reações adversas significativas, confirmando assim sua segurança para a população. O presente estudo servirá de base a ensaios clínicos fase II, necessários para confirmação da segurança e eficácia do composto, em pacientes portadores do herpes labial recorrente.

TOXICITY TEST CLINICAL PHASE I WITH TOPIC ANTIVIRAL CELODENINA IN THE TREATMENT OF RECURRENT HERPES LABIAL

ABSTRACT

Coutarea hexandra (Jacq) K. Shum, also known as myrtle of the woods, edge, edge-corner is popularly used as an analgesic, anti-inflammatory and antiviral. From the ethanol extract of the bark of its stem, was synthesized neoflavonoide 5,7-diacetoxy-4-arilcromano, called celodenina and used as active principle of a dermatological cream for treatment of herpes labialis. The aim of this study was clinical phase I trial with this new formulation topically in healthy volunteers. Data collection was performed after approval by the Research Ethics Committee of the University Hospital Lauro Wanderley - HULW under Protocol 016/11. We conducted a clinical trial phase I, with 30 healthy individuals (15 men and 15 women), who applied the cream on the face once a day, at night, for 4 weeks. Laboratory tests were performed before and after treatment, in order to detect possible changes resulting from the use of cream, and the subjects were clinically evaluated during the course of the four weeks of the trial, to investigate any adverse effects reported by the participants. The hematological and biochemical analyzes showed no abnormal values for both haematological variables as for biochemical between time and groups. Have been reported some adverse reactions such as nasal dryness (7%), burning (13%), erythema (7%) and tingling (7%), but the number of affected volunteers was small, in addition to the same were referred to in the first weeks the study, and well tolerated without specific treatment, disappearing spontaneously. These results suggest low toxicity of the product, demonstrating its safety in the dose and route of administration tested, and form the basis for future studies aimed to assess therapeutic efficacy of celodenina in the treatment of labial herpes simplex.

Key-words: Medicinal plants. Trial phase I. Herpes labialis.

REFERÊNCIAS

1. McChesney JD, Venkataraman SK, Henri JT. Plants natural products: Back to the future or into extinction? *Phytochemistry*. 2007;68:2015-22.
2. Monteiro ARM. Produtos à base de plantas dispensados em ervanárias para o emagrecimento: efeitos terapêuticos, toxicologia e legislação (dissertação de mestrado em Medicina Legal). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2008. 176p.
3. Paulo MQ, Carvalho ML. Síntese de neoflavonoide 4% com propriedade antiviral: *Boletim Técnico*. João Pessoa; 1993.
4. Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. *Dermatologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

5. Gama CRB, Passos MDL, Varella R, Lasmar R et al. Avaliação clínica da *Uncaria tomentosa* no tratamento e controle de lesões decorrentes de infecção pelo vírus herpes simplex. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2010;22(4):215-21.
6. Sampaio SAP, Rivitti EA. *Dermatologia.* 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007.
7. Wolff K, Freedberg IM, Eisen AZ. *Fitzpatrick – Tratado de Dermatologia.* 7. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2011.
8. Fatahzadeh M, Schwartz RA. Human herpes simplex virus infections: epidemiology, pathogenesis, symptomatology, diagnosis, and management. *Clin Exp Dermatol.* 2007;32(5):625-30.
9. Freeman ML, Sheridan BS, Bonneau RH, Hendricks RL. Psychological Stress Compromises CD8+ T Cell Control of Latent Herpes Simplex Virus Type 1 Infections. *J Immun.* 2007;179:322.
10. Lafferty WE, Coombs RW, Benedetti J et al. Recurrences after oral and genital herpes simplex virus infection. Influence of site of infection and viral type. *N Engl J Med.* 1987;316:1444.
11. Trindade AKF, Queiroga AS, Silva DSC, Campos SEM et al. Herpes simples labial: um desafio terapêutico. *Com Ciências Saúde.* 2007;18(4):307-14.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso.* 8. ed. Brasília, 2010.
13. Fatahzadeh M, Schwartz RA. Human herpes simplex virus infections: epidemiology, pathogenesis, symptomatology, diagnosis, and management. *Clin Exp Dermatol.* 2007;32(5):625-30.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos.* Brasília, 2006.
15. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2014.
16. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 251/97. Normas de Pesquisa com Novos Fármacos, Medicamentos, Vacinas e Testes Diagnósticos Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res25197.htm>>. Acesso em: 30 ago. 2014.
17. Newman DJ, Cragg GM, Snader KM. The influence of natural products upon drug discovery. *Nat Prod Rep.* 2000;17(3):215-34.

18. Butler MS. The role of natural product chemistry in drug discovery. *J Nat Products*. 2004;67(2):214-5.
19. Samuelsson G. *Drugs of Natural Origin: a Textbook Pharmacognosy*, 5. ed. Stockholm: Swedish Pharmaceutical Press; 2004.
20. Montanari C A, Cass QB, Jardim IC, Leitão A et al. De óleos e unguentos aos fármacos modernos. *Rev Ci Hoje*. 2008;42(249):38-43.
21. Balunas MJ, Kinghorn AD. Drug discovery from medicinal plants. *Life Sci*. 2005;78: 431-41.
22. Lima AO, Soares JB, Greco J. *Métodos de Laboratório Aplicados à Clínica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kooogan, 2002.
23. Henry JB. *Diagnósticos clínicos e tratamento por métodos laboratoriais*. 8. ed. Rio de Janeiro: Manole; 1999.
24. Berne RM, Levy MN. *Fisiologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

Recebido em: 24.09.14 Aceito em: 27.12.14
--

DOENÇAS OCUPACIONAIS: CONHECIMENTO DE FUNCIONÁRIOS EM UMA EMPRESA PRIVADA

Aline de Alcântara Correia¹
Soraya Saryta da Silva²
Nara Grace Ferreira da Silva²

RESUMO

O presente trabalho objetivou-se em verificar o conhecimento de funcionários em uma empresa privada sobre doenças ocupacionais. Tratou-se de uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em março de 2014 na FACENE, localizada em Gramame no município de João Pessoa. A população foi composta por 41 funcionários e 29 trabalhadores compuseram a amostra, considerando como critério de inclusão funcionários que trabalhavam em serviços de manutenção e que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento utilizado foi um formulário contendo questões estruturadas, dividido em duas seções. A primeira tratou-se dos dados socioeconômicos (idade, estado civil e grau de instrução, profissão e renda familiar), enquanto a segunda continha questões voltadas às doenças ocupacionais, assinalando a alternativa mais próxima da realidade ou apontada no espaço reservado para este fim. A pesquisa ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, protocolo nº 38/14, CAAE: 26691614.1.0000.5179, considerando a Resolução 466/2012 CNS/MS e a Resolução 311/07 do COFEN. A coleta de dados foi formalizada a partir da aceitação da direção para realização da pesquisa e ocorreu durante o mês de março de 2014. Foi utilizado um questionário, a partir de um roteiro previamente constituído. Os dados coletados foram analisados quantitativamente, através da estatística e apresentados por meios de gráficos. De acordo com os resultados, percebeu-se que os funcionários têm o conhecimento da existência de doenças ocupacionais, embora este conhecimento seja superficial quando questionados. No que se refere aos treinamentos realizados pela empresa, a pesquisa revelou que os funcionários não receberam suficiente orientação para o conhecimento dos riscos expostos. Destarte, conclui-se que a realização recorrente dos treinamentos se faz oportuna, sob pena do não conhecimento dos funcionários reverberar em custos e danos à sociedade e à empresa.

Palavras-chave: Doenças Profissionais. Educação. Trabalho.

INTRODUÇÃO

O processo de trabalho é a forma no qual o homem, com sua própria ação, modifica os recursos advindos da natureza e os transforma em produtos manufaturados. Este produto é resultado final da força de trabalho associado a instrumentos que facilitam o seu significado e valorização¹.

1 Enfermeira. Mestre em Modelos de Decisão pela UFPB. Docente da disciplina Administração Aplicada à Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. CEP: 58037-435. João Pessoa-PB. Tel.: (83) 8632-3394. E-mail: alinealcorreia@yahoo.com.br.

2 Enfermeiras. Graduas em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

Treinamento é definido por um ato sistematizado de capacitar e adaptar o trabalhador a um exercício profissional específico, realizado em um pequeno espaço de tempo; já o desenvolvimento tem por objetivo atos voltado para o aperfeiçoamento, crescimento pessoal e profissional do trabalhador, sendo realizadas a médio e a longo prazo².

As causas que favorecem ao adoecimento no trabalho estão relacionadas, principalmente, à ausência de treinamentos preparatórios ao exercício de sua função com segurança. Além desta, outros fatores que presentes são, a saber: más condições de trabalho, movimento repetitivo e ritmo de trabalho acelerado para alcançar metas de produção³.

No Brasil, em 2010, foram registrados 17.177 casos de doenças do trabalho, tendo como maior número de casos o estado do São Paulo, com 5.973 casos, enquanto o menor número registrado foi no estado de Roraima com 5 casos notificados. Os números não representam os valores reais, devido a muitos casos serem subnotificados⁴.

O alto índice de doenças ocupacionais pode estar vinculado à falta de conhecimento dos profissionais que trabalham em empresas sobre os riscos ocupacionais presentes, devido à descontinuidade da qualificação por parte da empresa e da educação em saúde.

A educação permanente se faz a partir do conhecimento já adquirido pelo indivíduo com a sua participação durante a prática. Uma vez que o diálogo é fundamental para esta troca de informação, a partir do processo de aprendizagem, o conhecimento vai se moldando conforme a sua necessidade e a sua realidade profissional⁵.

A educação continuada apresenta-se como um processo que abrange as experiências posteriores ao treinamento inicial, que ajudam o trabalhador a aprender competências importantes para o desenvolvimento das suas atividades⁶. A educação do operário no ambiente de trabalho deve ser um processo que favoreça novos conhecimentos e que o capacite para a realização adequada do trabalho, preparando-o para futuras oportunidades que o levará à promoção de cargo, sendo assim, favorecendo tanto o crescimento pessoal quanto o profissional.

A educação não se limita à educação formal, esta deverá incluir até aspectos informais, que se reproduzem através de encontros em grupos, nos quais a troca de conhecimentos favorecerá a aprendizagem, pois são as experiências que refletem no desempenho do funcionário e no alcance das metas impostas pela empresa. Para o desenvolvimento das atividades da educação continuada são necessários os recursos humanos, materiais, financeiros e físicos, estes irão se adequar ao alcance do que se objetiva e das condições financeiras da empresa para manter os gastos⁷.

Assim, através do elevado número de casos de adoecimento que acometem os profissionais, torna-se necessário investigar o nível de conhecimento frente às doenças, uma vez existente a suposição da articulação entre o saber sobre doenças ocupacionais e a sua prevenção ou tratamento na fase inicial da doença.

Neste contexto, levantou-se a hipótese de que os funcionários não recebiam treinamentos necessários, com base em suas atividades, para que pudessem realizar o trabalho de forma segura, uma vez que estes, em seu ambiente de trabalho tornam-se vulneráveis ao adoecimento.

Assim, o estudo teve por objetivo verificar o conhecimento dos funcionários em uma empresa privada com relação às doenças ocupacionais e identificar a ocorrência de treinamentos realizados na empresa.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, localizada em Gramame no município de João Pessoa. A população da pesquisa formou-se por 41 funcionários, dos quais 29 trabalhadores compuseram a amostra da pesquisa. Como critérios de inclusão, foram considerados todos os funcionários que trabalhavam em serviços de manutenção e que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Já como critérios de exclusão, foram desconsiderados àqueles que estavam no período de experiência, de férias ou afastados.

A coleta de dados foi formalizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE sob o protocolo nº 38/14, CAAE: 26691614.1.0000.5179. Esta etapa ocorreu durante o mês de março de 2014. Foi utilizado um questionário que consta, em sua primeira parte, de dados socioeconômicos, e na segunda parte por questões objetivas quanto ao conhecimento dos funcionários sobre doenças ocupacionais.

Os dados coletados foram analisados com base na literatura pertinente ao assunto abordado, de modo que os dados objetivos foram analisados quantitativamente, através da estatística e apresentados por meios de gráficos elaborados com os recursos do Programa Excel.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Integrou esta pesquisa uma amostra com 29 funcionários aos quais responderam ao questionário dividido em duas partes: a primeira, apresentou as características socioeconômicas dos funcionários participantes do estudo, em que estão descritas questões sobre idade, estado civil, grau de instrução, profissão, tempo de trabalho, renda familiar; e a segunda, sobre o conhecimento das doenças ocupacionais, CIPA e treinamentos voltados a doenças ocupacionais.

Tabela 01 - Distribuição da amostra (n=29) de acordo com os dados sociodemográficos. João Pessoa – PB, 2014.

Idade	Nº de entrevistados	Percentual (%)
De 16 a 20	02	6,9
De 21 a 30	10	34,5
De 31 a 40	11	38,0
De 41 a 50	06	20,0
Acima de 50	00	00
Estado civil		
Solteiro	12	41,4
Casado	11	38,0
Divorciado	01	3,4
União estável	04	13,8

Viúvo	01	3,4
Grau de instrução		
Analfabeto	02	6,9
Ensino fund. Incompleto	09	31,0
Ensino fund. Completo	02	6,9
Ensino médio incompleto	04	13,8
Ensino médio completo	11	38,8
Ensino superior incompleto	01	3,4
Ensino superior completo	00	00,0
Profissão		
Pedreiro	10	34,48
Serviços gerais	10	34,48
Doméstico	06	20,69
Inspetor	01	3,45
Motorista	01	3,45
Auxiliar de laboratório	01	3,45
Tempo de trabalho		
5 meses - - 2 anos e 11 meses	14	48,27
3 anos - - 5 anos e 11 meses	10	34,48
6 anos - - 8 anos e 11 meses	02	6,9
9 ano - -11 anos e 11 meses	02	6,9
12 anos - -14 anos	01	3,45
Renda familiar		
De 01 a 02 salário mínimo	24	87,76
De 03 a 04 salário mínimo	04	13,08
Acima de 04 salário mínimo	01	3,44
Total	29	100,0

Fonte: Pesquisa de Campo. João Pessoa/PB, 2014.

De acordo com a Tabela 1, destaca-se que quanto ao grau de escolaridade entre os trabalhadores, 11 (38,8%) possuem ensino médio completo. Já com relação à renda familiar, grande parte possui entre 1 e 2 salários mínimos.

O grau de instrução encontra-se diretamente ligado ao desenvolvimento do indivíduo, visto que pessoas com grau de instrução elevado conseguem melhores oportunidades, condições de trabalho e renda, proporcionando melhores condições de vida e saúde para o próprio ser e sua família⁸.

O trabalho é um condicionante de saúde, pois reverbera na autonomia e autoestima do indivíduo, mas para que este seja positivo na vida do trabalhador é importante que este tenha a garantia dos seus direitos trabalhistas, inserido em um ambiente pacífico e que exerça suas atividades de forma correta, de acordo com o treinamento aplicado⁹.

Tabela 2 - Distribuição da amostra (n=29) com relação ao conhecimento sobre doenças ocupacionais e realização de treinamentos.

Possui conhecimento	Frequência	Percentual (%)
Sim	22	76,0
Não	07	24,0
Possui CIPA		

Sim	28	96,5
Não	00	00,0
Não sabe responder	01	3,5
Recebeu treinamentos		
Sim	07	24,00
Não	22	76,00
Se sim, quantidade de treinamentos (n=7)		
01	02	28,57
02	04	57,15
03	01	14,28
Regularidade dos treinamentos (n=7)		
Sim	01	14,30
Não	06	85,70
Tempo de realização dos treinamentos		
1 ao mês	00	00,0
A cada 2 meses	00	00,0
A cada 3 meses	01	14,30
A cada 6 meses	06	85,70
Profissional que realiza treinamentos		
Enfermeiro	00	00
Médico	00	00
Engenheiro	00	00
Não sei	29	29
Total	29	100,0

Fonte: Pesquisa de Campo. João Pessoa/PB, 2014.

De acordo com a Tabela 2, quanto às informações relativas ao conhecimento dos trabalhadores sobre as doenças ocupacionais e a realização dos treinamentos realizados pela empresa aos 29 funcionários, destaca-se que embora a maior parte tenha afirmado conhecimento sobre Doenças Ocupacionais 22 (76%), o mesmo percentual negou o recebimento de treinamentos. Além disso, mais de 95% da amostra afirma existir a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

Os treinamentos são importantes para desenvolver a capacidade de desempenho da função do funcionário em seu ambiente de trabalho de forma que proporcione o aumento da produtividade com segurança, mantendo a saúde do trabalhador².

Para estabelecer o treinamento, deve-se fazer um diagnóstico das necessidades da população, visto que esta busca torna-se proveitosa quando o trabalhador participa com a sua opinião. Portanto, para realização de treinamento, deve-se planejar com antecedência para que possa ser elaborado um plano de ação que venha a alcançar os objetivos almejados¹⁰.

A necessidade do treinamento não está relacionada à quantidade de vezes a que é estabelecida, mas a aplicabilidade do treinamento do cotidiano dos profissionais, além do estabelecimento de avaliações para observação das metas alcançadas.

Com relação à regularidade dos treinamentos, a maioria dos funcionários afirmou que não há regularidade. Já no que se refere ao tipo de profissão que compete aos treinadores sobre doenças ocupacionais na instituição, verificou-se que nenhum soube responder.

Tal resultado remete a alguns pressupostos, a exemplo: falta de vínculo entre o treinador durante sua apresentação, desatenção do funcionário, desmotivação, insatisfação e desinteresse em participar dos treinamentos, além do distanciamento entre a linguagem técnica dos treinamentos e a capacidade de compreensão dos trabalhadores.

No que se refere à saúde do trabalhador, deve ser ressaltado a forma e postura corporal na qual este exerce a sua atividade, visto que a prática correta da sua função implica na manutenção do seu bem-estar. Ao realizar movimentos incorretos, postura inadequada e movimentos repetitivos, sem interrupção, o profissional poderá gerar carga elevada para determinados músculos que, com o passar do tempo e poderá causar Lesão por Esforço Repetitivo (LER)¹¹. Por isso é de tamanha importância a ampliação do conhecimento do trabalhador sobre as causas, sintomas e, principalmente, a prevenção.

Os treinamentos abrem e ampliam a visão dos trabalhadores, de modo a mudar hábitos, pois quando conscientes dos riscos e agravos a que estão expostos, eles aumentam o cuidado através da atenção e do uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) no serviço¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados apresentados, pôde ser percebido que os participantes da pesquisa possuem noções da existência de doenças ocupacionais quando questionados. Já no que se refere aos treinamentos na empresa, a pesquisa revelou que os funcionários são instruídos em quantidade insuficiente ou de modo pouco atrativo, para que pudessem adquirir o conhecimento necessário que os capacitassem a reconhecer os riscos a que estão expostos e para que, dessa forma, estivessem habilitados a realizarem as atividades com maior segurança e desempenho, na função exercida.

Sendo assim, a maioria dos trabalhadores, ao afirmarem que não existiam atividades educativas sobre as doenças ocupacionais, fizeram-nos refletir sobre a necessidade de ensino voltado a este tema. Além disso, quanto aos profissionais responsáveis em realizarem as palestras, os funcionários não souberam responder, demonstrando a falta de interação social entre os trabalhadores e professores responsáveis pela execução das aulas sobre doenças ocupacionais.

Na atualidade, grandes empresas investem na qualidade de vida do trabalhador através da realização de atividades laborais no ambiente de trabalho. Isto tem como finalidade contribuir ao aumento de satisfação do funcionário em exercer sua atividade de forma prazerosa, favorecendo o bem estar, a autoestima, a saúde física e mental.

De acordo com os participantes da pesquisa, foi revelado que a maioria, durante seu tempo de trabalho, nunca participou de nenhuma atividade laboral, embora revelassem estar satisfeitos no trabalho. A conscientização dos funcionários através de palestras em educação em saúde é de suma relevância, pois, uma vez orientados sobre os riscos a que estão expostos, estes estarão atentos em identificá-los com antecedência para uma possível prevenção, promovendo a saúde e evitando algum tipo de afastamento ou absenteísmo no serviço.

OCCUPATIONAL DISEASES: KNOWLEDGE OF EMPLOYEES IN A PRIVATE COMPANY

ABSTRACT

This study aimed to verify in the knowledge of employees in a private company about occupational diseases. This was an exploratory study with a quantitative approach. The survey was conducted in March 2014 in FACENE, Gramame located in the city of Joao Pessoa. The research population consisted of 41 employees, and 29 workers comprised the sample, considering inclusion criterion employees working in maintenance services and who signed the Instrument of Consent. The instrument used was a structured questionnaire containing questions divided into two sections. The first treated of sociodemographic data (age, marital status and level of education, occupation and family income), while the second contained questions related occupational diseases, marking the closest to reality or pointed in the space reserved for this purpose alternative. The search occurred after the approval of the School of Nursing New Hope Research Ethics Committee – FACENE, protocol 38/14, CAAE: 26691614.1.0000.5179, considering Resolution 466/2012 HNC / HM and Resolution 311/07 COFEN. Data collection was formalized upon acceptance of direction for the research and occurred during the month of March 2014. A questionnaire was used, from a script previously constituted. The data collected were analyzed quantitatively by statistical and presented by means of graphs. According to the results, it was noticed that employees have the knowledge of the existence of occupational diseases, although this knowledge is superficial when questioned. With regard to the training conducted by the company, the survey revealed that employees were not given sufficient guidance to understand the risks exposed. Thus, it is concluded that the applicant conducting the training is done timely, lest the knowledge of employees not reverberate costs and damage to society and the company.

Key-words: Occupational Diseases. Education. Work.

REFERÊNCIAS

1. Faria HP et al. Processo de Trabalho em Saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Coopmed; 2009.
2. Carvalho LCF. T&D Estratégicos. Manual de Treinamento e Desenvolvimento A BDT. São Paulo: Makron Books; 1999.
3. Franco-Benatti DM, Navarro VL. Acidentes de Trabalho como forma de Violência: Estudo com trabalhadores de indústria de Calçados de Franca(SP). [acesso em: 15 jun. 2014].
Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sst/n8/17.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Quantidade de Acidente de Trabalho, por Situação de Registro e Motivo, segundo os 50 códigos da classificação internacional de doenças (CID) mais incidentes; 2010. [acesso em: 04 maio 2014].
Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/4_110915-174428-630.xls

5. Sarreta FO. Educação Permanente em Saúde para os Trabalhadores do SUS. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009. [acesso em: 04 nov. 2013]. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=SwXEeOha90wC&pg=PA242&dq=educa%C3%A7%C3%A3o+na+saude+do+trabalhador&hl=pt-PT&sa=X&ei=bNN3UrjMEsPVkQflpoDQAg&ved=0CEMQ6AEwAA#v=onepage&q>.
6. Massarolli A, Saupe R. Distinção Conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no Processo de Trabalho em saúde. [acesso em: 09 nov.2013]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>.
7. Kurcgant P, et al. Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU; 1991.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro; 2012. [acesso em: 12 abr. 2014]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Trabalho_e_Rendimento/censo_trabalho_e_rendimento.pdf.
9. Jardim S, Glina D. O diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. In: Glina D, Rocha I, organizadores. Saúde Mental no Trabalho: desafios e soluções. São Paulo: VK; 2000.
10. Araújo LCR. Avaliação de necessidades de treinamento baseada em competências em uma empresa pública federal. [Dissertação de Mestrado] Brasília: Universidade de Brasília; 2013. [Acesso em: 20 jun 2014] Disponível em: epositorio.unb.br/bitstream/10482/14363/1/2013_LuanaCristinaRodriguesAraujo.pdf
11. Araújo WT. Manual de Segurança do Trabalho. São Paulo: DCL; 2010.
12. Figueiredo NA, Machado WCA. Tratado Cuidados de Enfermagem: Médico-Cirúrgico. São Paulo: Roca; 2012.

Recebido em: 04.07.14 Aceito em: 02.02.15
--

PERFIL DE HOMENS A PARTIR DOS 40 ANOS ATENDIDOS NO PROGRAMA SAÚDE DO HOMEM

Allana Egle de Araújo Dantas¹
Arizla Emilainy Maia dos Santos¹
Janiere de Moura Nóbrega¹
Rhaonny Régis Gomes Araújo¹
Valdenor Ferreira Oliveira Filho¹
Maria Anunciada Agra de Oliveira Salomão²

RESUMO

Estudos evidenciam uma maior propensão de indivíduos do sexo masculino às doenças crônicas e enfermidades. Buscando possibilitar o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população, o Ministério da Saúde instituiu em 27 de Agosto de 2009 o Programa Nacional de Atenção Integral à da Saúde do Homem (PNAISH), que abrange ações e serviços de saúde que atuem na prevenção, assistência e recuperação da saúde dos homens e a facilitação do acesso aos serviços de saúde pelos mesmos. A pesquisa objetivou o conhecimento acerca dos argumentos usados pelos entrevistados à menor frequência dos serviços de saúde no âmbito da prevenção e a análise do perfil sociocultural e econômico dos mesmos. A amostra foi constituída por 70 homens, com idade mínima de 40 anos, usuários do serviço de Unidades de Saúde da Família (USF) situadas nos bairros do Distrito Sanitário III e incluiu não só a coleta nas USF, como também a busca ativa em ambientes de grande movimentação. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE sob o protocolo nº 195/13 e teve como instrumento um formulário contendo perguntas norteadoras, de linguagem clara e concisa. Os dados foram coletados nos meses de outubro e novembro de 2013, em turno integral. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. O material coletado foi analisado e representado em gráficos. Para melhor exposição e compreensão, os dados obtidos foram discutidos à luz da literatura pertinente e evidenciam que os homens apresentam dificuldades em múltiplos fatores na busca de serviços especializados, ficando comprometida sua saúde em geral, que reflete em uma morbi-mortalidade acima das mulheres. Visando o fortalecimento e a qualificação da atenção primária, devem ser trabalhadas ações de educação em saúde do homem.

Palavras-chave: Atenção Primária. Saúde do Homem. Serviços de Saúde.

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. *End.: Rua Francisco Timóteo de Souza, 500, apt. 201B, Res. Sete Coqueiros, Bancários. E-mail: allanaegle.1@hotmail.com.

² Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. Especialista em Geriatria pela Escola Paulista de Medicina - UNIFESP. Coordenadora do Projeto em Educação em Saúde - GEROVIDA. E-mail: masagra40@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A procura dos homens aos serviços de saúde geralmente ocorre apenas diante do avanço da doença que o aflige. Não havendo adesão integral às medidas de saúde, conseqüentemente, há um aumento da incidência de doenças e de mortalidade da classe. De acordo com a publicação Saúde Brasil 2007, do Ministério da Saúde, a cada 5 pessoas que morrem com idade de 20 a 30 anos, 4 são homens. Os homens correspondem por quase 60% das mortes no país. Das 1.003.350 mortes ocorridas em 2005, 582.311 foram de pessoas do sexo masculino – 57,8% do total. Assim, a cada três pessoas que morrem, duas são homens, aproximadamente. Eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, taxas de colesterol mais altas e pressão arterial mais elevada³.

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres^{4,5,6,7}. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária^{8,9}.

A constatação de que a classe masculina geralmente busca acesso ao sistema de saúde somente através da atenção especializada atesta a necessidade de fortalecer e qualificar a atenção primária com a finalidade de que a atenção à saúde não se limite à recuperação, assegurando a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

A não-adesão da população masculina aos serviços de atenção primária tem sido justificada por algumas pesquisas qualitativas em dois principais grupos de determinantes: as barreiras sócio-culturais e barreiras institucionais.

A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. A grande maioria dos homens julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco^{10,11,12,13}. Assim, entende-se que o homem não quer colocar em risco a sua vulnerabilidade.

Além disso, outras questões podem ser levantadas para argumentar a busca deficiente dos homens pelos serviços de saúde: A resistência dos homens em reconhecer suas necessidades, a priorização das ações de saúde para as demais faixas etárias, o horário do funcionamento dos serviços de saúde, que coincide com a carga de trabalho; e a dificuldade de acesso aos serviços. Diante disto, políticas voltadas para o homem devem considerar a heterogeneidade da classe para elaboração de estratégias que possibilitem o crescimento do acesso da população masculina aos serviços de saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) tem seus princípios e diretrizes publicados em 2008, porém a política só foi oficialmente lançada em agosto de 2009, com a publicação da Portaria Ministerial nº 1.944 de 27/08/2009¹. A PNAISH está inserida no contexto do Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde, que busca produzir um novo padrão de desenvolvimento centralizado na eclosão e melhoria das condições de vida dos homens.

O Plano de Ação Nacional – PAN (2009-2011)² da PNAISH marca o início, efetivamente, da sua implantação ao determinar as diretrizes, objetivos, metas e ações que, durante o período de tempo de 2009-2011, deveriam ser alcançadas. O

PAN orienta gestores, a partir de eixos, para a elaboração de estratégias que visem o atendimento e acolhimento dos serviços de saúde aos homens. Em um primeiro momento, este orienta a formulação de Planos de Ação (PA) nas esferas estadual e municipal e prevê a elaboração e o financiamento de Projetos-Piloto nos 26 Estados e Distrito Federal (DF) e em 26 Municípios selecionados pelo Ministério da Saúde (MS).

A PNAISH visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina, possibilitando a redução da morbimortalidade mediante a facilitação e ampliação do acesso da população masculina às ações e aos serviços de atenção integral à saúde, buscando romper os obstáculos que impedem esta classe de frequentar os mesmos. Uma política específica para homens representa uma inovação, na medida em que os homens não foram, historicamente, sujeitos singularizados nas intervenções desenvolvidas pelo Estado brasileiro no campo da saúde¹⁴.

Para alcançar seus objetivos, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está associada com a Política Nacional de Atenção Básica, porta de entrada do Sistema Único de Saúde, e com as estratégias de humanização em saúde, e apresenta-se em concordância com os princípios do SUS, consolidando ações e serviços em redes e cuidados da saúde.

A presente pesquisa teve como objetivo analisar do perfil sociocultural e econômico dos entrevistados e dos argumentos usados para justificar a menor frequência dos serviços de saúde no âmbito da prevenção.

MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. A amostra foi composta de 70 homens a partir de 40 anos residentes e atendidos em unidades de saúde do Distrito 3 do Município de João Pessoa – PB. Para realização da coleta dos dados, foi realizada a busca ativa em locais de grande circulação como terminais de integração, ambientes de trabalho e as próprias unidades de saúde do distrito.

Para a coleta dos dados foi utilizado um formulário contendo onze questões, sendo seis de temática socioeconômica que visam à obtenção de informações como o grau de escolaridade e a renda familiar dos participantes da pesquisa; e cinco com dados de almejo norteador para o presente trabalho, como à frequência de busca à USF e o conhecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (PNAISH).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Corroborando com os dados obtidos no CENSO 2010, os resultados da presente pesquisa denotam que dentre a amostra, uma percentagem de 81% dos homens entrevistados apresenta idade inferior a 60 anos.

Quanto à Escolaridade dos homens entrevistados, levando em consideração à metodologia empregada na pesquisa, é possível interpretar que a grande maioria dos homens com idade igual ou superior a 40 anos possui o nível médio completo, que corresponde a um período de no mínimo 3 anos de ensino escolar, o qual precede o Ensino Superior ou Profissionalizante. Do total de entrevistados, 45,7% (n=32) possuem o Ensino Médio completo; 22,8% (n=16) possuem o Ensino Fundamental Completo; 21,4% (n=15) equivalem a homens com Ensino Superior ou

Graduação completa; 5,71% (n=4) são Pós-graduados em nível de mestrado; apenas 2,85% (n=2) não possuem nenhuma formação escolar; e 1,42% (n=1) são Pós-graduados em nível de Especializações.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os homens brasileiros, em analogia às mulheres, são menos estudiosos e mais relapsos no que se refere à sua própria educação. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) realizada no ano de 2009 pelo IBGE, os homens possuem em média 6,9 anos de estudo, diferente das mulheres que possuem 7,4 anos de estudo¹⁵.

Em comparação a outros países, como os Estados Unidos, Coreia, França e Japão, por exemplo, o Brasil possui uma educação escolar muito inferior às demandas necessárias de sua população, uma vez que se deu prioridade à abertura ou ao processo de gerar educação a todas as classes sociais, ao passo que foi diminuída a qualidade da educação que é disponibilizada em escolas de rede pública^{16,17}.

Em relação ao estado civil dos participantes da pesquisa, segundo os dados obtidos, cerca de 66% dos entrevistados é casado e/ou vive em união estável.

Os homens solteiros têm índices de mortalidade até 250% maiores do que os homens casados ou em união estável da mesma idade. Ter uma parceira também aumenta a longevidade para homens com algumas condições crônicas. Homens casados ou em união estável têm menores riscos de morrerem de câncer, passam menos tempo nos hospitais e têm chances menores de morrer após uma cirurgia importante¹⁸.

Um motivo para que os homens casados vivam mais do que os solteiros é que os primeiros têm uma saúde melhor em geral. O típico homem solteiro tem mais chances de ter pressão sanguínea alta, alto colesterol, problemas de peso e um sistema imunológico fraco do que um homem casado. A melhor saúde dos casados pode ser devido à nutrição melhor, estresse reduzido, uma esposa que encoraje comportamentos saudáveis e que cuide deles durante períodos de doença. A esposa de um homem casado pode incentivá-lo a ir ao médico, fazer exames rotineiros e cuidar de si. Esses fatores melhoram a saúde geral e aumentam a longevidade¹⁹.

No que se refere à residência dos entrevistados, os resultados da pesquisa demonstram que cerca de 74% dos entrevistados moram com sua esposa e/ou filhos.

De acordo com uma pesquisa do Centro de Referência em Saúde do Homem, 70% das pessoas do sexo masculino vão a consultas médicas acompanhados das mulheres ou dos filhos. O estudo concluiu ainda que mais de 50% dos homens já chegam aos consultórios com patologias em estágio avançado.

Os participantes da pesquisa listaram a falta de tempo, o preconceito e a falsa sensação de invulnerabilidade às doenças como os principais motivos pelos quais os homens não procuram tratamento médico periodicamente.

Sabendo que as profissões são organizadas segundo a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) no Ministério do Trabalho no Brasil:

Tabela 1 – Ocupação.

Grande Grupo 1	Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa.
Grande Grupo 2	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas.
Grande Grupo 3	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio.

Grande Grupo 4	Pessoal Administrativo e Similares.
Grande Grupo 5	Pessoal dos Serviços e Vendedores.
Grande Grupo 6	Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas.
Grande Grupo 7	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares.
Grande Grupo 8	Operadores de Instalações, Máquinas e Trabalhadores da Montagem.
Grande Grupo 9	Trabalhadores Não Qualificados.
Grande Grupo 10	Não Trabalha.

Dos 70 entrevistados, 34,3% (n=24) pertencem ao grupo 5 da CBO. Trata-se, em sua grande maioria, de comerciantes livres e prestadores de serviços terceirizados; 15,7% (n=1) pertencem ao grupo 10 da CBO que corresponde aos não atuantes no mercado de trabalho ou que não possuem nenhuma atividade remunerada, como aposentados e estudantes, por exemplo; 11,4% (n=8) pertencem ao grupo 2 da CBO, que se refere a Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas, como professores, médicos e juizes; 10% dos entrevistados (n=7) percentem aos quadros superiores da administração pública, como empresários e autônomos; 8,5% (n=6) pertencem ao grupo 7 da CBO referente a operários, artífices e trabalhadores similares, os quais se assumem pedreiros e servente de pedreiros; 7,1% dos entrevistados (n=5) são oriundos do grupo 4 da Classificação Brasileira de Ocupação que acomete a área Pessoal Administrativa e Similares, os quais a grande maioria são funcionários públicos; 4,3% (n=3) pertencem ao grupo 3 dos Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio; 4,3% (n=3) pertencem ao grupo 8 que correspondem aos operadores de instalações, máquinas e trabalhadores da montagem; 2,8% (n=2) são pertencentes ao grupo 9 da CBO que se refere a trabalhadores não qualificados, como caseiros e vigilantes; e finalmente 1,4% (n=1) corresponde ao grupo 6 da CBO que equivale aos agricultores e pecuaristas.

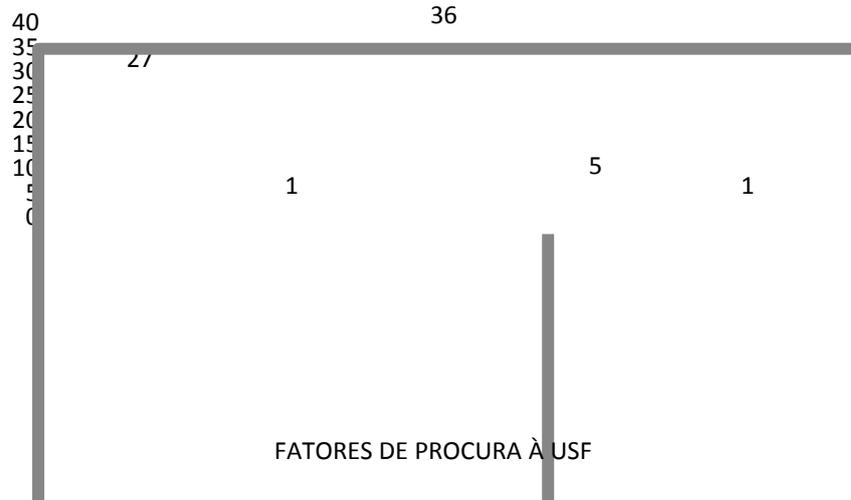
Já em relação a Renda Mensal dos entrevistados, levando em consideração o salário mínimo (SM) do ano de 2013 referente às datas das entrevistas de R\$ 678,00, observou-se que os salários na amostra pesquisada variam de um ordenado mensal ou um salário mínimo até mais de dez salários mínimos, conforme mostra a seguinte tabela:

Tabela 2 – Renda Mensal.

PARTICIPANTES (%)	SALÁRIO
2,8% dos participantes	< 1 salário mínimo por mês.
54,3% dos entrevistados	1 a 3 salários mínimos por mês.
18,5% dos participantes	3 a 6 salários mínimos por mês
11,4% dos participantes	6 a 9 salários mínimos por mês
5,7% dos entrevistados	10 ou mais salários mínimos
7,1% dos entrevistados	não responderam (NR) à pergunta.

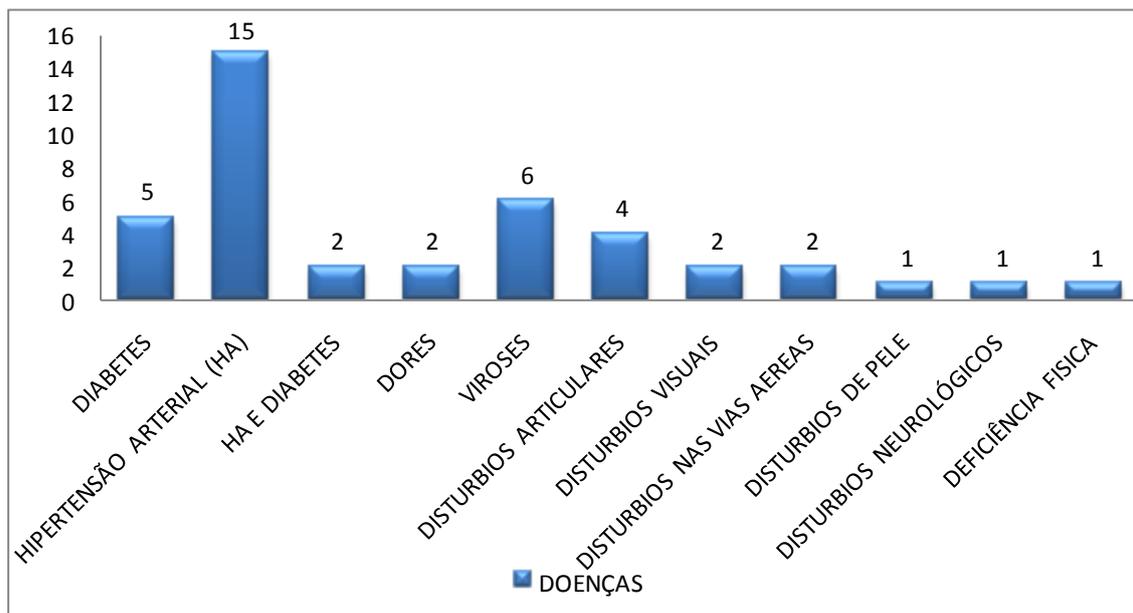
Em relação aos motivos que levam os participantes a procurar a Unidade de Saúde da Família (Gráfico 1) destaca-se o adoecimento (51,4%).

Gráfico 1 – Motivos de procura à Unidade de Saúde da Família.



Observou-se que, em geral, os motivos se referiam ao tratamento de doenças, indicando a existência de uma tendência ainda hegemônica do modelo curativo no perfil de utilização dos serviços. Em segundo lugar, destaca-se com 38,5% a prevenção, mostrando uma evolução na conscientização de ações preventivas. Dentre os indivíduos que buscam a prevenção, muitos procuravam a USF raramente, pois buscam serviços de saúde da rede privada, associando à ideia de maior segurança de atendimento em comparação à rede pública. Em seguida estão os indivíduos que procuram por prevenção e também doença (7,1%), os que só frequentam a pedido da família (1,4%) e os que não frequentam (1,4%). O fato de ter uma porcentagem baixíssima em relação aos indivíduos que não frequentam o serviço de saúde surpreende, pois se torna mais evidente a conscientização dos homens em relação às ações preventivas.

Gráfico 2 - Doenças prevalentes nos entrevistados.



Entre as doenças encontradas nos sujeitos das entrevistas (Gráfico 2) estão a Hipertensão Arterial (n=15), o Diabetes Mellitus (n=5), as Víroses (n=6), as Dores (n=2), os Distúrbios Articulares (n=4), Distúrbios Visuais (n=2), Distúrbios nas Vias Aéreas (n=2), Distúrbios de Pele (n=1), Distúrbios Neurológicos (n=1) e Deficiência Física (n=1).

Os dados obtidos evidenciam maior número de atendimentos relacionados à Hipertensão e Diabetes isoladas (21,4% e 7,1%, respectivamente) ou associadas (2,8). O dado ratifica o encontrado na literatura, em que os principais fatores que levam os usuários ao serviço de atenção primária à saúde são doenças crônicas ou complicações causadas pelas mesmas²⁰.

Em relação à importância da realização de uma política que incentive os homens a buscar serviços especializados, os entrevistados afirmam ser fundamental tê-la para promoção de saúde e prevenção de doenças, assim como uma ampla disseminação de informações, orientações e conscientizações do público masculino. Há também a necessidade de realização de políticas que os incentivem a procurar serviços de saúde, já que existem dificuldades de promover medidas preventivas no campo masculino. Além disso, destacam ainda a necessidade da oferta de um atendimento mais voltado para especialidades masculinas. Por exemplo, a prevenção de câncer de próstata, o qual é um grave problema de saúde pública no Brasil muito comum em homens acima de 65 anos²¹.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), as altas taxas de incidência e a mortalidade dessa neoplasia tornam o câncer de próstata o segundo mais comum entre a população masculina, sendo superado apenas pelo câncer de pele não-melanoma. A estimativa do INCA, para 2014, é de que haja 68.800 novos casos desse câncer²¹. Ainda segundo o INCA, a detecção precoce do câncer de próstata é de fundamental importância para que se aumentem as possibilidades de cura. Dentre as medidas preventivas, ressalta-se o toque retal realizado por profissionais da área médica.

O toque retal é, relativamente, uma medida preventiva de baixo custo. No entanto, é um procedimento que mexe com o imaginário masculino, a ponto de afastar inúmeros homens da prevenção do câncer de próstata. Essa recusa não ocorre, necessariamente, por conta da falta de informações acerca da efetividade dessa medida preventiva. O toque, que envolve penetração, pode ser lido como violação e isso, quase sempre, associa-se à dor. Mesmo que o homem não sinta a dor, no mínimo, experimenta o desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado, numa parte interdita²².

O não incentivo dos homens buscarem os serviços de saúde é reforçado pelo fato de a saúde e o autocuidado não desempenharem um papel central na construção da identidade masculina²³. A noção de invulnerabilidade, o pensamento "nunca acontece nada aos homens" é um valor de sua própria cultura, reforçado pelos meios de comunicação de massa e que se torna um empecilho no caminho entre universo masculino e o serviço de saúde. Os próprios entrevistados confessaram a resistência dos homens em buscar os serviços de saúde, e assim, a necessidade de uma política que ajude a combater esse fato.

Outro fato que impede os homens de adotar condutas preventivas é a dificuldade dos homens de verbalizar suas necessidades de saúde. A maioria dos homens não tem a tendência de falar sobre seus problemas de saúde, o qual seria uma demonstração de fraqueza e feminilização frente à sociedade²³. Refletindo a feminilização da noção de cuidado de saúde, onde o espaço de serviço da atenção primária a saúde é visto como feminilizado, comprovado em diversas ações de

promoção e educação em saúde que somente a mulher é frequente, e onde deveria o homem compor tal grupo²⁴.

De acordo com um estudo recente, a imagem que os homens têm de serviços de saúde é que estes são para idosos, mulheres, crianças ou doentes²³. Logo, os homens acreditam que não se enquadram em nenhuma dessas categorias, por isso, se esquecem de cuidar da própria saúde.

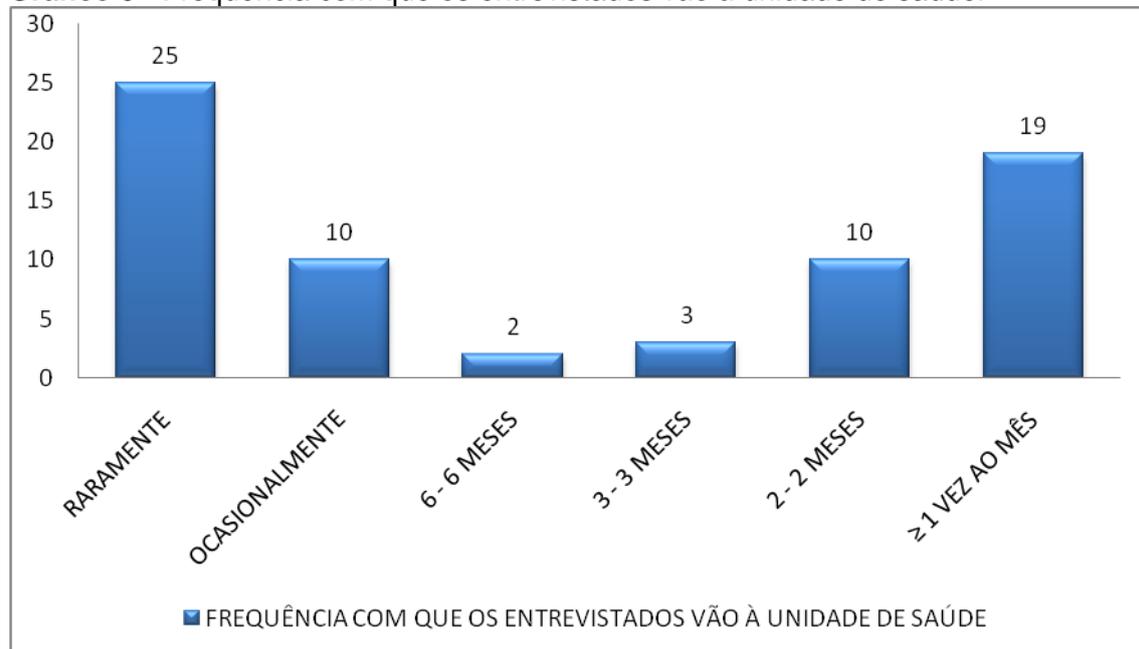
A existência de políticas de saúde para lidar com a especificidade do público masculino tem efeitos não só sobre a saúde masculina, mas também afeta toda a sua família, por exemplo, diminuir os efeitos de uma morte precoce, a devastação do álcool e outras drogas ou o grave impacto da violência em suas diferentes formas²³.

Por essas razões, incluir a participação do homem nas ações de saúde ainda é um desafio que se busca romper para que a saúde dos homens, sob a ótica das masculinidades, torne-se uma temática de primeiro plano.

Ainda tendo como referência os dados obtidos na pesquisa, foi possível constatar que cerca de 84% dos entrevistados frequentam a Unidade de Saúde do seu território há, no máximo, doze anos.

A respeito da PNAISH, suas proposições apresentadas afirmam que a implementação da política deverá ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, respeitando a hierarquia da atenção em saúde e fazendo da atenção básica a porta de entrada para um sistema de saúde universal²⁵.

Gráfico 3 - Frequência com que os entrevistados vão à unidade de saúde.



O Gráfico 3 diz respeito à frequência com que esse usuário busca o atendimento na Unidade. A partir da análise dos dados gráficos, observa-se que a maioria dos entrevistados procuram raramente os serviços de saúde.

Modelos hegemônicos de masculinidade podem dificultar a adoção de hábitos e convicções mais saudáveis e o homem, quando influenciado por ideologias hegemônicas de gênero, pode colocar em risco tanto a saúde da mulher quanto a sua própria²⁰.

Além das barreiras socialmente construídas e culturalmente vinculadas afastando a população masculina do âmbito da Atenção Primária à Saúde,

obstáculos organizacionais do SUS têm agravado ainda mais esta situação, a exemplo da falta de material humano e capacitado destinado a oferecer um atendimento diferencial a este homem que procura a Unidade e assim facilitar sua adesão ao tratamento.

A partir da coleta realizada foi possível identificar que apenas 30% dos entrevistados afirmam conhecer o PNAISH, enquanto os 70% restantes desconhecem a política.

Esses dados refletem a realidade nacional, em que a maioria dos homens ignora a existência de uma política de saúde direcionada a eles. Tal falta de conhecimento faz esse grupo ter menos cuidado e procurar menos o tratamento médico do que as mulheres.

Experiências já realizadas mostram que é necessária a divulgação da PNAISH pelos seus gestores, não só para os homens, mas para a população em geral, incentivando a procura dos serviços de saúde por parte dos mesmos. Essa divulgação pode ser feita através de entrevistas na mídia digital e impressa, campanhas em outdoor ou nos meios de comunicação como rádio e TV. Uma Unidade Básica de Saúde com recursos humanos e materiais disponíveis além de uma equipe com capacitação específica para o assunto também seria de suma importância para a efetiva implantação da PNAISH.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises empreendidas demonstram que é imprescindível a criação de ações educativas no âmbito da saúde do homem, de modo que estas sejam aplicadas continuamente ao longo de sua vida. O objetivo é desconstruir os paradigmas de invulnerabilidade existentes com a formação de um biopsicossocial voltado às medidas de prevenção e promoção de saúde.

Tendo em vista que a amostra é formada, em sua maioria, por homens de baixa condição socioeconômica, a falta de informação a respeito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) é um fator importante a ser considerado na criação de alternativas que visem sua divulgação. Embora haja relação entre o grau de instrução e as medidas preventivas, esta ainda se mostra insuficiente, visto que a porcentagem de homens que buscam atendimento médico, apenas diante do adoecimento, ainda é elevada.

Algumas alternativas para mudar esse quadro seriam a criação de grupos educativos, com a finalidade de prevenção; parceria da Estratégia de Saúde da Família (ESF) a locais como igrejas e times de futebol da área de abrangência; além de práticas educativas em áreas de concentração do público masculino que visem à conscientização dessa classe.

PROFILE OF MEN FROM THE 40 YEARS SERVED IN HEALTH PROGRAM OF MAN

ABSTRACT

Studies show a higher propensity of sex individuals male with chronic illnesses and diseases. Seeking to enable the increasing life expectancy and reducing the morbidity and mortality rates of preventable and avoidable causes in this population, the Ministry of Health established on August 27th, 2009 the National Program for Integral Attention to Health Man (PNAISH), covering health activities and services relating to prevention, care and recovery of health of men and facilitating access to

health services for them. The research aimed to knowledge about the arguments used by respondents to the lowest attendance of health services in the prevention and the analysis of socio-cultural and economic profile of the same. The sample consisted of 70 men, aged at least 40, users of the Family Health Units Service (USF) located in the Sanitary District III districts and included not only the collection in USF, as well as the active search in high-traffic environments. Data collection was initiated after the approval of the Committee Ethics and search FACENE/FAMENE under Protocol 195/13 and was to instrument a form containing guiding questions in a clear and concise language. Data were collected in October and November 2013, in full-time. This is a descriptive research with quantitative presentation. The collected material was analyzed and represented in graphics. For better exposure and understanding, the data were discussed in the light of the relevant literature and show that men have difficulties in multiple factors in the search for specialized services, getting compromised their health in general, reflecting on a morbidity and mortality up women. Aimed at strengthening and qualification of primary care, should be worked men's health education activities.

Key-words: Primary Care. Men's Health. Health Services.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria MS/GM nº 1.944 de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União 2009; 28 ago.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Plano de Ação Nacional (2009-2011). Brasília: MS; 2009.
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção integral a saúde do homem. Brasília, 2008. [acesso em: 27 maio 2014] Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>.
4. Nardia A, Glina S, Favorito LA. Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil, International Braz J Urol. 2007;33:1-7.
5. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. SocSci Med 2000; 50:1385-401.
6. Luck M, Bamford M, Williamson P. Men's health: perspectives, diversity and paradox. London: BlackwellSciences;2000.
7. Laurenti r, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. Ciência Saúde Coletiva 2005; 10:35-46.
8. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciência Saúde Coletiva 2005; 10:105-9.
9. Pinheiro, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Cienc. Saude Colet. 2002;7(4):687-707.

10. Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editors. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003; p. 137-52.
11. Schraiber L. B.; Figueiredo W.S.; Gomes R.; Couto M. T.; Pinheiro T. F.; Barbosa R. M.; Silva G. S. N.; Valença O. A. A. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso);2003;26: 961-70.
12. Sabo D. O estudo crítico das masculinidades. In. Adelman M, Silvestrin CB, organizadores. Coletânea gênero plural. Curitiba: Editora UFPR; 2002; p. 33-46.
13. Bozon, M. Sociologia da sexualidade. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004.
14. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. Physis 2009; 19(3): 659-78.
15. Borges Patrícia. Último Segundo Ig [internet]. Brasília. 08 Set 2010 – [acesso em: 20 abril 2014]. Disponível em: <http://ultimosegundo.ig.com.br/educacao/mulheres+estudam+mais+que+homens+segundo+ibge/n1237770953634.html>.
16. Teixeira, M. C. S. Política e administração de pessoal docente: um estudo sobre a Secretaria de Estado da Educação do Estado de São Paulo. (Estudo e Documentos) Faculdade de Educação/USP; 1988; 27.
17. Sander, B. Educação brasileira: valores formais e valores reais. Livraria Pioneira Editora; 1977.
18. Waite, Linda J.; Gallagher, Maggie The Case for Marriage: Why Married People are Happier, Healthier, and Better Off Financially. New York; Doubleday [2000] Content Area(s): Family and Transfers, Health Conditions and Status, Net Worth and Assets.
19. Vasconcelos, Fernanda Jacqueline Agreste .Saúde do homem x estratégia de saúde da família: um desafio. [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Formiga; 2012; 25.
20. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.3, p.565-74. [acesso em: 17 mar 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>
21. Tipos de Câncer. [acesso em: 20 abril 2014]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/definicao>.

22. Gomes R 2003. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(3):825-829. [acesso em: 20 abril 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17463.pdf>
23. Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In C Cáceres, M Cueto, M Ramos & S Vallens (coord.). *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida, Lima. 2003; p.137-52.
24. Rocha E A; Alves L S; Barbosa H A 2013. A visão do homem, usuário do serviço de saúde na atenção primária, sobre a assistência prestada: uma revisão de literatura. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, Año 18, Nº 184, Septiembre de 2013. [acesso em: 17 mar 2014]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd184/a-visao-do-homem-do-servico-de-saude.htm>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes, Brasília; 2009.

Recebido em: 08.08.14 Aceito em: 12.03.15
--

AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

Augusto César Lacerda Brasileiro¹
Marina Dantas Henrique²
Arnaldo Moreira de Oliveira Júnior²
Arleide Andrade de Medeiros²
Angélica Fernandes de Lacerda³
Julianna Maria Silva de Amorim³

RESUMO

A Doença Arterial Periférica (DAP) é resultado da doença aterosclerótica nos membros e na carótida. O índice tornozelo-braquial (ITB) e a medida do complexo médio-intimal (MCMI) nas carótidas são testes que estabelecem o diagnóstico de DAP, nos membros inferiores e nas carótidas, respectivamente, além de se relacionarem à ocorrência de eventos cardiovasculares. O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil clínico dos pacientes portadores de DAP, diagnosticados através do ITB e da MCMI. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, sob o protocolo nº 426/2010. A coleta de dados foi realizada no período de maio a dezembro de 2011, com 118 pacientes (48 homens e 70 mulheres) do ambulatório especializado de cirurgia vascular do Hospital São Vicente de Paulo em João Pessoa – PB. Foram avaliados os pacientes entre 50 e 69 anos, portadores de diabetes ou tabagistas, e todos os pacientes acima de 70 anos, que aceitaram participar da pesquisa. O ITB $\leq 0,9$ foi considerado anormal e a MCMI carotídea $\geq 1,5$ mm foi definida como placa aterosclerótica. Variáveis numéricas foram comparadas pelo teste de Mann-Whitney, enquanto as categóricas pelo qui-quadrado ou teste de Fischer. O valor de $p \leq 0,05$ foi considerado significativo. A prevalência de ITB $\leq 0,9$ foi 29,7% e de MCMI $\geq 1,5$ de 34,7%. A idade mostrou-se como importante fator de risco no surgimento da aterosclerose tanto nos membros inferiores ($p=0,021$) como nas carótidas ($p=0,013$). Não houve diferença quanto ao perfil clínico nos pacientes avaliados pelo ITB, entretanto, o tabagismo foi considerado estatisticamente significativo ($p=0,038$) na avaliação pela MCMI. As prevalências de ITB e/ou MCMI anormais foram elevadas. A idade é um fator de risco para DAP nos membros inferiores e nas carótidas, e a MCMI foi capaz de identificar, de forma mais precoce, a doença quando comparada ao ITB.

Palavras-chave: Aterosclerose. Doença Arterial Periférica. Ultrassonografia Doppler.

INTRODUÇÃO

¹ Doutorando em Inovação Terapêutica (UFPE), Mestre em Ciências da Saúde (UFPE), Especialista em Cirurgia Vascular pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular e em eco-Doppler vascular pelo Colégio Brasileiro de Radiologia. End.: Rua Armando de Vasconcelos, 191, Edifício Kilauea, apto 402, Miramar, João Pessoa-PB. CEP: 58043-080. Tel.: (083) 9602-0809. E-mail: augustoclb@bol.com.br.

² Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE.

³ Residentes de Cirurgia Geral pela Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE.

A aterosclerose é uma doença crônica que acomete as artérias de maneira sistêmica, permanecendo, ainda, como principal causa de morbimortalidade nos seres humanos^{1,2}. Acontece como consequência da interação entre fatores de risco que agredem a superfície endotelial e a predisposição genética^{3,4}. As modificações da parede arterial progridem lentamente, de forma silenciosa, caracterizando-se pelo gradual e progressivo espessamento do endotélio^{5,6}.

Todas as artérias podem ser acometidas, porém as consequências mais comuns ocorrem ao nível das coronárias, carótidas, das artérias dos membros inferiores (MMII) e da aorta¹.

A história clínica e exames não-invasivos, como o índice tornozelo-braquial (ITB) e a medida do complexo médio-intimal (MCMI) carotídeo podem identificar pessoas com maior tendência a desenvolver a doença aterosclerótica, sendo possível identificar as alterações vasculares nos estágios mais iniciais⁷.

Os estudos epidemiológicos identificam, como fatores de risco associados ao desenvolvimento da aterosclerose, o tabagismo, os níveis séricos elevados de lipídeos, a hipertensão, a obesidade, o diabetes melito e a inatividade física^{1,2}.

O ITB e a MCMI estão associados aos fatores de risco clássicos da aterosclerose, sendo utilizados atualmente para definir o diagnóstico da doença arterial periférica, além de funcionarem como marcadores independentes para eventos cardiovasculares agudos^{8,9,10}.

Assim, considerando a importância epidemiológica da aterosclerose e a possibilidade de estratificar os riscos de desenvolver essa doença, pretendemos, portanto, avaliar as alterações clínicas nos pacientes diagnosticados como portadores de DAP, através do ITB e da MCMI.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo seguiu os princípios éticos da Declaração de Helsinque e da Resolução 466/12 CNS, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, conforme protocolo n° 426/2010, de 20 de abril de 2011.

Estudo prospectivo, transversal, analítico, realizado no período de maio a dezembro de 2011.

Para o presente estudo, foram incluídos pacientes com idade entre 50 e 69 anos, que fossem diabéticos e/ou tabagistas (foi considerado tabagista o paciente com história de, ao menos, 10 maços de cigarro por ano)¹¹, ou que tivessem idade acima de 70 anos, independente de fatores de risco, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Para o cálculo do tamanho amostral, utilizamos os valores de 1,96 (valor da curva normal relativa à confiabilidade de 95,0%), 0,065⁹ (proporção esperada igual a 50,0%), 0,05 (erro de 5,0%) e um tamanho populacional infinito. Assim, o tamanho amostral mínimo deveria ser de 94 pacientes.

Foram considerados como critérios de exclusão os históricos de Câncer avançado, revascularização percutânea ou cirúrgica das artérias dos membros inferiores ou das artérias carótidas, doença hepática terminal, impossibilidade técnica de medição do índice tornozelo-braquial ou do complexo médio-intimal carotídeo, pacientes submetidos à amputação de membros e ITB > 1,4.

Entre abril e dezembro de 2011, foram selecionados 118 pacientes atendidos no ambulatório especializado de cirurgia vascular do Hospital São Vicente de Paulo

em João Pessoa-PB, que preencheram os critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Análise estatística

Para comparação dos grupos (ITB $>0,9$ vs ITB $\leq 0,9$) e (MCMI entre 0,9-1,4 vs MCMI $\geq 1,5$), com relação às variáveis clínicas, foi aplicado o teste Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, quando necessário. Para a comparação das variáveis quantitativas da MCMI, na carótida comum (MCMI-CC), na carótida interna (MCMI-CINT), na carótida externa (MCMI-CEX) e geral (MCMI-GERAL), que foi o máximo entre todos os valores, foi aplicado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, devido a não normalidade dessas variáveis.

Os cálculos estatísticos foram executados no software SPSS for Windows v18.0 - Statistical Package for the Social Sciences.

Protocolo do índice tornozelo-braquial

Para aferição do ITB, utilizou-se um sonar Doppler, modelo DV 610, da empresa Medmega, e um aparelho esfigmomanômetro com braçadeira de 12 cm de largura e comprimento variando de 29 a 40 cm.

Todas as medidas foram feitas com o paciente em decúbito dorsal, após 10 minutos de repouso, sendo medida a pressão sistólica da artéria tibial posterior, da artéria dorsal do pé e da artéria braquial bilateralmente. Dividiu-se a maior das pressões no tornozelo pela maior pressão sistólica, encontrada na artéria braquial dos membros superiores, obtendo-se assim o ITB^{12,13}.

Os valores considerados normais para o ITB estão entre 0,9 e 1,4. Assim, índices maiores que 1,4 representam incompressão das artérias; e índices menores ou iguais a 0,9, demonstram a presença de doença arterial periférica (DAP)¹².

Protocolo da medida do complexo médio-intimal carotídeo

A medida do complexo médio-intimal foi realizada com equipamento de ultrassonografia modelo X8 da Medison, com transdutor linear 7,5-12 MHz. A artéria carótida comum foi avaliada bilateralmente, utilizando software automático (auto-IMTTM), e as artérias carótidas interna e externa foram estudadas também, bilateralmente, através de medidas manuais.

A profundidade do campo foi de 30-40 mm. Houve ajuste de ganho com pouco artefato intraluminal, não se utilizou harmônica, e houve monitorização do ciclo cardíaco, através do ECG, acoplado na imagem para verificação no final da diástole^{14,15,16}.

Observou-se, na parede posterior das artérias, uma linha dupla que representa as três camadas da parede arterial. A primeira linha é a interface entre o sangue e a camada íntima (o lúmen anecóico e a íntima ecogênica), enquanto a segunda linha é a interface entre a camada média e a adventícia (a média hipoecóica e a adventícia ecogênica)¹⁷.

O espessamento da MCMI acontece entre $\geq 0,9$ mm e $< 1,5$ mm, porém, quando a medida for $\geq 1,5$ mm, considera-se placa aterosclerótica¹⁸.

Fluxograma do estudo

Os pacientes foram divididos em 2 grupos para a avaliação pelo ITB (o grupo 1 foi constituído pelos que tinham ITB $\leq 0,9$, e grupo 2 com o índice $> 0,9$), assim como em relação à MCMI (comparou-se os pacientes com medida entre 0,9-1,4 com os pacientes que apresentaram medida $\geq 1,5$ mm). As variáveis clínicas foram avaliadas entre os grupos.

Para fins da análise, foram consideradas as MCMI das artérias carótidas comuns, interna e externa. De cada território, foram coletadas as medidas da direita e esquerda, mas, na análise estatística, considerou-se a maior delas.

RESULTADOS

No período do estudo, 362 pacientes foram atendidos no ambulatório de cirurgia vascular. Destes, 118 (32,5%) pacientes preencheram os critérios de inclusão e exclusão do estudo e foram recrutados.

A prevalência de ITB $\leq 0,9$ foi de 29,7% (n=35), enquanto a de ITB $> 0,9$, de 70,3% (n=83).

Não houve diferença do perfil clínico entre os grupos avaliados pelo ITB, apesar da diabetes mostrar alguma tendência como fator de risco (p=0,051) para aterosclerose avaliada por esse método (tabela 1). Por outro lado, quando avaliamos a idade isoladamente, percebemos que a aterosclerose nos membros inferiores é uma doença proporcional ao tempo de vida, ou seja, quanto maior a idade, maior a chance de se ter o ITB alterado (Tabela 2).

O espessamento médio-intimal (IMT entre 0,9-1,4) ocorreu em 69,5% dos pacientes, e a placa aterosclerótica carotídea, em 34,7%, mostrando que a avaliação das carótidas, pelo eco-Doppler, é um método capaz de identificar a DAP de forma mais precoce e eficiente.

Para o cruzamento da MCMI com as variáveis clínicas, foram excluídos 36 pacientes que tinham IMT $< 0,9$.

Tabela 1 - Comparação de Características Clínicas Entre os Grupos (ITB).

Variáveis	ITB		p-valor
	> 0.9 (n=83)	≤ 0.9 (n=35)	
HAS	49 (65,3%)	26 (34,7%)	0,116
DM	29 (60,4%)	19 (39,6%)	0,051
DLP - Colesterol	20 (69,0%)	9 (31,0%)	0,852
DLP – Trig	21 (70,0%)	9 (30,0%)	0,962
Tabagismo	54 (73,0%)	20 (27,0%)	0,417
CA	54 (68,4%)	25 (31,6%)	0,502
IMC			
Sobrepeso	32 (66,7%)	16 (33,3%)	0,607
Obesidade	22 (68,8%)	10 (31,3%)	

HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), DM (Diabetes melito), DLP – Colesterol (Dislipidemia – Colesterol), DLP – Trig (Dislipidemia – triglicerídeo), CA (Circunferência Abdominal) e IMC (Índice de Massa Corporal).

Tabela 2 - Prevalência de ITB anormal de acordo com a faixa etária dos pacientes.

Variáveis	Total	ITB		p-valor
		> 0.9 (n=83)	≤ 0.9 (n=35)	
Faixa Etária				
50 – 59 anos	41	34 (82,9%)	7 (17,1%)	0,021*
60 – 69 anos	37	27 (73,0%)	10 (27,0%)	
≥ 70 anos	40	22 (55,0%)	18 (45,0%)	

Utilizando a avaliação das carótidas como método de estudo da DAP, observamos que o tabagismo mostrou ser fator de risco importante para o desenvolvimento da doença (p=0,038) (tabela 3) e que a ocorrência de placa aterosclerótica, nesse território, também é proporcional à idade (tabela 4).

Tabela 3 - Comparação dos grupos de IMT segundo as variáveis clínicas.

Variáveis	Total	IMT GERAL		p-valor
		0,9 – 1,49 (n=41)	≥ 1,5 (n=41)	
HAS				
Não	28	18 (43,9%)	10 (24,4%)	0,062
Sim	54	23 (56,1%)	31 (75,6%)	
DM				
Não	47	24 (58,5%)	23 (56,1%)	0,823
Sim	35	17 (41,5%)	18 (43,9%)	
DLP – Colesterol				
Não	65	34 (82,9%)	31 (75,6%)	0,414
Sim	17	7 (17,1%)	10 (24,4%)	
DLP – Trig				
Não	64	33 (80,5%)	31 (75,6%)	0,594
Sim	18	8 (19,5%)	10 (24,4%)	
Tabagismo				
Não	29	19 (46,3%)	10 (24,4%)	0,038*
Sim	53	22 (53,7%)	31 (75,6%)	
CC				
Normal	31	13 (31,7%)	18 (43,9%)	0,255
Alterada	51	28 (68,3%)	23 (56,1%)	
IMC				
Normal	23	11 (26,8%)	12 (29,3%)	0,778
Sobrepeso	27	15 (36,6%)	12 (29,3%)	
Obesidade	32	15 (36,6%)	17 (41,5%)	

Tabela 4 - Comparação dos grupos de IMT segundo sexo, faixa etária e raça.

Variáveis	Total	IMT		p-valor
		0.9 – 1,5 (n=41)	≥ 1.5 (n=41)	
Sexo				
Masculino	37	15 (40,5%)	22 (59,5%)	0,120
Feminino	45	26 (57,8%)	19 (42,2%)	
Faixa Etária				
50 – 59 anos	28	20 (71,4%)	8 (28,6%)	0,013*
60 – 69 anos	24	11 (45,8%)	13 (54,2%)	
≥ 70 anos	30	10 (33,3%)	20 (66,7%)	
Cor				
Branco	38	16 (42,1%)	22 (57,9%)	0,184
Não branco	44	25 (56,8%)	19 (43,2%)	

DISCUSSÃO

Desde a descrição inicial do estudo de Framingham sobre os fatores de risco para desenvolvimento da aterosclerose, vários outros artigos confirmaram a importância da idade, tabagismo, diabetes melito, hipertensão e dislipidemia como situações que aumentam a chance de ocorrer essa doença^{19,20,21}.

Em um estudo onde foram acompanhados 2.589 pacientes com idade entre 48 e 85 anos, durante 7 anos, observou-se que idade (OR=3,2), diabetes (OR=1,7) e hipertensão (OR=1,5) foram associados com o desenvolvimento de claudicação intermitente²².

Pesquisadores avaliaram 6.979 pacientes com critérios de inclusão semelhantes aos do nosso estudo, sendo observada uma prevalência de ITB alterado de 29%. Além disso, a diabetes foi identificada como principal fator de risco (p=0,001)¹¹.

O The British Regional Heart Study observou uma prevalência de placa aterosclerótica carotídea de 49% em homens e 39% em mulheres que se encontravam com menos de 60 anos. Entretanto, quando avaliados os pacientes com mais de 70 anos, acontece um aumento para 65% e 75% para homens e mulheres, respectivamente. Nesse estudo, a maior prevalência de placa aterosclerótica deve-se ao fato de ter sido considerada como placa a MCMI maior que 1,2 mm, e não 1,5 mm²³.

Nossos achados mostraram a presença de DAP em 29,7% dos pacientes, através do ITB, e 34,7% pela MCMI. Percebeu-se que a MCMI identificou a doença em mais pacientes e de forma mais precoce quando comparada com o ITB. Esses dados estão de acordo com a literatura atual que demonstra a importância de se incluir, na rotina de pesquisa da aterosclerose, a MCMI carotídea^{24,25}.

Em relação aos fatores de risco, a idade foi a única característica que teve relação estatisticamente significativa com os dois exames. A diabetes mostrou uma tendência para o aparecimento da doença nos membros inferiores (p=0,051), enquanto o tabagismo foi identificado como fator importante no aparecimento da placa carotídea (p=0,038).

Saliente-se que foi possível diagnosticar a DAP através dos dois métodos selecionados e que, provavelmente, um número maior de pacientes mostraria a ocorrência de significado estatístico de outros fatores de risco, além da idade,

tabagismo e diabetes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou que a prevalência de DAP, na população estudada, é alta, estando de acordo com a literatura. A idade é fator de risco independente para o desenvolvimento da aterosclerose tanto no território carotídeo como nos membros inferiores, além disso, dos fatores de risco tradicionalmente descritos na literatura, podemos observar que existe uma prevalência aumentada nos tabagistas e uma tendência nos portadores de diabetes para o desenvolvimento dessa doença.

EVALUATION OF CLINICAL PROFILE IN PATIENTS WITH PERIPHERAL ARTERY DISEASE

ABSTRACT

The Peripheral Artery Disease (PAD) is the result of atherosclerotic disease in the limbs and carotid. The ankle-brachial index (ABI) and the measurement of the intima-media complex (MIMC) in the carotid arteries establish the diagnosis of PAD in the lower limbs and in the carotid, respectively, and it's related to the occurrence of cardiovascular events. The objective of this study was to evaluate the clinical profile of patients with PAD, diagnosed by the ABI and the MIMC. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Health Sciences Center, Federal University of Pernambuco - FUPE, under No. 426/2010 protocol. Time of collection was conducted from May to December 2011, 118 patients (48 men and 70 women) of the outpatient clinic for vascular surgery at the Hospital São Vicente de Paulo in João Pessoa - PB. We evaluated patients between 50 and 69 years, with diabetes or smoking habits, and all patients over 70 years who agreed to participate. The $ABI \leq 0.9$ was considered abnormal and carotid $MCMI \geq 1.5$ mm was defined as atherosclerotic plaque. Numerical variables were compared using the Mann-Whitney test, whereas categorical the chi-square or Fisher's exact test. The p value ≤ 0.05 was considered significant. The prevalence of $ABI \leq 0.9$ was 29.7% and 1.5 $MCMI \geq 34.7\%$. Age proved to be an important risk factor to develop atherosclerosis in both lower limbs ($p = 0.021$) and in the carotid arteries ($p = 0.013$). There was no difference in the clinical profile in patients assessed by ABI, however, smoking was considered statistically significant ($p = 0.038$) as assessed by the MCMI. The prevalence of ABI and / or abnormal MCMI were high. Age is a risk factor for PAD in the lower limbs and in the carotid arteries, and the MCMI was able to identify, as early as possible, the disease when compared to the ABI.

Key-words: Atherosclerosis. Peripheral Arterial Disease. Ultrasonography Doppler.

REFERÊNCIAS

1. Najjar SS, Scuteri A, Lakatta EG. Arterial aging: Is it immutable cardiovascular risk factor? *Hypertension* 2005; 46:454-462.
2. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, et al: Heart disease and stroke statistics – 2012 Update: A report from the American Heart Association. *Circulation* 2012; 125:12-230.

3. Raitakari OT, Juonala M, Kahonen M, Taittonen L, Laitinen T, et al. Cardiovascular risk factors in childhood and carotid artery intima-media thickness in adulthood: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Jama* 2003; 290(17):2271-2283.
4. Hixson JE. Apolipoprotein E polymorphisms affect atherosclerosis in Young males. *Arteriosclerosis and Thrombosis* 1991;11:1237-1244.
5. Lane HA, Smith JC, Davies JS. Noninvasive assessment of preclinical atherosclerosis. *Vasc Health Manag.* 2006; 2(1): 19-30.
6. Engelhorn CA, Engelhorn AL, Cassou MF, Zanoni CC, Gosalan CJ, Ribas E, Pacholok A, Koehler MF. Espessamento médio-intimal na origem da artéria subclávia direita como marcador precoce de risco cardiovascular. *Arq Bras de Cardiol.* 2006;87(5):609-614.
7. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *J Vasc Bras* 2007; 6 – Nº 3 - Supl 2 : S194-S259.
8. Bots ML, Hofman A, Grobbee DE. Common carotid intima-media thickness and lower extremity arterial atherosclerosis: The Rotterdam Study. *Arterioscler Thromb* 1994; 14:1885-1891.
9. Price JF, Tzoulaki I, Lee AJ, Fowkes GR. Ankle brachial index and intima media thickness predict cardiovascular events similarly and increased prediction when combined. *Journal of Clinical Epidemiology* 2007; 60:1067-1075.
10. Allan PL, Mowbray PI, Lee AJ, Fowkes GR. Relationship between carotid intima-media thickness and symptomatic and asymptomatic peripheral arterial disease: The Edinburgh Artery Study. *Stroke* 1997; 28:348-353.
11. Hirsh AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, Regensteiner JG, Creager MA, Olin J, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA* 2001; 286 (11): 1317-1324.
12. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *J Vasc Bras* 2007; 6 – Nº 3 - Supl 2 : S194-S259.
13. Bellen BV. Doppler Ultra-Som, Índice de Pressão e Prova de Esforço na Avaliação das Doenças Arteriais. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA, Giannini M, Moura R (eds.). *Doenças Vasculares Periféricas*. Rio de Janeiro; Guanabara-Koogan, 2008; 287-289.
14. Coll B, Feinstein SB. Carotid intima-media thickness measurements: techniques and clinical relevance. *Curr Atheroscler Rep* 2008; 10(5):444-50.
15. Touboul PJ, Hennerici MG, Meairs S, et al. Mannheim Intima-media thickness consensus (2004-2006). *Cerebrovasc Dis* 2007;23:75-80.
16. Roman MJ, Naqvi TZ, Gardin JM, Gerhard-Herman M, Jaff M, Mohler E. Clinical application of noninvasive vascular ultrasound in cardiovascular risk stratification: a report from the American Society of Echocardiography and the Society of Vascular Medicine and Biology. *J Am Soc Echocardiogr* 2006; 19:943-954.
17. Pignoli P, Tremoli E, Poli A, Oreste P, Paoletti R. Intimal plus medial thickness of the arterial wall: a direct measurement with ultrasound imaging. *Circulation* 1986; 74(6):1399-1406.
18. Touboul PJ, Hennerici MG, Meairs S, et al. Mannheim Intima-media thickness consensus. *Cerebrovasc Dis* 2004;18:346-349.
19. Selvin E, Erlinger TP. Prevalence of and risk factors for peripheral arterial disease in the United States. *Circulation* 2004;110:738-743.

20. Hirsh AT, Haskal ZJ, Hertzner NR, Bakal CW, Creager MA, Halperin JL, et al. ACC/AHA 2005 guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric and abdominal aortic). *J Am Coll Cardiol* 2006; 47(6):1239-312.
21. Resnick HE, Lindsay RS, McDermott MM, Devereux RB, Jones KL, Fabsitz RR, et al. Relationship of high and low ankle brachial index to all cause and cardiovascular disease mortality: the Strong Heart Study. *Circulation* 2004;109(6):733-739.
22. Hooi JD, Kester AD, Stoffers HE *et al.* Asymptomatic peripheral arterial occlusive disease predicted cardiovascular morbidity and mortality in a 7 year follow-up study. *J Clin Epidemiol* 2004; 57:294-300.
23. Ebrahim S, Papacosta O, Whincup P, Wannamethee G, Walker M, et al. Carotid plaque, intima media thickness, cardiovascular risk factors, and prevalent cardiovascular disease in men and women: The British Regional Heart Study. *Stroke* 1999; 30(4):841-850.
24. Lorenz MW, Markus HS, Bots ML, Rosvall M, Sitzer M. Prediction of clinical cardiovascular events with carotid intima-media thickness: a systematic review and meta-analysis. *Circulation* 2007; 115:459-467.
25. Keo HH, Baumgartner I, Hirsch AT, Duval S, Steg PG, Pasquet B, et al. Carotid plaque and intima-media thickness and the incidence of ischemic events in patients with atherosclerotic vascular disease. *Vasc Med* 2011;16(5):323-330.

Recebido em: 15.08.14 Aceito em: 23.03.15
--

FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UM ESTUDO DE COORTE DE HIPERTENSOS

Iara Medeiros de Araújo¹
Neir Antunes Paes²

RESUMO

Estudos de porte populacional referente à coorte para hipertensão no Brasil ainda apresentam-se escassos. Avaliar a qualidade dos serviços oferecidos a população hipertensa, devem ser enfatizada e informada para os gestores de saúde sobre sua relevância nas atividades dos serviços. Este trabalho tem como objetivo de investigar a associação dos fatores de riscos com a hipertensão de uma coorte com todos os hipertensos, partindo de uma amostra probabilística dos usuários acima de 20 anos, das 180 equipes de saúde cadastradas nas Unidades de Saúde da Família pelo Programa Hiperdia na capital do estado da Paraíba, João Pessoa. Utilizou-se um modelo de regressão logística através da razão de chances, com intervalo de confiança de 95%, e nível de significância de 5%. A representatividade total dos usuários era 73,8% mulheres e 26,2% homens. A proporção de usuários hipertensos não controlados em relação ao sexo apresentou 81,8% de mulheres e 82,2% de homens. A idade mais prevalente foi ≥ 60 anos com 52,5% ao longo dos três anos. Os resultados mostraram uma associação da hipertensão com a circunferência da cintura (CC) ao longo dos três anos da pesquisa, terminando em 2011 com uma razão de chances de 2,53 vezes significativamente maior ($p < 0,01$) de serem hipertensos em relação aqueles com CC normal. Durante o ano de 2009, verificou-se também associação significativa da hipertensão com a idade e com a razão cintura/quadril (RCQ). As medidas antropométricas apresentaram alta associação com a pressão arterial sistêmica, onde indicadores de obesidade, entre eles: índice de massa corporal, relação cintura/quadril e circunferência da cintura alterada podem favorecer um aumento do risco para doenças cardiovasculares, o que sugere um maior envolvimento das autoridades acerca deste agravo e maior incentivo aos pesquisadores no desenvolvimento de estudos que visem à melhoria da saúde pública, especialmente no combate a hipertensão e a obesidade.

Palavras-chave: Pressão arterial. Obesidade. Prevalência.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas voltadas ao cuidado com a saúde da população vêm atuando de maneira a desenvolver melhor o desempenho assistencial para as ações primárias em saúde (promoção e prevenção) com o intuito de diminuir e eliminar os riscos provocados pelo próprio estilo de vida da população. Associada a esse estilo, a doença mais prevalente na atualidade é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)¹.

Considerado um processo lento, crônico e permanente para a análise clínica, o não tratamento da hipertensão pode desencadear complicações mais preocupantes como o surgimento de doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca (IC) e doença arterial coronariana (DAC)^{2,3}, sendo necessário o controle adequado

¹ Doutora em Ciências da Saúde. Professora da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE. E-mail: imedeiros_araujo@yahoo.com.br. End.: Rua Hermelinda Henrique de Araújo, 105, João Pessoa, Paraíba, Brasil, CEP: 58051020.

² Doutor em Demografia. Professor Associado da Universidade Federal da Paraíba. Paraíba, Brasil.

desses pacientes no que concerne a hábitos dietéticos, atividade física, terapia medicamentosa e orientações educacionais, tornando possível o controle e a redução de mortalidade por este agravo⁴.

Por se tratar de um problema com repercussão nacional e internacional, e por estar intimamente ligada a doenças coronarianas, torna-se importante sua investigação bem como dos principais fatores envolvidos com o seu aparecimento^{5,6}.

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontam uma prevalência acima de 30% de seu acometimento, com mais de 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% para maiores de 70 anos^{7,8,9}.

No entanto, estudos direcionados a essa linha de atuação, no Brasil, estão atrelados aos recortes de pesquisas transversais, perdendo, assim, o acompanhamento do tratamento desses agravos no cotidiano dos serviços. É sabido que análises de coorte contribuem enormemente para o entendimento a médio ou longo prazo das ações desenvolvidas nesse setor, assim como para avaliar se o planejamento e programação direcionados aos hipertensos vêm sendo aplicado de maneira eficaz.

Por entender que a hipertensão arterial quando não controlada pode levar ao aparecimento de doenças coronarianas e que as unidades de saúde da família apresentam-se como responsáveis para seu controle a partir do programa hiperdia advindo do próprio Ministério da Saúde, este trabalho tem como objetivo de investigar a associação dos fatores de riscos com a hipertensão de uma coorte com todos os hipertensos, partindo de uma amostra probabilística dos usuários acima de 20 anos, das 180 equipes de saúde cadastrados nas Unidades de Saúde da Família pelo Programa Hiperdia na capital do estado da Paraíba, João Pessoa.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um recorte do estudo referente a uma coorte de usuários adultos maiores de 19 anos, hipertensos, cadastrados no Programa Hiperdia nas Unidades de Saúde da Família no período de 2006/2007 em João Pessoa, Paraíba, cuja metodologia da construção da coorte encontra-se detalhada^{10,11}.

A população do município de João Pessoa dispõe de 180 equipes de saúde da família, distribuídas em 5 distritos sanitários, além dos serviços de média e alta complexidade, compreendendo uma cobertura da ESF de 85%.

Foram realizados sorteios aleatórios com todos os hipertensos a partir de uma amostra probabilística dos usuários hipertensos, pelo SIAB¹². Compuseram a amostra 343 usuários hipertensos, entrevistados nos anos de 2009, 2010 e 2011, totalizando 23 perdas nos três anos de estudo, especificamente no ano de 2010. Tais perdas relacionam-se a óbitos, recusa da entrevista, mudança residencial.

Como etapas da coleta de dados, temos: análise das fichas dos usuários cadastrados no período de 2006 e 2007; prontuário em 2008 para o preenchimento das medidas inseridas no estudo; coleta dos dados secundários no formulário e pactuação com a equipe para as visitas domiciliares dos entrevistados em 2009, 2010 e 2011¹³.

Participaram da coleta das informações estudantes e profissionais da saúde. Houve calibração para aplicação do formulário e padronização quanto à aferição das medidas antropométricas e da pressão arterial entre todos os integrantes da pesquisa. A técnica padronizada seguiu o Manual de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)¹⁴ para as variáveis antropométricas e o de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus preconizado pelo Ministério da Saúde para a Pressão Arterial

(PA)¹⁵. As informações demográficas e a referente ao sedentarismo foram obtidas dos participantes por meio de um formulário, previamente testado.

As medidas da PA foram realizadas em mmHg, obtida com um esfigmomanômetro com coluna de mercúrio, modelo DS44 e marca Welch Allyn. Os aparelhos foram aferidos periodicamente para comprovação da precisão. Sendo a pressão aferida em dois momentos: o primeiro, no início da entrevista e a segunda ao término. Foram considerados hipertensos os indivíduos com valor de PA sistólica > 140 mmHg e/ou PA diastólica > 90 mmHg.

Para os valores de massa corporal e estatura, os participantes foram pesados por meio de balanças da marca LIDER, aprovada pelo INMETRO, com precisão de 100g. medidas em estadiômetro da marca SECA, modelo 206, com precisão de 0,1 cm). O sobrepeso foi determinado por meio do índice de massa corporal (IMC = massa corporal em kg/estatura em m²), de acordo com a classificação recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁶, nas seguintes categorias: IMC < 18,5 kg/m² (baixo peso); IMC > 25 kg/m² (excesso de peso); e IMC > 30 kg/m² (obesos).

Para a medição da Circunferência da Cintura e Quadril, foi usada a fita métrica inextensível com precisão de 0,1cm. Utilizou-se como ponto de corte para o estabelecimento da obesidade abdominal, a partir da cintura-quadril (RCQ), o valor de 0,8 para mulheres 0,94 para homem, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde^{16,17}.

Além da aferição das variáveis antropométricas e de pressão, foram obtidas informações sobre o sexo (masculino, feminino), idade (<60 e ≥ 60 anos) e o sedentarismo (sim ou não).

A fim de investigar a pressão arterial como variável dependente, verificou-se a associação entre a hipertensão e os fatores de risco antropométricos (circunferência da cintura, razão cintura/quadril), sexo, idade e sedentarismo, durante os três anos da coorte, cujos pesos das variáveis independentes foram estimados pela aplicação do modelo de regressão logística através da razão de chances (*Odds Ratio ajustado*), com intervalo de confiança de 95%, e nível de significância de 5%.

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do software SPSS, versão 13.0 nos três momentos da entrevista. Este estudo seguiu a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos¹⁸, que garante o sigilo das informações, privacidade e seu consentimento livre e esclarecido. Foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina Nova Esperança, sob o protocolo nº 174/2009, CAAE n.5001.0.000.351-09.

RESULTADOS

Os resultados referem-se aos três anos consecutivos da coorte de hipertensos, em 2009, 2010 e 2011. A amostra foi realizada em 343 hipertensos cadastrados no hiperdia no ano de 2009, tendo uma perda de 23 (6,7%) participantes em 2010, mas permanecendo os 320 integrantes em 2011. As prevalências das variáveis ano a ano encontram-se na Tabela 1.

Dentre os hipertensos, em 2009, houve um predomínio de mulheres com hipertensão não controlada (HNC) obtendo valor de 73,7% do total dos usuários e 26,3% dos homens na mesma categoria. Os hipertensos controlados (HC) apresentaram valores de 74,2% para as mulheres e 25,8% para os homens. Estes percentuais seguiram a mesma tendência nos anos posteriores. Com relação ao sexo feminino, o percentual de HNC para os anos 2009, 2010 e 2011 foram respectivamente: 81,8%, 78,7% e 78,3%. Para o sexo masculino, os percentuais

foram: 82,2% (2009), 82,4 (2010) e 76,5% (2011).

Os usuários acima de 60 anos foram maioria na pesquisa, com 52,5%; valor este constante durante os três anos. Para esta faixa etária, em 2009, o percentual de HNC foi 56,9%. Nos demais anos, ainda nesta faixa etária, os resultados foram: 54,6% (2010) e 52,6 (2011). Porém, entre os usuários abaixo de 60 anos, as taxas de HNC para cada ano (2009, 2010 e 2011), respectivamente, foram: 76,1%, 77,8% e 77,6%. Do total de idosos com idade igual ou maior que 60 anos, aqueles com HNC apresentaram os seguintes percentuais: 87,2%, 85,6 e 78,0% nos anos considerados.

Referente à Circunferência da Cintura (CC), aqueles hipertensos na categoria risco foram maioria, cujos percentuais totais apresentaram: 80,2% (2009), 90,6% (2010) e 88,8% (2011). Observando-se os hipertensos com CC normal, os percentuais de HNC em 2009, 2010 e 2011 foram respectivamente: 73,5%, 63,3% e 61,1%. Nos considerados em risco, tais percentuais aumentaram para: 84,0% (2009), 81,4% (2010) e 79,9% (2011). Segundo a classificação das medidas antropométricas para CC, a pesquisa descreveu um risco crescente e elevado para o acúmulo de adiposidade, principalmente entre os HNC durante o triênio, com a CC de 82,2% (2009), 92,5% (2010) e 91,2% (2011).

De acordo com a Tabela 2, os hipertensos com CC em risco apresentaram, em 2009, uma razão de chance de 1,89 vezes significativamente maior ($p < 0,05$) de terem pressão não controlada do que aqueles com pressão controlada. Em 2010, este valor aumentou para 2,52 ($p < 0,05$), e em 2011 esta razão de chances aumentou, apresentando um valor de 2,53 vezes significativamente maior ($p < 0,05$) de serem HNC.

Entre os hipertensos, cerca de 80% apresentaram-se obesos nos três anos da pesquisa. Nos HNC, a magnitude dos percentuais de obesos foi de 79,7% em 2009, 83,1% em 2010 e 83,9% em 2011. Para os HC, este aumento de peso se definiu em 75,8%, 81,5%, 74,6% a cada ano.

Observa-se que 70,8% dos HNC informaram praticarem atividade física em 2009, não acontecendo o mesmo em 2010 (56,1%) e em 2011 (66,3%). Nos HC, 72,6% ressaltaram a prática de exercícios físicos em 2009, 44,6% em 2010 e apenas 32,4% em 2011.

Com relação ao risco, a Tabela 2 mostra as associações entre a variável categórica dependente (hipertensão) e independentes (sexo, idade, obesidade, CC, RCQ e sedentarismo), utilizando os três anos da coorte. Na análise bivariada realizada, verificou-se que, em 2009, a chance dos entrevistados acima de 60 anos não controlarem a pressão foi 2,14 vezes significativamente maior ($p < 0,005$) em relação aos hipertensos com idade inferior a 60 anos.

Em se tratando da RCQ alterada, para os indivíduos com HNC, esse risco foi mais evidente em 2009, com uma razão de chance de 2,03 vezes significativamente maior de serem hipertensos não controlados em relação aos usuários com pressão arterial controlada, com p-valor de 0,028.

Nas demais variáveis (sexo, idade, obesidade, CC, RCQ e sedentarismo), não foi evidenciada associação significativa com a hipertensão ao longo dos três anos estudados. As exceções ficaram para a variável obesidade em 2011, ficando no limite de $p < 0,05$, sugerindo que os hipertensos obesos tinham 1,15 vezes mais chance de serem hipertensos não controlados em relação aqueles não obesos.

Tabela 1 - Número e percentual por condição de hipertensão segundo variáveis: sexo, idade, antropométricas e sedentarismo nas entrevistas realizadas em 2009, 2010 e 2011, João Pessoa-PB.

Variáveis	Hipertenso							
	HC			HNC			Total	
	n	(%)	%*	n	(%)	%*	n	%total
Entrevista 2009	Sexo	Feminino	46 (74,2)	18,2	207 (73,7)	81,8	253	73,8
		Masculino	16 (25,8)	17,8	74 (26,3)	82,2	90	26,2
	Idade	< 60	39 (62,9)	23,9	124 (44,1)	76,1	163	47,5
		≥ 60	23 (37,1)	12,8	157 (55,9)	87,2	180	52,5
	CC	Normal	18 (29,0)	26,5	50 (17,8)	73,5	68	19,8
		Risco	44 (71,0)	16,0	231 (82,2)	84,0	275	80,2
	RCQ	Normal	17 (27,4)	27,9	44 (15,7)	72,1	61	17,8
		Risco	45 (72,6)	16,0	237 (84,3)	84,0	282	82,2
	Obesidade	não	15 (24,2)	20,8	57 (20,3)	79,2	72	21,0
		sim	47 (75,8)	17,3	224 (79,7)	82,7	271	79,0
Sedentário	não	45 (72,6)	18,4	199 (70,8)	81,6	244	71,1	
	sim	17 (27,4)	17,2	82 (29,2)	82,8	99	28,9	
Entrevista 2010	Sexo	Feminino	50 (76,9)	21,3	185 (72,5)	78,7	235	73,4
		Masculino	15 (23,1)	17,6	70 (27,5)	82,4	85	26,6
	Idade	< 60	34 (58,6)	22,2	119 (45,4)	77,8	153	47,8
		≥ 60	24 (41,4)	14,4	143 (54,6)	85,6	167	52,2
	CC	Normal	11 (16,9)	36,7	19 (7,5)	63,3	30	9,4
		Risco	54 (83,1)	18,6	236 (92,5)	81,4	290	90,6
	RCQ	Normal	4 (6,2)	14,8	23 (9,0)	85,2	27	8,4
		Risco	61 (93,8)	20,8	232 (91,0)	79,2	293	91,6
	Obesidade	não	12 (18,5)	21,8	43 (16,9)	78,2	55	17,2
		sim	53 (81,5)	20,0	212 (83,1)	80,0	265	82,8
Sedentário	não	29 (44,6)	20,6	112 (43,9)	79,4	141	44,1	
	sim	36 (55,4)	20,1	143 (56,1)	79,9	179	55,9	
Entrevista 2011	Sexo	Feminino	51 (71,8)	21,7	184 (73,9)	78,3	235	73,4
		Masculino	20 (28,2)	23,5	65 (26,1)	76,5	85	26,6
	Idade	< 60	34 (47,9)	22,4	118 (47,4)	77,6	152	47,5
		≥ 60	37 (52,1)	22,0	131 (52,6)	78,0	168	52,5
	CC	Normal	14 (19,7)	38,9	22 (8,8)	61,1	36	11,3
		Risco	57 (80,3)	20,1	227 (91,2)	79,9	284	88,8
	RCQ	Normal	7 (9,9)	22,6	24 (9,6)	77,4	31	9,7
		Risco	64 (90,1)	22,1	225 (90,4)	77,9	289	90,3
	Obesidade	não	18 (25,4)	31,0	40 (16,1)	69,0	58	18,1
		sim	53 (74,6)	20,2	209 (83,9)	79,8	262	81,9
Sedentário	não	23 (32,4)	21,5	84 (33,7)	78,5	107	33,4	
	sim	48 (67,6)	22,5	165 (66,3)	77,5	213	66,6	

*% referente a categoria da linha;

HC = Hipertensos Controlados; HNC = Hipertensos não Controlados; CC = Circunferência da Cintura; RCQ = Razão Cintura Quadril.

Tabela 2 – OddsRatio e valor de p segundo variáveis sexo, idade, antropométricas e sedentarismo nas nas entrevistas dos hipertensos em 2009, 2010 e 2011, João Pessoa-PB.

	Variáveis	OR _{ajust} (IC _{95%})	p
Entrevista 2009	Sexo	Feminino	1
		Masculino	1,02(0,5-1,9)
	Idade	< 60	1
		≥ 60	2,14(1,2-3,8)
	CC	Normal	1
		Risco	1,89(1,0-3,5)
	RCQ	Normal	1
		Risco	2,03(1,1-3,9)
Obesidade	não	1	
	sim	1,25(0,7-2,5)	
Sedentário	não	1	
	sim	1,06(0,6-1,9)	
Entrevista 2010	Sexo	Feminino	1
		Masculino	1,26(0,7-2,4)
	Idade	< 60	1
		≥ 60	1,25(0,7-2,2)
	CC	Normal	1
		Risco	2,52(1,1-5,6)
	RCQ	Normal	1
		Risco	0,66(0,2-1,9)
Obesidade	não	1	
	sim	0,89(0,4-1,8)	
Sedentário	não	1	
	sim	0,97(0,6-1,7)	
Entrevista 2011	Sexo	Feminino	1
		Masculino	0,90(0,5-1,6)
	Idade	< 60	1
		≥ 60	1,02(0,6-1,7)
	CC	Normal	1
		Risco	2,53(1,2-5,3)
	RCQ	Normal	1
		Risco	1,02(0,4-2,5)
Obesidade	não	1	
	sim	1,15(1,0-1,4)	
Sedentário	não	1	
	sim	1,06(0,6-1,9)	

* $p < 0,05$;

HC = Hipertensos Controlados; HNC = Hipertensos não Controlados; CC = Circunferência da Cintura; RCQ = Razão Cintura Quadril.

Um fenômeno que vem se configurando nas últimas décadas em todo o Brasil é o envelhecimento populacional com um predomínio de mulheres (IBGE)¹⁹. Neste estudo, o contingente de hipertensos foi majoritariamente de idoso (52%) e do sexo feminino (73,8%). Essa predominância demonstrada tem sido evidenciada em estudos voltados a hipertensão^{11,20,21}. Alguns pesquisadores avaliam que as mulheres são as que mais procuram os serviços de saúde pela própria condição reprodutiva e fisiológica, e por se preocupar mais com um envelhecimento saudável²².

Mesmo com maiores cuidados com a saúde em relação aos homens, a prevalência das usuárias com hipertensão não controlada (HNC) foi muito elevada em João Pessoa, oscilando entre 77% e 82% no período da coorte. Tais magnitudes são preocupantes, não evidenciando um controle pressórico esperado, tendo em vista que a proposta do programa Hiperdia é monitorar os pacientes dentro das Unidades de Saúde da Família (USF) para manter a pressão arterial dos seus usuários controlados.

Com o Hiperdia, o Ministério da Saúde buscou trabalhar a reorientação da assistência do atendimento aos hipertensos de maneira a fornecer medicação gratuita e o acompanhamento de suas condições clínicas, mas fica claro a importância da avaliação contínua do programa em termos de adesão medicamentosa, vínculo paciente e profissional, participação ativa do indivíduo e a própria capacitação profissional^{23,24}.

Estudos demonstram a gravidade de uma circunferência abdominal dos indivíduos aumentada, porque representa risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis^{25,26,27}.

Pesquisa usando a metanálise observou que a Circunferência da Cintura (CC) é considerada um fator de risco para as doenças cardiovasculares, evidenciando que o aumento de um centímetro da CC pode aumentar em 2% o risco para tais doenças²⁸. Acredita-se que medidas elevadas da CC levam ao aumento no risco de complicações vasculares devido principalmente à heterogeneidade das propriedades metabólicas e localização anatômica dos adipócitos, o que poderia levar à resistência da ação da insulina e o aparecimento de doenças relacionadas²⁹.

A relação CC (Circunferência da Cintura) e RCQ (Razão Cintura Quadril) dos indivíduos no presente estudo reforçaram a íntima associação dessas variáveis com a hipertensão, apontando o risco elevado para as pessoas que apresentaram um aumento na região abdominal identificadas por essas variáveis, sendo mais evidentes e mais alarmantes nos HNC. Nestes, os percentuais para CC aumentaram sistematicamente de 82% para 91%, e para a RCQ o aumento foi de 84% para 90% no período de estudo.

Com relação aos usuários com CC em risco, os testes mostraram uma associação significativa com a hipertensão nos três anos ($p < 0,05$), apresentando, em 2009, uma razão de chance de 1,89 vezes significativamente maior de terem pressão não controlada em relação àqueles com CC normal. Em 2010 e 2011, esta magnitude aumentou, ficando em torno de 2,52.

Embora a *Odds ratio* tenha sido significativa apenas para o ano 2009 com um valor de 2,03 ($p < 0,05$) para os hipertensos com RCQ em risco de terem a HNC comparado aos hipertensos sem risco, a tendência para os demais anos é sugestiva sobre questionamentos acerca dos serviços e monitoramento do programa executado pela equipe de saúde da família no município, especialmente quando corroborado por outros estudos.

Por sua vez, foi observada uma alta relação da obesidade com os HNC (em torno de 88%) no período, apesar de que uma evidência estatística significativa ter sido verificada apenas para 2011. Ressalta-se que a obesidade é considerada o principal fator de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares³⁰; além disso, a obesidade associada à patologia aterosclerótica pode levar a complicações coronarianas e aneurisma cerebral³¹. Por isso, as atividades voltadas aos serviços de rotina para os hipertensos devem focar a análise da antropometria como medida de prevenção ao combate dessas patologias.

Diversos autores afirmam que o sedentarismo é considerado um dos fatores de risco para a não estabilidade dos níveis pressóricos, favorecendo o acúmulo de energia, que leva ao sobrepeso/obesidade, por isso, a necessidade do gasto energético via prática de atividade física^{32,33,34}.

O estudo da coorte analisada aqui mostrou oscilação nos três anos de estudo quanto ao percentual de sedentarismo, principalmente para aqueles com a HNC, mas com tendência para a não prática de exercícios físicos. Embora não tenha sido estatisticamente evidenciado significância, os resultados obtidos sugerem uma alarmante ascensão dos hipertensos com mais de 130% de aumento no período, passando de 28,9% para 66,6%, mesmo tendo observado uma redução do sedentarismo nos hipertensos não controlados de 82,8% para 77,5% no período estudado.

Contudo, admitindo que a ESF necessite rever sua prática de atenção ao hipertenso, é preciso ter em conta que o controle da hipertensão arterial envolve principalmente a conscientização das pessoas para mudanças de hábitos e comportamentos adequados. É preciso ter a percepção de que elas ocorrem de maneira gradativa; e que podem ser promovidas por meio de atenção individual, compreendendo as necessidades específicas e contínuas, de modo que sejam mantidas por toda vida.

Para isso, estratégias educacionais, como rodas de conversas sobre as dificuldades de manutenção dos níveis pressóricos, tornam-se essenciais para o planejamento das ações voltadas para grupos prioritários inseridos na atenção primária de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo reforça a importância da inclusão das medidas antropométricas na avaliação dos hipertensos cadastrados no Hiperdia, uma vez que os resultados encontrados para o município de João Pessoa demonstraram associação positiva com essas variáveis (CC e RCQ).

A obesidade, mesmo não apresentando valores estatisticamente significativos para a hipertensão, sugere uma forte relação particularmente para os usuários com HNC, o que indica sua aplicabilidade na prática clínica, tendo em vista seu poder potencializado quando somado aos indicadores antropométricos (CC e RCQ) para o desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica.

Este estudo de coorte aponta vários meios mensuráveis que o programa Hiperdia por si só não está dando resposta em sua execução. Medidas mais efetivas devem ser introduzidas no processo de avaliação desse programa para melhoria dos resultados, tais como: capacitação permanente dos profissionais, tendo em vista a rotatividade de muitos deles; política de acompanhamento para uma saudável alimentação pelos integrantes das equipes das Unidades de Saúde da Família, com a introdução de nutricionistas e programas de atividades físicas com

acompanhamento de profissional específico na área, pois mesmo com o Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) inserido, a demanda populacional exige maior vigilância no controle da hipertensão arterial.

RISK FACTORS FOR HYPERTENSION IN A COHORT STUDY OF HIPERTENSIVE INDIVIDUALS

ABSTRACT

The cohort studies of population related to hypertension in Brazil still present scarce. Assess the quality of services offered to hypertensive population, should be emphasized and informed to health managers about its relevance in the activities of the services. This study aims to investigate the association of risk factors with hypertension of a cohort with all hypertensive, starting from a random sample of users over 20 years old, from 180 health teams enrolled in the Family Health Units by Hiperdia Program in the capital of the state of Paraíba, João Pessoa. It was used a logistic regression model by odds ratio with a confidence interval of 95% and a significance level of 5%. A fully representative of users was 73.8% women and 26.2% men. The proportion of uncontrolled hypertensive users in relation to sex showed 81,8% women and 82,2% men. The most prevalent age was ≥ 60 years with 52.5% over the three years. The results showed an association of hypertension with waist circumference (WC) over the three years of research, ending in 2011 with a significantly higher odds ratio of 2.53 times ($p < 0.01$) of being hypertensive compared those with normal WC. During the year 2009 there was also a significant association of hypertension with age and with the waist/hip ratio (WHR). Anthropometric measurements showed high correlation with blood pressure, where obesity indicators, including body mass index, waist/hip ratio and abnormal waist circumference may favor an increased risk for cardiovascular disease, suggesting a greater involvement the authorities about this disease and greater incentive for researchers to develop studies aimed at improving public health, especially in the fight against hypertension and obesity.

Key-words: Blood pressure. Obesity. Prevalence.

REFERÊNCIAS

1. Custodio IL, Lima FET, Almeida MI de, Silva LF, Monteiro ARM. Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011, jan-fev; 64(1):18-24.
2. Noblat AC, Lopes GB, Lopes AA. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referencia. *Arq Bras cardiol*. 2004; 83 (4): 308-13.
3. Magalhães MAC, Brandão AA, Pozzan R, Campana EMG, Fonseca FL, Pizzi OL, Brandão AP. Prevenção da hipertensão arterial: Para quem e quando começar? *Rev Bras Hipertens* 2010.17(2):93-97.
4. Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion D Jr. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertensão* 2009; 16 (1): 38-43.
5. Joint National Committee. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. [S.l.s.n.], 1997.70p. (NIH Publication, n.98-4080).
6. Mancini MC, Carra MK. Dificuldade diagnostica em pacientes obesos: parte I.[citado em maio 2013] *Rev Abeso* 2001; 3(3). Disponível em:

<http://www.abeso.org.br>.

7. Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FAH, Bertolami MC, Afiune Neto A, Souza AD et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose: Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2007; 88 (supl.1):2-19.
8. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JF, Ciorlia LA, Godoy MR, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto-SP. Arq Bras Cardiol.2008;91(1); 31-5.
9. Rosário TM, Scala LC, França GV, Pereira MR, Jardim PC. Prevalencia, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres- MT. Arq Bras Cardiol.2009; 93(6):672-8.
10. Paes NA. Projeto: avaliação da efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do nordeste do Brasil. João Pessoa (Pb): UFPB; 2008 Out.
11. Silva CS, Paes NA, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Silva ATMC, Araújo JSS. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. REUSP, 2013; 47(3):517-764.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
13. Nascimento INA de, Araújo IM de, Soares MESM, Paes NA. Associação da hipertensão arterial com as medidas antropométricas em mulheres assistidas no programa Hiperdia. Fisioterapia Brasil 2012; 13 (6):154-158.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Vigilância alimentar e nutricional – Sisvan. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2008.
15. Ministério da Saúde (BR). Plano de reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
16. World Health Organization- Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series n. 854. Geneva: WHO; 1995.
17. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic- Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; 1998.
18. Conselho nacional de saúde (BR). Resolução n.196/96. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília(DF): Conselho Nacional de Saúde;1996.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censos demográficos. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [site da Internet]. [acesso 2010 dez 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
20. Kumpel DA, Sodré AC, Pomatti DM, Scortegagna HM, Filippi J, Portella MR et al. Obesidade em idosos acompanhados pela estratégia de saúde da família.Texto Contexto Enferm. 2011;20 (3): 271-7.
21. Guedes MVC, Araújo TL de, Lopes MVO, Silva LF de, Freitas MC de, Almeida PC de. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. Rev Bras Enferm.2011;64 (6): 1038-42.
22. Sousa AL. Educando a pessoa hipertensa. In: Pierin AMG, Organizadora. Hipertensão arterial- Uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole; 2005.p.165-184.

23. Martins LC, Martins LMB, Ubaid-Girioli S, Moreno Jr H. Tratamento medicamentoso do paciente com hipertensão de difícil controle. Rev Bras Hipertens.2008;15 (1):28-33.
24. Manfroi A, Oliveira FA. Dificuldade de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev Bras Med Fam Com. 2006;2 (7): 165-76.
25. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS. Prevalencia de obesidade abdominal em hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. Arq Bras Cardiol. 2010 Jun; 94 (6):754-62.
26. Silva JLT, Barbosa DS, Oliveira JÁ, Guedes DP. Distribuição centrípeta da gordura corporal, sobrepeso e aptidão cardiorrespiratória: associação com sensibilidade insulínica e alterações metabólicas. Arq Bras Endocrinol Metab. 2006;50(6): 1034-1040.
27. Velasquez-Meléndez KG, Tavares R, Silva CQ, Garcia ES. Evaluation of waist circumference to predict general obesity and arterial hypertension in women in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Brasil. Cad Saúde Pública. 2002;18(3): 765-71.
28. Koning L, Merchant AT, Pogue J, Anad SS. Waist circumference and waist-to-hip ratio as predictors of cardiovascular events; meta-regression analysis of prospective studies. Eur Heart J. 2007;28 (7):850-856.
29. Blumenthal JÁ, Sherwood A, Gulleto EC. Exercise and weight loss reduce blood pressure in men and women with mild hypertension: effects on cardiovascular, metabolic, and hemodynamic functioning. Arch Intern Med. 2000;16 (13): 1947-58.
30. Sociedade Brasileira de Hipertensão V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo (SP): SBH;2006.
31. Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FAH, Bertolami MC, Afiune Neto A, Souza AD et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose: Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2007; 88 (supl.1):2-19.
32. Guimarães AC. Hipertensão como fator maior para aterosclerose. Rev Bras Hiperten. 2000. Out-dez; 6 (4):142-3.
33. Krause MP, Hallage T, Gama MP, Miculis CP, Matuda NS, Silva SG. Associação de aptidão cardiorrespiratória e circunferência abdominal com a hipertensão em mulheres idosas brasileiras. Arq Cardiol.2009;93(1):2-8.
34. Laterza MC, Rondon MUPB, Negrão CE. Efeito anti-hipertensivo do exercício. Ver Bras Hipertens. 2007; 14 (2):104-11.

Recebido em: 14.08.14 Aceito em: 24.03.15
--

PERFIL DE USUÁRIOS DE DROGAS EM CENTROS TERAPÊUTICOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Bruno Moura Lacerda¹
Germana Mariz Queiroga Veras Pinto²
Sarah Mariz Queiroga Veras Pinto³
Maria Anunciada Agra de Oliveira Salomão⁴

RESUMO

O uso indiscriminado de substâncias psicoativas tornou-se um fenômeno mundial. Apesar de o consumo destas substâncias datar dos primórdios da humanidade, os problemas decorrentes do uso abusivo e da dependência química têm sido relatados recentemente. A dependência química, constituindo-se um grave problema de saúde pública, causa uma série de prejuízos socioeconômicos, ocupacionais, psicológicos e físicos aos seus usuários. Há registros de mudanças ocorridas no perfil dos consumidores de substâncias psicoativas, ao longo dos anos, em decorrência da difusão de variados tipos de drogas e da iniciação do consumo em idade cada vez mais precoce. Neste contexto, desenvolveu-se o presente artigo, com o objetivo de investigar o perfil de usuários de drogas, internos em dois Centros Terapêuticos do Estado do Rio Grande do Norte-Brasil. Buscou-se, em estudos da especializados, estabelecer conexões entre prazer e vício, para uma melhor compreensão da dependência química. A metodologia desenvolve-se sob a forma de estudo documental e a pesquisa empírica baseou-se na coleta de dados extraídos de prontuários médicos de pacientes internos, no período compreendido entre outubro de 2013 a março de 2014, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob protocolo nº 155/14. O estudo foi desenvolvido com quarenta e dois (n=42) pacientes do sexo masculino, adultos jovens, de meia idade e idosos, internos nos referidos Centros, destinados ao tratamento e à reabilitação de dependentes químicos. A partir das análises realizadas, pôde-se concluir que o perfil mais recorrente de dependentes de substâncias psicoativas, assistidos naqueles Centros, corresponde a indivíduos solteiros, adultos jovens, não brancos, com certo grau de escolaridade, dependentes de cocaína/crack, com histórico de mais de uma internação, consumo iniciado em idade precoce e, quase a totalidade, a partir do uso de álcool. O conhecimento do perfil de usuários de substâncias psicoativas torna-se um referencial relevante, para fundamentar políticas públicas de prevenção e de combate ao uso de drogas e à oferta de tratamento aos usuários.

Palavras-chave: Dependência química. Saúde mental. Usuários de drogas.

¹ Especialista em Psiquiatria pela Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, Capacitado profissionalmente em Medicina do Sono pelo Instituto do Sono de São Paulo, Pós-graduado em Dependência Química pelo Instituto Superior de Educação de Minas Gerais. Endereço: Rua Santos Coelho Neto, número 495, Edifício Vancouver, apto. 101. Bairro: Manaíra. Cidade: João Pessoa CEP: 5838451. Telefone: (83) 8730-8393. E-mail: brunomedjpa@hotmail.com.

² Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança. Atualmente, R1 em Oftalmologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

³ Acadêmica do Curso de Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE.

⁴ Orientadora Profa. Médica pela Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE. Endereço: Av. Ingá, 250. Bairro Manaíra – João Pessoa/PB. Fone: (83) 3227-0175. E-mail: masagra40@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas, sempre, esteve presente ao longo da história da humanidade. Registros históricos revelam que o homem, sempre, buscou formas de alterar o seu estado de consciência. O consumo de drogas esteve, em geral, vinculado a práticas culturais e religiosas vigentes nas sociedades. Entretanto, a banalização do uso dessas substâncias tornou-se um fenômeno mundial e tem gerado um impacto social importante¹.

Os problemas decorrentes da dependência de drogas passaram a ser relatados e ganharam maior destaque, principalmente, após a revolução tecnológica do século XIX e da consolidação do capitalismo industrial. A droga converteu-se em mercadoria, a sua produção foi intensificada e observou-se a popularização de substâncias com efeitos sobre o sistema nervoso central¹. Esse fato contribuiu para que, certa parcela da sociedade, se tornasse mais exposta ao risco de desenvolvimento de padrões mal adaptativos de consumo, como, por exemplo, os padrões de uso abusivo e dependência².

Na atualidade, a dependência química constitui um problema grave de saúde pública, por ser responsável por uma série de prejuízos socioeconômicos, ocupacionais, psicológicos e físicos aos seus usuários. Tanto no mundo quanto no Brasil, estudos especializados revelam que há uma semelhança no perfil de usuários de substâncias psicoativas. Dentre esses, os mais propícios ao uso abusivo ou dependência de drogas encontram-se os jovens, desempregados, com baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo e provenientes de famílias desestruturadas³. Todavia, tem-se observado a difusão das drogas por todas as classes sociais e a iniciação do consumo em idades, cada vez mais, precoces, quase sempre, precedida pelo uso do álcool⁴.

O conhecimento do perfil de usuários de substâncias psicoativas torna-se um referencial importante, para fundamentar políticas públicas de prevenção e de combate ao uso de drogas e à oferta de tratamento aos usuários. Neste particular, reside a relevância do presente trabalho, que teve como objetivos identificar o perfil de usuários de drogas, internos em dois Centros Terapêuticos do Estado do Rio Grande do Norte-Brasil; e subsidiar políticas públicas de prevenção, de tratamento de dependentes químicos e de combate ao uso de drogas.

METODOLOGIA

A metodologia desenvolveu-se sob a forma de pesquisa quantitativa. A sistematização do conhecimento interpretativo da realidade social e as informações dos sujeitos investigados pressupunham descrição e interpretação dos dados levantados, assim como explicitação dos nexos causais dos fenômenos analisados.

A investigação empírica desenvolveu-se sob a forma de análise documental de pacientes internos em dois Centros Terapêuticos do Estado do Rio Grande do Norte.

Foram submetidos a análises, os prontuários médicos de 42 (n=42) pacientes. Os critérios de inclusão foram pacientes do sexo masculino, adultos jovens, de meia idade e idosos, internados nos referidos Centros Terapêuticos, destinados ao tratamento e à reabilitação de dependentes químicos, no período de outubro de 2013 a março de 2014. A investigação ocorreu nesse mesmo período.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE, sob protocolo nº 155/14, realizou-se o

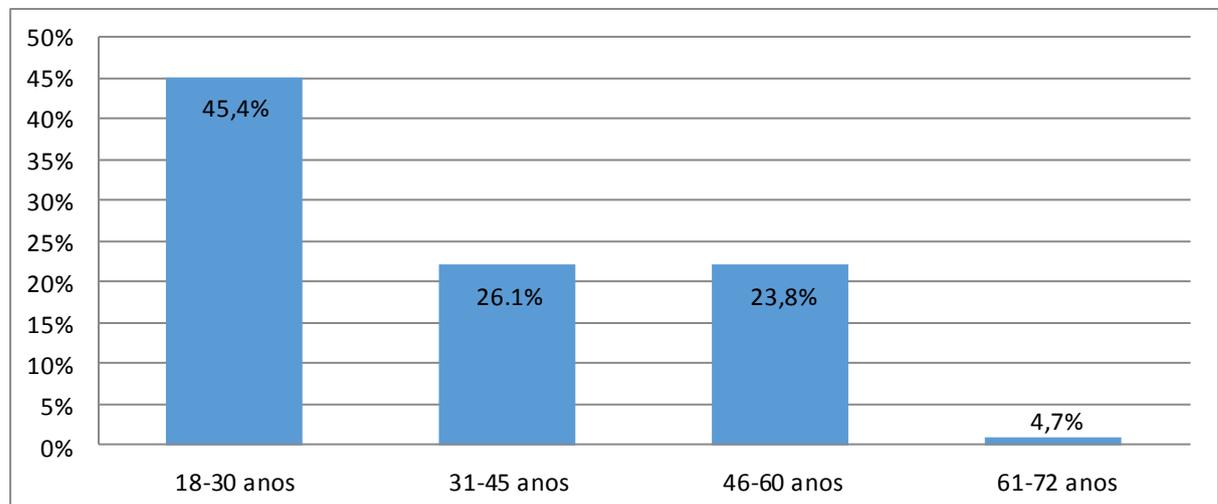
levantamento das informações, a partir da aplicação de um formulário estruturado, tomando como referência indicadores do perfil e de dependência dos referidos pacientes, tais como: idade, cor, estado civil, nível de escolarização, droga de predileção e idade de início do consumo, número de internações e comorbidades.

As informações foram sistematizadas em categorias, que possibilitassem a análise e a construção do perfil dos sujeitos da investigação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade dos usuários de substâncias psicoativas, assistidos nos dois Centros Terapêuticos investigados, variava de 18 a 72 anos, sendo a média de idade estimada em 35 anos.

Figura 1 – Prevalência da faixa etária dos pacientes assistidos nos Centros Terapêuticos

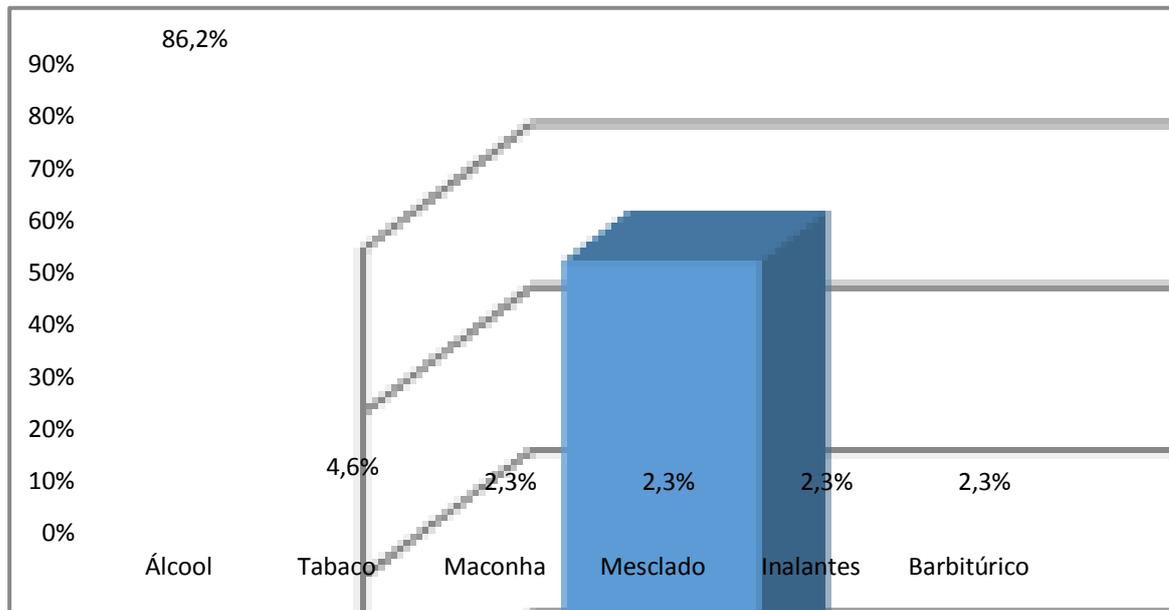


Fonte: dados estatísticos coletados pelo pesquisador. Ano: 2014

Conforme ilustrado na Figura 1, verificou-se que a maior incidência, revelada no percentual de 45,4%, recaiu sobre a faixa etária compreendida entre 18-30 anos, definida como adulto jovem pela Organização Mundial de Saúde. Em seguida, situa-se a idade madura, compreendida na faixa etária entre 31-45 anos, expressa no percentual de 26,1%.

O achado relativamente ao primeiro índice encontra-se em consonância com os dados da literatura vigente, que demonstra ser a faixa etária de adulto jovem que apresenta risco mais elevado para o consumo e abuso de substâncias químicas. Este risco sobressaltado parece ocorrer devido a esta fase situar-se na transição entre a adolescência e a idade adulta e sobre ela incidir muitas mudanças na formação e trajetória destes indivíduos e torná-los mais vulneráveis e susceptíveis a comportamentos desviantes⁴.

Em relação à idade em que foi iniciado o consumo de substâncias psicoativas pelos pacientes, observou-se uma variação entre as idades de 8 a 20 anos, sendo a média de idade estimada em 13 anos e a droga de maior prevalência, neste período, foi o consumo de álcool, revelado no percentual de 86,2%, conforme demonstrado na figura 2.

Figura 2 – Idade de início do consumo de substâncias psicoativas

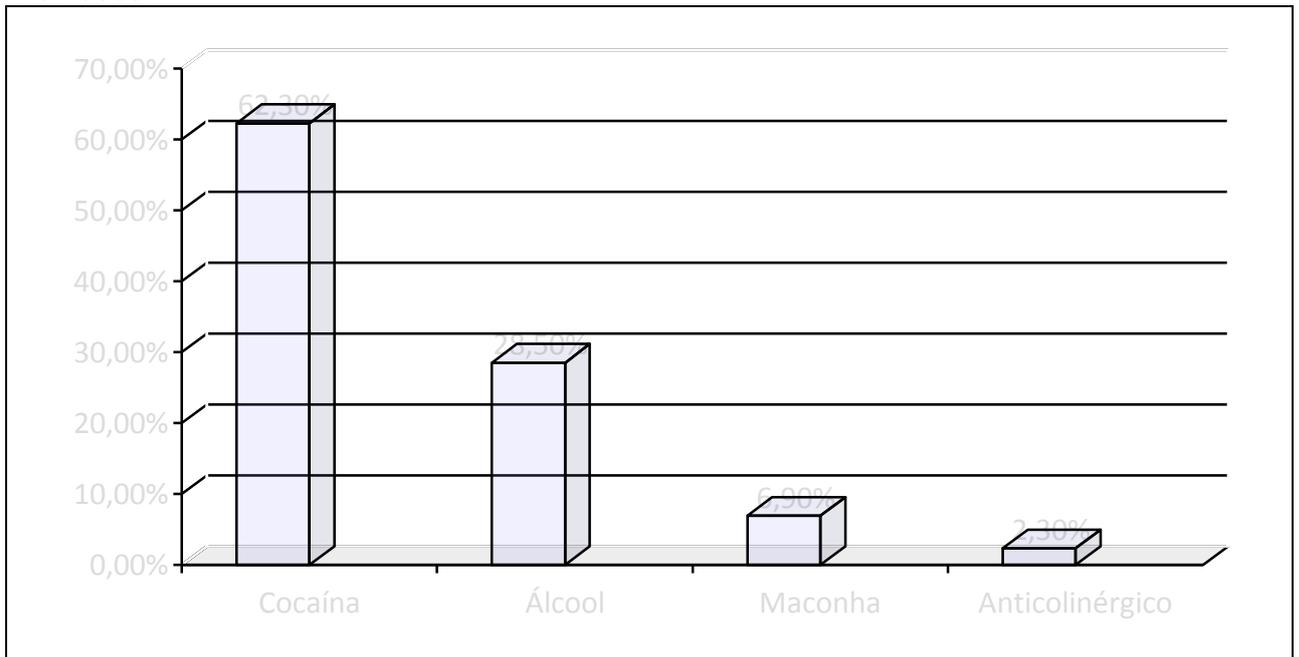
Fonte: dados estatísticos coletados pelo pesquisador. Ano: 2014

Conforme a literatura especializada, entre as substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, o álcool é a mais consumida em todo o mundo, seguida pela maconha, na segunda fase de experimentação. A cada ano, estipula-se que cerca de 40% da população mundial, algo em torno de dois bilhões de pessoas acima de 15 anos, consomem bebidas alcóolicas⁵.

Conforme dados divulgados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), referentes ao segundo levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas, no Brasil, realizado no ano de 2005, o álcool foi a substância mais consumida pela população brasileira e a que mais causa dependência, revelando-se nos percentuais de 74% e 12%, respectivamente⁶.

No tocante à droga de consumo, que determinou o diagnóstico de dependência química nos pacientes assistidos, nos dois Centros Terapêuticos investigados, observou-se, conforme ilustrado na Figura 3, a prevalência da cocaína/crack, com 62,3%, seguida pelo álcool, com o percentual de 28,5%. Para a caracterização da substância causadora de dependência, utilizou-se a Classificação Internacional de Doenças, CID-10, que classifica o consumo, de acordo com a substância mais importante em uso pelo paciente.

Figura 3 – Substância psicoativa causadora de dependência química nos pacientes internados.



Fonte: dados estatísticos coletados pelo pesquisador. Ano: 2014.

Buscou-se, em estudos desenvolvidos na neurociência¹, estabelecer conexões entre prazer e vício, para explicitar como o prazer, ao mesmo tempo em que é motivador da vida, pode se transformar em vício ou atrair censuras sociais. Neste particular, o cérebro e a mente processam experiências vivenciais, na busca permanente do prazer. Os dados obtidos nesse estudo apresentam-se em consonância com informações registradas na literatura atual. A maconha, embora seja a droga ilícita de maior consumo no Brasil e no mundo, sendo o seu consumo estimado em torno de 180 milhões, ou seja, 3,9% da população mundial entre 15-64 anos, a cocaína, na forma de crack foi a droga ilícita, cuja demanda por tratamento mais aumentou nos últimos anos no Brasil⁷.

O crack, certamente, foi a droga que mais invadiu o cenário das famílias brasileiras e dos noticiários, nos últimos 20 anos. O mesmo fenômeno vem sendo observado em outros países. Na Holanda e na França, o consumo de crack tem alcançado níveis alarmantes. Contribuem para tal aumento, os seguintes fatores: o baixo preço da droga, a rapidez de instalação de sensação extremamente prazerosa, cerca de 10 a 15 segundos, a intensa euforia provocada pelo consumo, sua curta duração, cerca de 5 minutos, e o forte desejo de repetir a dose⁸.

A prevalência do crack, também, é identificada no último Relatório Mundial sobre Drogas e Crime, lançado em 2013, pelo Escritório das Nações Unidas. Segundo o referido Relatório, em maior parte dos países do mundo, observou-se uma estabilidade no consumo de drogas tradicionais, como a cocaína e a heroína, e um aumento alarmante do uso de novas substâncias psicoativas. Incluem-se, entre estas, as chamadas “designer drugs” ou drogas projetadas. Estas têm criado desafios inesperados à área da saúde pública e preocupado autoridades, ao propiciarem um comércio ilícito e uma proliferação em ritmo desenfreado⁹.

Ainda conforme o mesmo Relatório, o mercado de cocaína parece estar em expansão, na América do Sul. No Brasil, observou-se um aumento no uso da droga,

passando do percentual de 0,7% de consumo, no ano de 2005, para 1,7%, no ano de 2011. Nessa perspectiva, o acréscimo de consumo parece justificar-se pelo fato de o Brasil estabelecer fronteiras com países fontes da droga, tais como: Colômbia, Peru e Bolívia. Provavelmente, a proximidade geográfica vem facilitando o acesso à droga e o consumo pela população brasileira⁹.

O efeito da droga sobre o organismo, além de variar de indivíduo para indivíduo, depende, também, da composição química e da via de acesso da mesma, assim como do tempo de absorção pelo organismo. No caso do álcool, que é ingerido, a absorção é feita pelo estômago e o efeito é mais lento do que o das drogas fumadas, tais como a cocaína e o crack, que chegam aos pulmões e, imediatamente, atingem a corrente sanguínea.

Embora o efeito das drogas seja variável, todas elas ativam mecanismos cerebrais e têm ação no “Sistema Dopamínico”. No entanto, à medida que o efeito do uso é reduzido, a busca de mais e mais prazer, nos indivíduos adictos, gera “fissura” e produz dependência.

Num mundo em que os indivíduos se tornam mais vulneráveis e menos adeptos à frustração, a busca de mecanismos ou de substâncias, que induzam à satisfação, também, tendem à indução do vício e da dependência química. E, conforme as condições sociais do usuário, as possibilidades de superação da dependência ficam cada vez mais remotas.

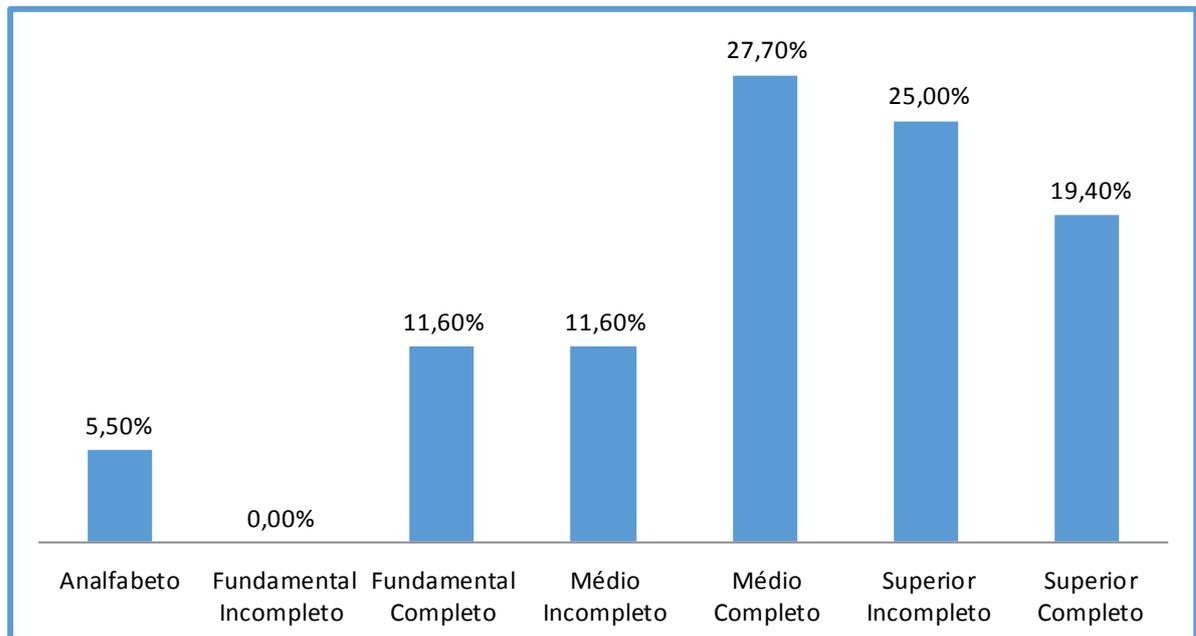
Outra explicação importante para a prevalência de dependentes de cocaína-crack, nos dois Centros Terapêuticos avaliados, pode ser encontrada no estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad). No ano de 2012, estimou-se que 0,8%, cerca de 370 mil pessoas, fazem uso regular de crack e similares, nas vinte e seis capitais brasileiras e no Distrito Federal. A Organização Pan-americana de Saúde define como uso regular, o consumo de crack e similares, durante vinte e cinco dias, nos últimos seis meses.

O mesmo estudo identifica a região Nordeste como a maior concentradora de usuários de crack e similares, entre todas as demais regiões do país, estimando em cerca de 150 mil pessoas, ou seja, 40% do total de indivíduos que fazem uso regular da droga, apenas, nesta região. Este dado contrariou o senso comum, que julgava ser a região sudeste a que continha a maior concentração de usuários. A possível justificativa para essa constatação foi atribuída ao fato de ser o nordeste a região que apresenta o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), entre as demais¹⁰.

Ainda conforme o estudo, um dado que poderá, inclusive, manter esta prevalência aumentada na região nordeste, foi o fato de ser a mesma região a mais prevalente entre o consumo de crack e similares por crianças e adolescentes, estimada em 28 mil usuários, cerca de 56%, do total de 50 mil revelado pelo referido estudo¹⁰.

Quanto ao nível de escolarização dos pacientes assistidos nos Centros Terapêuticos pesquisados, conforme a Figura 4, predomina o nível médio completo, num percentual de 27,7%, seguido do nível superior incompleto num percentual de 25,0%.

Figura 4 - Nível de escolarização dos pacientes assistidos nos centros terapêuticos.

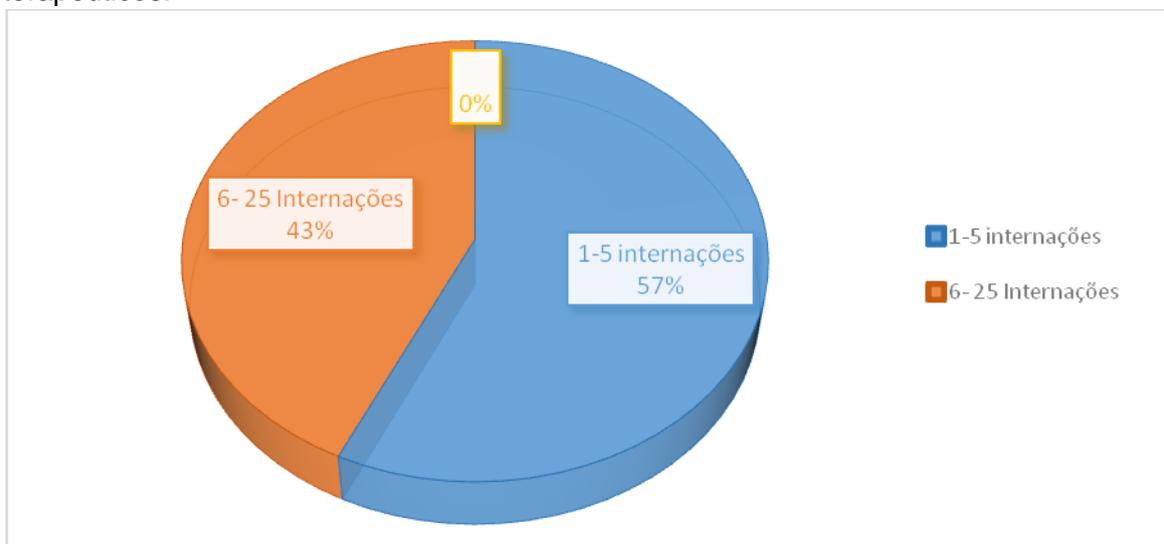


Fonte: dados estatísticos coletados pelo pesquisador. Ano: 2014.

Os dados revelados demonstram que a maioria dos pacientes internados possui certo grau de escolarização. Entretanto, possivelmente, a dependência química parece ter prejudicado o desenvolvimento escolar desses indivíduos, sendo observada uma redução da média de anos de estudo².

Em relação ao número de internações para o tratamento da dependência química, 57% dos pacientes internados nos referidos Centros registravam entre uma a cinco internações, enquanto 43% já haviam sido internados acima de cinco vezes, conforme demonstrado na Figura 4.

Figura 5 - Prevalência de internações pelos pacientes assistidos nos centros terapêuticos.

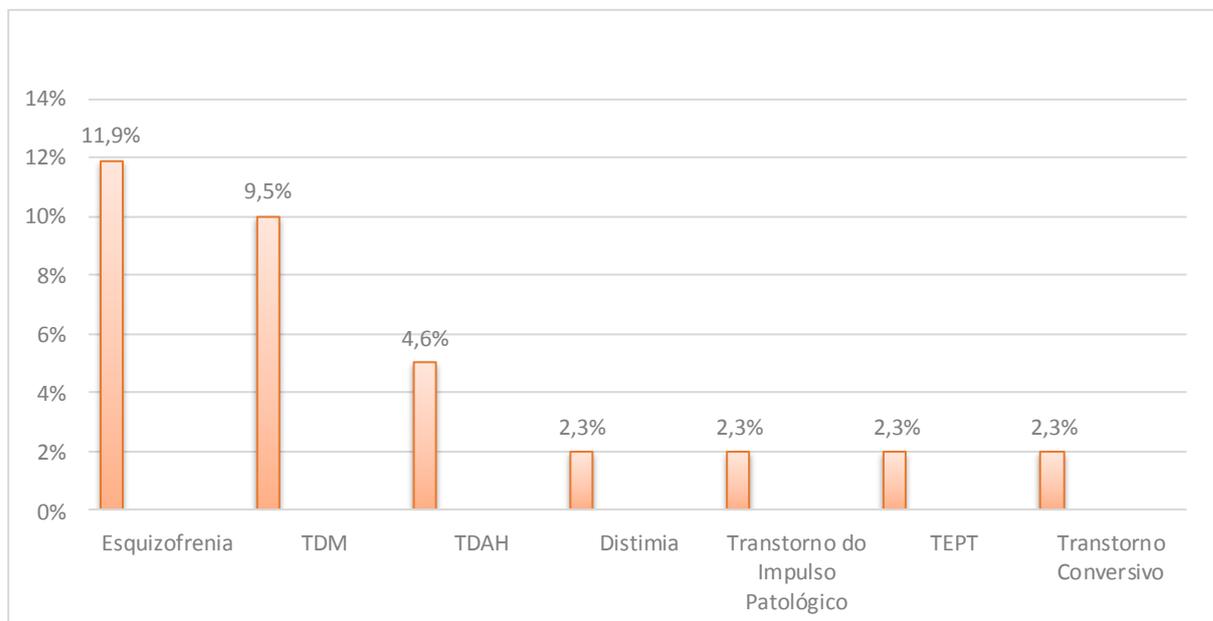


Fonte: dados estatísticos coletados pelo pesquisador. Ano: 2014.

Os dados demonstram que a reinstalação da síndrome de dependência, ou seja, o retorno ao padrão mal adaptativo de consumo, após um período de abstinência, é extremamente comum na população estudada. A justificativa para este achado pode ser atribuída tanto a aspectos relacionados ao próprio paciente, como à ausência de aceitação de sua patologia e/ou ao tratamento proposto, a gravidade da dependência química, bem como pela oferta de tratamentos ineficazes, marcados pela ausência de recursos medicamentosos, de profissionais especializados e de abordagem psicossocial⁷.

Em relação às comorbidades psiquiátricas, reveladas nos respectivos pacientes, conforme a figura 6, 35,2% apresentaram diagnóstico comorbido, sendo a esquizofrenia o de maior prevalência, revelado no percentual de 11,9%, seguido pelo transtorno depressivo 9,5%.

Figura 6 - Prevalência de comorbidades psiquiátricas nos pacientes internados nos centros terapêuticos.



Fonte: dados estatísticos coletados pelo pesquisador. Ano: 2014.

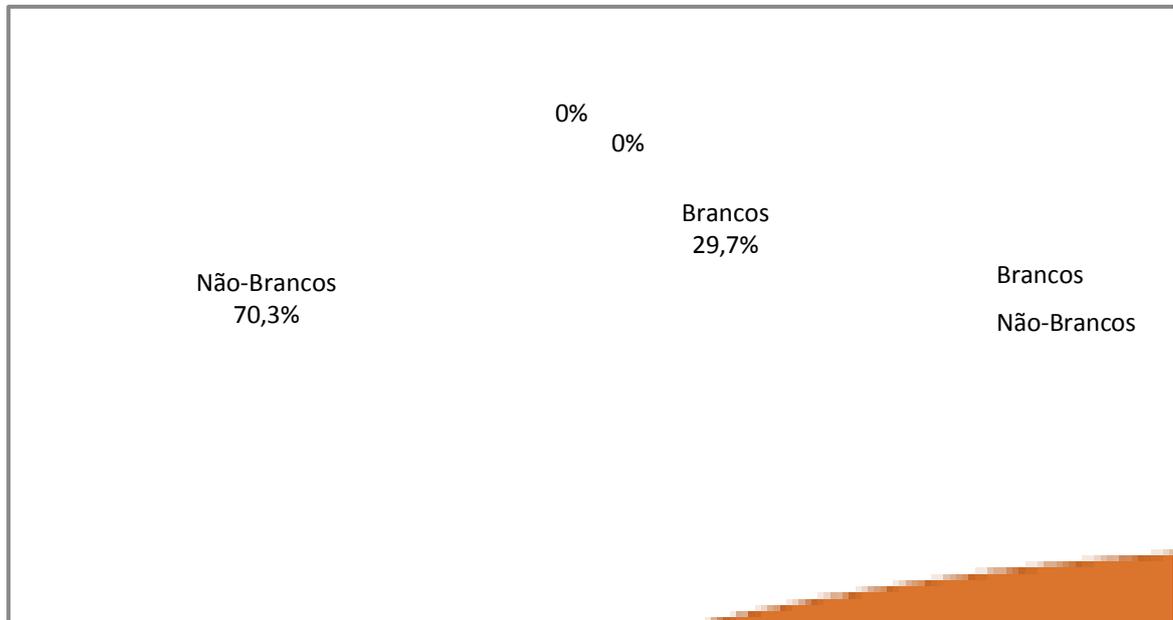
A prevalência de comorbidade psiquiátrica nos referidos pacientes é compatível aos achados da literatura pertinente. Segundo as Diretrizes para o Diagnóstico e Tratamento de Comorbidades Psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias, do ano de 2006, as prevalências de comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos variavam entre 0,5% a 75% nas amostras investigadas. Ainda conforme o estudo, estas variações eram atribuídas a vários fatores, como: tipos de serviços que deram origem às amostras, métodos de avaliação utilizados, variações nas características sócio-demográficas das amostras e variações na disponibilidade de drogas ilícitas na comunidade, entre outros¹¹.

A relação entre comorbidades de abuso ou dependência de substâncias e transtornos mentais graves, além de constatada, parece estar aumentando e este fenômeno tem sido atribuído à disponibilidade de álcool e drogas à população em geral¹¹.

No tocante à cor/raça dos usuários assistidos nos Centros Terapêuticos, observou-se um predomínio de pacientes não brancos, estimados em 70,3%,

conforme a figura 7. Os dados parecem expressar uma representação aumentada das raças pretas e pardas nos centros terapêuticos, pois, segundo o censo de 2010 do IBGE, a população não branca representava cerca de 52% da população brasileira.

Figura 7 - Raça-Cor dos pacientes assistidos nos centros terapêuticos.



Fonte: dados estatísticos coletados pelo pesquisador. Ano: 2014.

Em relação ao estado civil dos internados, verificou-se que a maioria era constituída por solteiros, revelada no percentual de 75%, conforme a figura 8. Este dado apresenta-se em concordância com àqueles constantes na literatura especializada, que demonstra estarem os indivíduos solteiros em maior risco de abuso e dependência de substâncias psicoativas, bem como apresentarem maior afrouxamento nas relações afetivas⁷.

Figura 8 - Estado civil dos pacientes internados nos centros terapêuticos.



Fonte: dados estatísticos coletados pelo pesquisador. Ano: 2014.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, ao suscitar conexões entre o empírico e o teórico, possibilitou uma melhor compreensão dos vínculos entre prazer e vício, revelados nas formas incontroláveis de busca do prazer e na dificuldade de um adicto manter-se abstinência, quando egresso do tratamento. Verificou-se, também, que essa dificuldade é aumentada, quando o interno é de classe social pobre, tem pouca escolarização e perspectiva de vida limitada, principalmente, por ser originário de uma região de Baixo Índice de Desenvolvimento Humano. Além dessas condições desfavoráveis, o adicto sofre, ainda, pela falta de medicamentos adequados e de tratamentos especializados.

E se esse estudo confirmou informações, divulgadas por Organizações Internacionais e Centros de Pesquisas Especializados, sobre o perfil de usuários de drogas, os Poderes Públicos não podem ignorar o avanço dessa epidemia, que dizima, sobretudo, a população mais carente e mais propensa ao desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas.

PROFILE OF DRUG USERS IN THERAPEUTIC CENTER OF THE STATE OF RIO GRANDE DO NORTE

ABSTRACT

The indiscriminate use of psychoactive substances has become a worldwide phenomenon. Although the use of these substances dating back to the dawn of humanity, the problems of abuse and addiction have been reported recently. The addiction, becoming a serious public health problem, because a number of socio-economic losses, occupational, psychological and physical to its users. There are

records of changes in the profile of consumers of psychoactive substances, over the years, due to the diffusion of various types of drugs and initiation of consumption in increasingly early age. In this context, we developed this Article, in order to investigate the drug user's profile, internal Two Therapeutic centers in the State of Rio Grande do Norte, Brazil. It sought in specialized studies, establish connections between pleasure and addiction, to a better understanding of addiction. The methodology is developed in the form of desk study and empirical research was based on the collection of data extracted from medical records of inpatients in the period from October 2013 to March 2014, after approval by the Research Ethics Committee under Protocol 155/14. The study was conducted with forty-two (n = 42) males, young adults, middle-aged and elderly, internal in these centers for the treatment and rehabilitation of drug addicts. From the analyzes, it was concluded that the most recurring profile of substance dependents, assisted in those centers, corresponding to single individuals, young adults, non-white, with a certain level of education, cocaine / crack, with a history more than once, consumption started at an early age, and almost all from the use of alcohol. Knowing the profile of psychoactive substance users becomes an important reference, to ground public policies to prevent and combat drug use and the provision of treatment to users.

Key-words: Substance abuse. Mental health. Drug users.

REFERÊNCIAS

1. Maia JMC, Andrade AG. 100 questões em psiquiatria. Barueri, SP: Manole; 2012. p. 99-93.
2. Linden DJ. A origem do prazer. São Paulo: Campus Elsevier; 2011. p. 25-7.
3. Dihel A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Tratamento farmacológico para dependência química da evidência científica à prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 245-86.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 426-12.
5. Anthony JC, Andrade AG. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri, SP: Manole; 2009.
6. Carlini EA, Galduroz JCE, Noto AR, Nappo AS. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo 108 maiores cidades do país 2005. São Paulo: Unifesp; 2005.
7. Ribeiro M, Laranjeira R. O tratamento do usuário de crack. São Paulo: Casa Leitura Médica; 2010. p.13-59.
8. Mari JJ, Kieling C. Psiquiatria na prática clínica. Barueri, SP: Manole; 2013. p. 169-205.
9. UNODC — United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report, Vienna; 2013.

10. Pimentel J. Estudo da Fiocruz estima alcance do crack nas capitais brasileiras [Internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil. [acesso em: 20 mar. 2014] Disponível em: <http://dssbr.org/site/2013/10/estudo-da-fiocruz-estima-alcance-do-crack-nas-capitais-brasileiras/>.

11. Laranjeira R; Zaleski M, Ratto I. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. Revista Brasileira de Psiquiatria, Florianópolis. 2006;2(28):142-48.

Recebido em: 25.06.14 Aceito em: 01.04.15
--

A INTEGRALIDADE NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E SUA EFETIVIDADE NA FORMAÇÃO MÉDICA

Maria Eveline Ramalho Ribeiro¹
Felipe Brandão dos Santos Oliveira²
Rosa Rita da Conceição Marques³
Aenne Tavares de Andrade⁴
Annita Cavalcanti Farias Leôncio⁴
Ariana Raissa Coura Urtiga Pordeus⁴

RESUMO

No contexto da saúde mental, a integralidade ganhou destaque a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, no qual o portador de sofrimento mental ganhou uma nova perspectiva, surgindo, assim, um novo modelo de assistência. Objetivou-se refletir sobre a efetividade da integralidade na formação médica a partir da assistência oferecida no ambulatório de saúde mental. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. A amostra foi composta por 5 residentes em psiquiatria. O local de estudo foi o Centro Médico da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, que funciona como ambulatório em saúde mental. Como critério de inclusão foi ser residente em psiquiatria e aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como instrumento de pesquisa foi utilizado um roteiro de entrevista estruturado, com perguntas abertas e fechadas que tratam do tema abordado. Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de Conteúdo de Laurence Bardin. Na primeira subcategoria, conceito, estão indicadas as falas dos participantes, comprovando que o termo enriquece a prática médica e ressalta a necessidade de ser aplicada por todos os médicos no intuito de tratar o paciente de forma holística. Na segunda subcategoria, importância, fica claro que é unânime a opinião dos residentes acerca da essencialidade desse fator, visto que é primordial para excluir patologias orgânicas e proporcionar ao paciente diagnóstico e tratamentos assertivos. Na terceira subcategoria, multidisciplinaridade, demonstra-se a necessidade de estreitar a relação entre médicos em suas devidas especialidades, como também com outros profissionais da área de saúde, ressaltando a importância do psicólogo e do pedagogo. Assim, é possível concluir que a efetividade da integralidade na formação médica, a partir da assistência oferecida no ambulatório de saúde mental tem como pressuposto basilar o papel dos profissionais de saúde como agentes de mudança, no contexto de atenção aos usuários do sistema de saúde.

Palavras-chave: Saúde Mental. Integralidade em Saúde. Assistência à saúde. Comunidade Terapêutica.

¹ Filósofa. Mestre em Filosofia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) e do curso de pedagogia à distância da UFPB Virtual. End.: Av. Des. Hilton Souto Maior, 6701, QD. 765, LT. 57, Portão do Sol, CEP: 58046-900. Tel. (83) 8889-2465. E-mail: ribeiro.eveline@yahoo.com.br.

² Doutor em Ciências do Desporto. Professor da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

³ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora adjunta da UFPB, docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, coordenadora do Comitê de Ética da FAMENE e membro titular do Conselho Estadual de Saúde do Estado da Paraíba.

⁴ Graduandas em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

INTRODUÇÃO

A discussão acerca da integralidade na formação médica, com base no enfoque sobre a assistência ofertada no ambulatório de saúde mental, deve ser abordada a partir da reflexão sobre a integralidade proposta pelo Sistema Único de Saúde – SUS, já que a rede de atenção à saúde mental é parte constitutiva desse sistema e, portanto, fundamenta-se nos mesmos princípios que o legitimam.

De acordo com o artigo 198 da Constituição Federal, as ações de saúde desenvolvidas pelo SUS devem seguir os seguintes princípios: acesso universal, integral e igualitário; participação comunitária; rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada¹. Desse modo, a integralidade abrange ações direcionadas à concretização da saúde como direito de todos e dever do Estado. Uma resposta governamental a problemas de saúde - políticas públicas; como o modo de organização dos serviços de saúde - integralidade; como atributos das práticas de saúde - a integralidade das práticas dos profissionais².

No contexto da saúde mental, a integralidade ganhou destaque a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, no qual o portador de sofrimento mental ganhou um novo olhar, surgindo, assim, um novo modelo de assistência, o qual busca efetivar mudanças de atenção e de gestão nas práticas de saúde, além da defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários do serviço de saúde no processo de gestão e de produção de tecnologias de cuidado³. Essa mudança remete à necessidade da identificação do sujeito em sua totalidade, ressaltando a importância de entender o indivíduo no seu contexto social, político e histórico, relacionando-o à família, ao meio ambiente e à sociedade da qual ele faz parte.

A importância de abordar a assistência de forma integrada está fundamentada na articulação de todos os passos na produção do cuidado e no restabelecimento da saúde. Cada usuário deve ser acompanhado, segundo a perspectiva do projeto terapêutico singular, o qual prima pela atenção às necessidades de cada indivíduo, comandado por um processo de trabalho cuidador, e não por uma lógica "indutora de consumo"⁴. Esta lógica contrapõe-se ao presente cotidiano dos serviços de saúde, onde frequentemente há o confronto entre os profissionais que atuam ou que deveriam atuar com o mesmo objetivo, ou seja, o bem-estar do cliente e o desenvolvimento de ações curativas ou preventivas no processo de saúde/doença⁵.

Ademais, quanto às contribuições desse artigo para o progresso do estado da arte, no tocante à temática proposta, é possível pontuar a sua relevância, visto que se propõe a ilustrar a realidade da assistência em saúde mental, no nível ambulatorial, segundo o princípio da integralidade, em vista da difusão da Política Nacional de Assistência em Saúde Mental e de sua efetivação em um serviço de saúde do Estado da Paraíba.

O atendimento em saúde mental na esfera ambulatorial baseia-se nos critérios de hierarquização e regionalização de acordo com as necessidades da população. Partindo desse pressuposto, objetivou-se refletir sobre a efetividade da integralidade na formação médica a partir da assistência oferecida no ambulatório de saúde mental, um espaço de aprendizagem para os residentes em psiquiatria.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, pois este tipo de abordagem estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de

uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta, além de orientar a formulação de hipóteses.

Na pesquisa descritiva, realizam-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. A finalidade é observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos. Logo, o pesquisador deverá apenas descobrir a frequência com que o fenômeno acontece ou como se estrutura e funciona um sistema, método, processo ou realidade operacional⁶. Já a abordagem qualitativa, aprofunda-se no mundo dos significados, das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações médias e estatísticas⁷.

O local de estudo é a área geográfica onde se realiza a pesquisa, ou seja, onde o pesquisador colhe os dados, sejam instituições de saúde, associações comunitárias, dentre outros⁸. Nesse sentido, esta pesquisa foi realizada no Centro Médico da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE de Bayeux-PB que funciona como ambulatório em saúde mental

A população dessa pesquisa foi constituída por residentes em psiquiatria do referido Centro Médico e a amostra foi composta por 05 residentes em psiquiatria. Os critérios de inclusão foram ser residente em psiquiatria e aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Já os critérios de exclusão foram ser residente em psiquiatria e não desejar participar da pesquisa e, conseqüentemente, não aceitar assinar o Termo de consentimento Livre e Esclarecido.

Como instrumento de pesquisa foi utilizado um roteiro de entrevista estruturado o qual foi dirigido aos estudantes residentes em psiquiatria da FAMENE. Esse roteiro está de acordo com o objetivo proposto para a pesquisa. O roteiro de entrevista pode ter perguntas abertas e fechadas, entretanto, nas questões abertas é possível uma melhor compreensão sobre as respostas, já que elas expressam claramente a fala do entrevistado⁸.

A entrevista foi realizada em ambiente reservado para evitar interferências de terceiros, de modo que cada pesquisador entrevistou individualmente cada residente. Posteriormente, as respostas foram transcritas para posterior análise. Os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e receberam uma cópia deste documento. Os discursos dos residentes foram gravados pelos entrevistadores, utilizando-se um aparelho celular. Logo depois, as falas foram transcritas na íntegra, viabilizando um melhor estudo do material. Vale ressaltar que foram feitas apenas correções linguísticas no material coletado, sem alterar o caráter espontâneo das falas.

Para a análise dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin⁹. O método de Análise de Conteúdo pode ser considerado como um conjunto de técnicas de análises de comunicação que visam à obtenção da descrição do conteúdo das mensagens indicadoras a fim de alcançar os conhecimentos relativos às condições de sua produção e de recepção.

Essa Análise de Conteúdo compreende as três seguintes etapas: a) Pré-análise: momento inicial de leituras e releituras teóricas com vistas ao aprofundamento sobre o tema e a organização do material, retomando as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa frente ao material coletado; b) Exploração do material: serão destacadas as palavras-chave de cada resposta, de modo a estabelecer a codificação numérica e a determinação da frequência das mesmas, as quais são selecionadas de acordo com o maior número de frequência, sendo

nomeadas em categorias. Para cada categoria, serão agrupadas as subcategorias relacionadas; c) Interpretação referencial: organização das informações coletadas para a construção de reflexões e interpretações sobre cada categoria e subcategoria apresentadas, utilizando os fragmentos das falas dos próprios participantes da pesquisa. Os conteúdos são, então, agrupados em categorias e subcategorias de acordo com a similaridade semântica. Surgiram, portanto, três categorias, a saber: Integralidade; Ambulatório e Formação Psiquiátrica.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança - FACENE/FAMENE, Protocolo de nº 125/2014. Para a condução do estudo foram contempladas todas as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Além disso, também foram observados os preceitos éticos do Código de Ética Médica – Resolução CFM nº 1.931/2009. Nesse documento legal constam as normas a serem seguidas pelos médicos no exercício da profissão, incluindo as atividades de ensino e de pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as atividades desenvolvidas pelo projeto de pesquisa, deu-se enfoque, para a construção desse artigo, às entrevistas realizadas com 5 residentes de psiquiatria no ambulatório de saúde mental do Centro Médico Nova Esperança. A coleta de dados *in loco* foi realizada nos dias 21 e 24 de outubro de 2014, tendo como fio condutor da investigação as seguintes temáticas: integralidade na formação médica, assistência aos pacientes com sofrimento mental e a interação dos profissionais com a comunidade. As respostas dos entrevistados foram divididas em categorias, subcategorias e unidades temáticas, seguindo a análise conteúdo de Bardin.

Quadro 1 - Análise de conteúdo temático sobre a visão dos residentes acerca da integralidade na formação médica. Bayeux-PB, 2014.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADE DE CONTEXTO
INTEGRALIDADE	Conceito	<p><i>“só enriquece a prática médica”</i></p> <p><i>“é preciso que todos os médicos saibam fazer essa abordagem”</i></p> <p><i>“devemos ver o ser humano de forma completa”</i></p> <p><i>“tratar o paciente como um todo”</i></p> <p><i>“avaliação da saúde do paciente”</i></p>

	<i>Importância</i>	<p>“é importantíssima porque você consegue obter através do caso clínico várias visões a respeito do mesmo problema”</p> <p>“é muito importante”</p> <p>“porque eu vou ajudar ao paciente”</p> <p>“importante para excluir patologias orgânicas”</p> <p>“importância enorme”</p>
	<i>Multidisciplinaridade</i>	<p>“é o paciente receber múltiplos enfoques”</p> <p>“a gente vê integralidade aqui no ambulatório, por exemplo, por possuir psicólogo, pedagogo”</p> <p>“devemos interligar as especialidades”</p> <p>“multiprofissionalização da saúde mental”</p> <p>“tratamento deste em várias aéreas”</p>

Fonte: Pesquisa direta

Através da análise das falas dos entrevistados, surgiu uma categoria, três subcategorias e quinze unidades de contexto. A categoria do Quadro 1, denominada *Integralidade*, foi composta por 3 subcategorias: *conceito*, *importância* e *multidisciplinaridade*.

Na primeira subcategoria *conceito* estão indicadas as falas dos participantes, comprovando que o conhecimento do termo integralidade enriquece a prática médica através da sua aplicação prática, no intuito de tratar o paciente de forma holística.

Na segunda subcategoria: *importância* fica claro que é unânime a opinião dos residentes acerca da essencialidade desse fator, visto que é primordial para excluir patologias orgânicas e proporcionar ao paciente o diagnóstico e o tratamento assertivos.

Na terceira subcategoria *multidisciplinaridade* demonstra-se a necessidade de estreitar a relação entre médicos em suas devidas especialidades, como também com outros profissionais da área de saúde, ressaltando a importância do psicólogo e do pedagogo. Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, se deve exercitar, efetivamente, o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo¹⁰.

A partir do princípio de integralidade, concebe-se que todos os profissionais que trabalham com o ser humano devem aprimorar uma visão holística, seja na produção do conhecimento ou na prestação de serviços, de modo a resgatar a importância da participação nos contextos onde se constrói a vida; nos ambientes onde os movimentos de aprender e ensinar a tecer a vida se dão, ou seja, no cotidiano da existência humana¹¹.

Neste sentido, as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que reúnem, num mesmo espaço, diferentes perspectivas, interesses e distintos atores sociais (profissionais de saúde, gestores e usuários). Assim, elas representam um *lôcus* privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, seja quanto às práticas de saúde difundidas na coletividade.

Quadro 2 – Análise de conteúdo temático acerca das atividades realizadas no ambulatório de saúde mental. Bayeux-PB, 2014.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADE DE CONTEXTO
AMBULATÓRIO	<i>Funcionamento</i>	<p>“livre demanda ou encaminhado da rede básica”</p> <p>“avalia-se o paciente e o meio em que vive”</p> <p>“abrange o atendimento psiquiátrico, psicológico, individual e coletivo”</p> <p>“anamnese, suma psicopatológica, exames laboratoriais, prescrição e encaminhamento”</p>
	<i>Atividades</i>	<p>“projeto mães que abraçam”</p> <p>“não existem atividades que envolvam a comunidade”</p> <p>“seria bom uma atividade educativa para a família”</p>
	<i>Demanda</i>	<p>“atendo 5 pacientes por turno”</p> <p>“a procura é enorme, mas temos um número limitado de atendimento”</p> <p>“o atendimento abrange criança, adulto jovem e idoso”</p>

Fonte: Pesquisa direta

O Quadro 2 ilustra a categoria *ambulatório*, na qual é demonstrado, através das subcategorias *funcionamento*, *atividade* e *demanda*, como se dá o atendimento dentro do ambulatório de saúde mental.

Na subcategoria *funcionamento*, através dos relatos, é possível observar as etapas do atendimento ao paciente, desde a procura do serviço, através da demanda espontânea ou encaminhada, até a referência aos outros dispositivos da rede de saúde mental, de acordo com as especificidades de cada caso.

A princípio, é feita uma marcação da consulta. No primeiro contato, o médico preenche a ficha clínica, começando com uma anamnese bem detalhada, abordando antecedentes pessoais e familiares, medicações em uso e sua relação com o meio em que vive. Depois é feito um relatório psicopatológico, solicitam-se exames laboratoriais para excluir outras patologias, na tentativa de estabelecer uma hipótese diagnóstica. A próxima etapa compreende uma conduta individualizada, que inclui o diálogo médico-paciente, a prescrição de medicamentos e, caso necessário, encaminhamentos para outros profissionais de saúde.

Com relação à subcategoria *atividades*, existe o projeto “*Mães que Abraçam*”, criado em setembro de 2014, composto por médicos psiquiatras e residentes em psiquiatria, psicólogo, psicopedagogo e fonoaudiólogo. Ele é destinado a mães de crianças e adolescentes usuários da clínica psiquiátrica do centro médico, cuja faixa etária é de 0 a 14 anos. Visa prestar esclarecimentos sobre diversos tipos de psicopatologias, promover ações educativas para trabalhar autoestima das mães e dos cuidadores, com vistas a realizar a integração do serviço com a comunidade. As reuniões ocorrerem uma vez ao mês. São desenvolvidas as seguintes atividades: aulas explicativas sobre as psicopatologias; apresentação de filmes e debates; roda de conversa; grupo focal; mini cursos de maquiagem e partilha de experiências.

Na subcategoria *demanda*, foi possível constatar a quantidade e o perfil dos pacientes que são atendidos por cada residente em um determinado turno, contabilizando 5 pacientes por residente, sendo a maioria deles entre uma faixa etária de 20 a 45 anos. No entanto, esse número de atendimentos torna-se insuficiente diante da grande procura, causada pela ausência de assistência nos outros serviços de saúde mental do município de Bayeux.

Com efeito, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, implementada pela Lei nº 10.216 de 2001, é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, tais como: governo federal, estadual e municipal, universidades, serviços de saúde, conselhos profissionais, movimentos sociais. É um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. Encontra seu espaço de impasses, tensões, conflitos e desafios no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais¹².

A rede de serviços inclui: centros de atenção psicossocial (CAPS); equipes de saúde da família (ESF); centro comunitário; ambulatórios; consultórios de rua; hospital geral; residências terapêuticas; instituições de defesa dos direitos humanos, entre outros.

Desse modo, o atendimento em saúde mental, no nível ambulatorial, funda-se nos critérios de hierarquização e regionalização de acordo com as necessidades da população. Esse serviço deve oferecer: atendimento individual (consulta, psicoterapia); atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde); visitas domiciliares; atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde¹⁴. Essas atividades deverão ser realizadas por uma equipe multidisciplinar que deve desenvolver suas atividades de forma integralizada entre os profissionais de saúde, a comunidade e os demais serviços de saúde que integram a rede de saúde mental¹³.

Quadro 3 – Análise de conteúdo temático acerca da formação psiquiátrica realizadas no ambulatório de saúde mental. Bayeux-PB, 2014.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADE DE CONTEXTO
FORMAÇÃO PSIQUIÁTRICA	Aprendizagem	<p>“aqui foi onde eu aprendi psiquiatria”</p> <p>“temos bons professores, recursos de aula e excelente estrutura”</p> <p>“aqui não vejo casos muito graves, porém eu aprendo muito”</p>
	Efetividade	<p>“podemos flexibilizar o atendimento, reavaliando casos graves em curto prazo”</p> <p>“o lugar que a gente mais aprende é no ambulatório”</p> <p>“a repetição de casos aperfeiçoa nossa prática”</p>

Fonte: Pesquisa direta.

O Quadro 3 dispõe da categoria *formação psiquiátrica*, subdividida em duas subcategorias: *aprendizagem* e *efetividade*.

Na subcategoria *aprendizagem*, os residentes manifestaram a importância das atividades realizadas dentro do ambulatório de saúde mental, pois eles dispõem de uma grande variedade de pacientes tendo autonomia sobre eles, além de preceptores para auxiliá-los e guiá-los, não só na clínica como também através de aulas teóricas.

O consenso entre os entrevistados ressalta a importância de ter bons preceptores para a verdadeira expansão de seus conhecimentos, sendo uma realidade neste serviço. A experiência dos professores somada à vontade de aprender dos residentes é um fator essencial para a qualidade da formação profissional e, especificamente, na área psiquiátrica.

Na segunda subcategoria *efetividade*, percebeu-se que existe uma grande variedade de pacientes e oportunidade de flexibilizar o atendimento, tornando possível a reavaliação em “curto prazo” de casos que exigem uma maior atenção. Isso se traduz em maior resolutividade para o paciente e sua família, resultando em uma aderência ao tratamento.

Devido à grande demanda, os diagnósticos se repetem, e este fato, segundo os residentes, só engrandece a vivência deles. Deste modo, há em cada atendimento uma abordagem mais segura acerca da conduta demonstrando a autoconfiança adquirida. Ademais, os médicos, durante o processo de formação psiquiátrica, devem estar atentos para os fatores que interferem na humanização da assistência e na relação dialógica com os pacientes.

Assim, há uma recomendação curricular genérica de que a formação médica busque uma variação de cenários para o ensino prático. Na mesma linha, recomenda-se a inserção do aluno desde o início do curso em atividades práticas¹⁵. Por isso, dá-se tamanha importância às práticas ambulatoriais no decorrer da residência psiquiátrica.

Vale ressaltar que, em uma relação de ajuda, o processo terapêutico não acontece no paciente ou no profissional, mas entre os dois na comunicação

interpessoal, pois, através da escuta terapêutica, é possível ajudá-lo a encontrar seus próprios caminhos¹⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade é um dos princípios do Sistema único de Saúde (SUS), que implica no acesso universal e igualitário aos serviços de saúde no âmbito de uma rede de serviços integralizada, regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Desse modo, esse princípio prevê a coordenação comum de atores e organizações e a cooperação entre os serviços de saúde e os profissionais para melhor atender às necessidades da população.

Assim, é possível concluir que a efetividade da integralidade na formação médica, a partir da assistência oferecida no ambulatório de saúde mental tem como pressuposto basilar o papel dos profissionais de saúde como agentes de mudança, no contexto da atenção aos usuários do sistema de saúde - SUS. Essa perspectiva converge para a formação continuada na ótica da integralidade através do exercício do trabalho em equipe e da relação com a comunidade, desde o processo de formação do profissional de saúde.

Através dessa pesquisa foi possível constatar que o ambulatório de saúde mental do Centro Médico de Saúde da FAMENE (Bayeux-PB) é um espaço de aprendizagem teórica e prática, para os residentes em psiquiatria, uma vez que, além da orientação teórica ministrada pelos professores/preceptores, existe a significativa experiência do contato com os pacientes, bem como com os seus familiares e/ou cuidadores.

Desse modo, percebe-se que a instituição está comprometida com a implementação da Política de Saúde Mental no nível ambulatorial de assistência, haja vista o empenho em oferecer à comunidade o acesso aos serviços da clínica psiquiátrica, além da criação do projeto *Mães que Abraçam*, o qual pretende possibilitar a integração entre os profissionais de saúde para que possam trabalhar em equipe, através do desenvolvimento de ações lúdicas que integrem as mães e/ou cuidadores das crianças e adolescentes e a comunidade.

Por conseguinte, é preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo.

THE INTEGRALITY AT MENTAL HEALTH CLINIC AND ITS EFFECTIVENESS IN MEDICAL TRAINING

ABSTRACT

In the mental health surrounding context, integrality gained notoriety since Psychiatric Reform Movement, in which mental patients received a new perspective, arising an model based on assistance. The present study aimed at considering the effectiveness of integrality in medical training from the assistance offered at a mental health clinic. It is a descriptive research with a qualitative approach. The sample consisted of psychiatry residents. The study site was the medical center of Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, which works as a mental health clinic. As criteria for inclusion, it was required to be psychiatric resident and to accept to participate of the study by agreeing with the Informed Consent. An interview guide was used as a research instrument, composed of free response and multiplechoice

questions, related to the issue addressed in the study. For data analysis, it was used the content analysis based on Laurence Bardin. In the first subcategory – the concept –, it is indicated the speech of the participants, proving that it improves the medical practice and demonstrate the need of being applied by all the physicians, in order to treat patients holistically. In the second subcategory – the importance –, it becomes clear the unanimity in resident's opinion about the essentiality of this aspect, because it is fundamental to exclude organic diseases and to provide to the patient a right diagnosis and treatment. In the third subcategory – multidisciplinary – it is showed the need for closer relations between physicians and their specialties, and also for other health professionals, emphasizing the importance of the psychologist and the pedagogue. Thus, it is possible to conclude that the effectiveness of integrality in medical training, from the assistance provided in the mental health clinic, presuppose that health professionals play a role as change agents, in the context of care for the users of health system.

Key-words: Mental health. Integrality. Family medicine. Community. Therapeutic community.

REFERÊNCIAS

1. Araújo CLF. A prática do aconselhamento em DST/Aids e a integralidade. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Ed. Hucitec; 1999.
3. Brasil. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental. Ministério da Saúde: Brasília; 2005.
4. Santos L. SUS: o espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos. 2 ed. Campinas, SP: Saberes; 2009.
5. Malta DC. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. C S Col 2004; 7(1):61-6.
6. Prodanov CC. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale; 2013.
7. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9.ed. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.
8. Boni V. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. Revista Eletrônica dos Pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC. Santa Catarina; 2005.
9. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.

10. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003.
11. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha: direito à saúde mental. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; 2012.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 224/92, de 29 de janeiro de 1992. [acesso em: 03 dez. 2014] Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010. Ministério da Saúde: Brasília; Jan. 2010.
15. Furegato ARF, Moraes MC. Bases do relacionamento interpessoal em enfermagem in: PROENF- Saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana Editora; 2006. p.45-72.
16. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.4 CNE/CES de 7 de novembro 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para curso de graduação em Medicina. Diário Oficial.

Recebido em: 17.12.14 Aceito em: 24.04.15
--

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO DE CRIANÇAS AUTISTAS ATENDIDAS EM UMA ASSOCIAÇÃO DE JOÃO PESSOA-PB

Cyelle Carmem Vasconcelos Pereira¹
Thaís Alessandra da Silva Borges²
Rosa Rita da Conceição Marques³

RESUMO

O autismo é um transtorno de desenvolvimento, que se manifesta antes de 3 anos, cujas áreas afetadas são: interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo. Destas, buscamos pesquisar a evolução do quadro da interação no tratamento dos transtornos ocasionados pelo autismo. O presente estudo teve como objetivo geral: verificar a evolução da interação social através do tratamento de crianças autistas na Associação de Pais e Amigos dos Autistas no Estado da Paraíba. Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2014 e foi formalizada após aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE, sob o protocolo nº 133/2014, e foi realizada com base na Resolução CNS 466/2012. A pesquisa foi realizada na Associação de Pais e Amigos dos Autistas, no município de João Pessoa-PB. A amostra da pesquisa compõe-se de 10 mães ou pais de crianças autistas atendidas semanalmente. A pesquisa teve como instrumento para coleta de dados um formulário contendo perguntas objetivas e subjetivas. Os resultados indicam que 60% dos pais relatam a ausência de fala como o primeiro sintoma das crianças identificado pela família; 10% como uso inadequado de objetos; 10% como mau comportamento; 10% como falta de contato visual, e 10% como a falta de interação social. Com relação às evoluções apresentadas após o início do tratamento, 40% indicaram que houve melhora da autonomia, como ir ao banheiro ou comer sozinho. 20% apresentaram evolução na interação com pessoas e 20% melhora na concentração e na atenção. Verificamos, portanto, que algumas crianças apresentaram melhoras quanto à concentração e atenção às atividades. Alguns pais relataram a melhora no aspecto do atendimento dos comandos, o que demonstra ser extremamente interessante na relação familiar.

Palavras-chave: Autismo Infantil. Deficiências do Desenvolvimento. Evolução Clínica. Terapêutica.

INTRODUÇÃO

A Síndrome do Autismo é um transtorno de desenvolvimento, que se manifesta antes de 3 anos, cujas áreas afetadas são: comunicação, interação social e comportamento restrito e repetitivo. O termo autista vem do grego *autós*, que

¹ Especialista em Psicopedagogia Institucional e Clínica pela CINTEP-PB. Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. End.: Rua Caetano Figueiredo, 2385, apto. 102, Cristo Redentor. João Pessoa-PB. CEP: 58071-220. Tel.: (83) 8801-3073. E-mail: cy_carmem@hotmail.com.

² Acadêmica em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. E-mail: thais_e_e@hotmail.com.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Membro titular do Conselho Estadual de Saúde do Estado da Paraíba. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança e coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE.

significa “de si mesmo”. Foi introduzido na psiquiatria por Plouller, após estudar pacientes que tinham o diagnóstico de demência precoce, mudando para esquizofrenia. Em 1943, Leo Kanner definiu o autismo para designar o quadro apresentado por 11 crianças cujas tendências ao retraimento foram observadas ainda no primeiro ano de vida e tinham certas características comuns. A mais notável era a dificuldade de relacionamento com pessoas.

Diversos autores^{1,2,3} afirmam que os autistas podem apresentar uma disfunção na integração sensorial, onde se tornam hipo ou hipersensíveis aos estímulos que se relacionam no ambiente cotidianamente, fazendo com que tarefas simples tornem-se complexas.

O autismo é uma síndrome comportamental com etiologias múltiplas e curso de um distúrbio de desenvolvimento. Ele foi caracterizado por um déficit na interação social, visualizado pela inabilidade em relacionar-se com o outro, usualmente combinado com déficits de linguagem e alterações de comportamento. Calcula-se que, no Brasil, possam existir aproximadamente 68 a 195 mil autistas. Aproximadamente, 60% dos autistas apresentam valores de QI abaixo de 50, 20% oscilam entre 50 e 70, e apenas 20% têm inteligência acima de 70 pontos⁴.

O autismo apresenta também as seguintes características, embora nem todas as crianças possuem todas elas: respostas anormais a estímulos auditivos; pouco contato visual com as pessoas; ausência ou atraso de linguagem nos primeiros anos de vida; o comportamento baseado em rotinas; resistência a mudanças; dificuldades no desenvolvimento das habilidades físicas, sociais e de aprendizagem; autodestruição ou comportamentos agressivos com outras pessoas; fascinação por objetos rotativos, como ventiladores, piões etc.; choro ou riso incontroláveis e sem motivo; reação exagerada a estímulos sensoriais, como luz, dor ou som.

O Autismo, na atualidade, é designado como Transtorno do Espectro Autístico, o qual vem sendo estudado e debatido há mais de 70 anos. Entre as décadas de 1940 e 1990, há um salto temporal no que diz respeito aos estudos sobre o autismo, de forma que, durante esses anos, houve pouca evolução nas pesquisas voltadas para essa área. Somente em meados da década de 1990 é que houve uma evolução nas pesquisas nessa área, dando início a uma nova etapa de investigação, em que foram utilizadas, como ponto de partida e figura de fundo, as observações de Kanner em 1942⁵.

Ao considerar o déficit de pesquisa nessa temática, surgiu o interesse em pesquisar sobre autismo a partir das seguintes questões norteadoras: qual o quadro clínico interacional das crianças autistas? Qual a evolução da interação social a partir do início do tratamento dessas crianças?

Diante destes quadros, a pesquisa teve como objetivo geral verificar a interação social do tratamento e evolução das crianças autistas atendidas em uma associação de João Pessoa-PB.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Associação de Pais e Amigos dos Autistas – ASAS-PB, no município de João Pessoa-PB.

A população da pesquisa foi composta por 18 pais/mães de crianças autistas atendidas semanalmente na referida associação. A amostra foi composta por 10 pais/mães. Os critérios de inclusão da amostra foram: pais/mães de crianças diagnosticadas com a síndrome do autismo atendidas na Associação de Pais e

Amigos dos Autistas há pelo menos 1 ano; o atendimento ser de pelo menos 2 vezes por semana; e pais/mães alfabetizados. Os critérios de exclusão foram: pais/mães que não aceitarem participar da pesquisa e não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2014, após aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da FACENE/FAMENE, sob o protocolo nº 133/2014 e CAAE 35626714.1.0000.5179. Os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e receberam uma cópia do documento. A pesquisa foi realizada com base na Resolução CNS nº 466/2012, dos aspectos éticos que trata do envolvimento de seres humanos em pesquisa⁶.

Para a coleta dos dados, foi aplicado um formulário estruturado, em duas partes, contendo questões referentes à temática: Parte I - dados de identificação da criança autista e dos pais, e Parte II - questões norteadoras com a temática, autismo.

Para análise dos dados, foi utilizado o método quantitativo. Os resultados encontrados foram apresentados em tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra analisada foram 10 pais/mães de crianças autistas, atendidas na Asas-PB, num período mínimo de 1 ano de tratamento.

Sabe-se que o diagnóstico precoce é de essencial importância para iniciar o tratamento o mais rápido possível. Dentre os resultados obtidos, a média de idade em que a criança foi diagnosticada com autismo foi entre 2 a 6 anos. A maior parte, 40%, estava com 2 anos de idade quando foram diagnosticadas autistas.

“A demora no diagnóstico pode desenvolver sérios problemas de conduta, mais tarde, difíceis de corrigir”⁷ Observa-se, portanto, que a maior parte das crianças teve o diagnóstico precoce, o que possibilitou o início da intervenção terapêutica em curto tempo espaço de tempo.

Tabela 1 – Dados socioeconômicos das crianças autistas e dos pais.

Idade das crianças	Nº	%
5 anos	01	10%
6 anos	01	10%
7 anos	01	10%
8 anos	02	20%
9 anos	03	30%
13 anos	01	10%
15 anos	01	10%

Escolaridade dos pais	Nº	%
Nível Médio	02	20%
Nível Superior	08	80%

Renda familiar	Nº	%
2 salários mínimos	02	20%
3 ou mais salários mínimos	08	80%

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores (2014).

De acordo com a Tabela 1, a média de idade das crianças autistas, atendidas na Associação, é entre 5 a 15 anos. A escolaridade dos pais atinge 80% com nível superior, o que constata um grau de educação mais elevado. Quanto à renda, constatou-se que 80% dos pais recebem 3 ou mais salários mínimos. Isso sugere que as famílias são de classe média e possuem um bom grau de conhecimento.

Quanto aos aspectos específicos da pesquisa, 60% dos pais relatam a ausência da fala como o primeiro sintoma das crianças identificado pela família (Tabela 2). Os demais 40% identificaram: 10% como uso inadequado de objetos, 10% como mau comportamento, 10% como falta de contato visual, 10% como a falta de interação social.

Tabela 2 - Primeiro sintoma de autismo identificado pelos pais na criança.

PRIMEIRO SINTOMA IDENTIFICADO DO AUTISMO	n	%
Ausência da fala	06	60%
Uso inadequado de objetos	01	10%
Mau comportamento	01	10%
Falta de contato visual	01	10%
Interação social	01	10%
Total	10	100%

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores (2014).

Percebe-se, portanto, que a falta de comunicação é o sintoma mais aparente do autismo e o que causa grandes transtornos para a criança quanto à interação social. Devido à dificuldade em se comunicar, as crianças autistas não conseguem dizer o que querem, não conseguem responder perguntas e até negarem aquilo que as desagradam. A linguagem é um ponto crucial para os autistas, pois é o que dificulta a aproximação das pessoas. Daí, podem surgir preconceitos e afastamentos de outras crianças e até mesmo de adultos.

Dentre as dificuldades encontradas relacionadas à interação social antes de iniciar o tratamento na Asas-PB, 60% dos pais relatam a falta de comunicação e interação com outras crianças; seguido de 20% com dificuldade de concentração advindo da hiperatividade; 10% com aversão a barulhos e falta de contato visual; e 10% com presença de autolesão.

A interação social é o segundo aspecto mais afetado depois da comunicação das crianças autistas, e um dos que mais chamam a atenção das outras pessoas. É um dos pontos vulneráveis da Síndrome do Autismo, sendo quase que 100% recorrentes em autistas. É notório que desvios e comprometimentos ocorram também em outras síndromes e doenças, mas no autismo sua permanência é quase que absoluta.

Fica claro que a comunicação é um fator importantíssimo para a interação e, uma vez que esta também é afetada, fica quase impossível ocorrer socialização de maneira plena. Por isso, é de suma importância ficar atento ao comportamento diário da criança em casa, comparar suas atitudes com as atitudes de crianças da mesma idade, verificar o desenvolvimento da fala, a capacidade de ouvir, compreender e interpretar sinais, sejam eles visuais ou auditivos, acompanhar aprendizados básicos como comer sozinho, por exemplo.

Com relação ao tempo de tratamento, 60% das crianças são atendidas na Asas-PB desde sua fundação, há 5 anos; 10% há 4 anos; e 20% há 2 anos. Aqueles que estão há mais tempo, atingem mais resultados e respondem melhor aos estímulos, como ter mais tolerância e saber esperar por algo. Mesmo assim, os que estão em tratamento há apenas 1 ano já apresentaram melhoras no quesito atenção/concentração, contato visual e interação com outras crianças. Isto se deve ao trabalho feito pelos profissionais que atendem na Asas-PB quanto à necessidade de organizar a rotina das crianças, determinando horários para cada atividade, mostrando para ela que há hora para tudo e, assim, ameniza-se a ansiedade tão comum nos autistas. Assim, “o grau de desenvolvimento do autista está diretamente ligado às questões de estimulação, atendimento especializado e conhecimento adequado de como lidar com as situações do seu cotidiano”.⁸

As abordagens pedagógicas em pessoas com autismo são de base comportamental. No entanto, não visam aprisioná-las a condicionamentos específicos, antes, tentam livrá-las das limitações comportamentais que lhes trazem dano.⁹ As técnicas de modificação de comportamento utilizam estímulos positivos para induzir melhorias, como um elogio ou um alimento. “Tanto a inteligência quanto a afetividade são mecanismos de adaptação, permitindo ao indivíduo construir noções sobre os objetivos, as pessoas e as situações, conferindo-lhes atributos, qualidade e valores”.¹⁰

Dentre os pontos que apresentaram melhoras e avanços, autonomia para fazer as atividades diárias sozinho apresentou o melhor resultado em 50% das crianças participantes da pesquisa. Atividades como ir ao banheiro, beber água, comer e vestir-se foram as evoluções mais relatadas entre os pais. Outros 50% dos pais identificaram outras conquistas como: Interação com outras crianças; Concentração e atenção / atendimento a comandos; Bom comportamento; Maior contato visual; Aquisição de alguma ou mais linguagem verbal; Atividades pedagógicas como escrever, com aquisição de melhor coordenação motora.

Para aqueles que apresentam algum nível de comunicação, suas falas podem apresentar som melódico e a linguagem é ecológica, ou seja, há repetição de palavras, mais ou menos como acontece com os papagaios na imitação da fala humana, e falta de coesão entre frases, ou seja, quase não utilizam conjunções, pronomes, ocorre, predominantemente, o uso de substantivos e adjetivos.

Após o início do tratamento, 40% dos pais indicaram que houve melhora da autonomia, como ir ao banheiro ou comer sozinho; 20% apresentaram pouca ou significativa evolução na interação com pessoas e melhora na concentração e na atenção. Curiosamente, percebeu-se que este último é o primeiro aspecto detectado pelos pais, mesmo após pouco tempo de tratamento, como é o caso das 2 crianças atendidas há 1 ano na Asas-PB. Mesmo após o tratamento, 40% das crianças ainda resistem à obediência aos pais, ou seja, não atendem aos comandos e possuem mau comportamento e birra (Tabela 3).

Tabela 3 – Melhoras e avanços de desenvolvimento das crianças após o início do tratamento na Asas-PB.

MELHORAS E AVANÇOS APÓS O INÍCIO DO TRATAMENTO NA ASAS-PB.	n	%
Houve melhora da autonomia	04	40%
Pouca ou significativa	02	20%
Não atendem aos comandos e possuem mau	40	40%

comportamento e birra.

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores (2014).

Sobre o questionamento do que ainda precisa melhorar, 40% dos pais relataram que a atividade da vida diária ainda é um aspecto que pode ser aprimorado, sendo este de suma importância para a independência e autonomia da criança. Outros 40% indicaram o comportamento e a hiperatividade como sendo um problema persistente entre seus filhos. Os demais, 20%, afirmam que a fala e comunicação são empecilhos que interferem no desenvolvimento das crianças. Diante destes pontos a serem melhorados, foi relatado, ainda, a necessidade de aumentar a frequência do tratamento, não sendo suficiente apenas 2 vezes por semana.

Quanto às dificuldades para desenvolver ainda mais o processo de interação social, a autonomia para a atividade diária ainda é uma grande dificuldade no processo de interação social. A dependência em algumas atividades em casa, ou fora dela, causam desconforto e cansaço, seja no cuidador seja nos professores.

O preconceito da sociedade em aceitar crianças especiais / inclusão / aceitação pela dificuldade / contato com outras crianças é o segundo ponto mais relatado pelos pais como uma dificuldade. Neste aspecto, o não conhecimento sobre o assunto é um empecilho para se aproximar e permitir que a criança autista se aproxime. Como os autistas possuem um comportamento diferente das demais crianças, isto provoca medo nas pessoas de como elas possam agir.

A falta ou a dificuldade de comunicação dos autistas acaba provocando a rejeição de outras crianças. Daí, surge a dificuldade de compreensão das brincadeiras e da linguagem. Por não compreender sua fala ou a ausência dela, as crianças acabam deixando o autista escanteado. Cabe aos educadores e aos pais facilitarem essa difícil comunicação, para que, no futuro, a interação social seja possível para os autistas.

A hiperatividade e a agitação em ambientes barulhentos e desconhecidos provocam mudança de comportamento na família inteira. Se a criança se agita ou se nega a permanecer num ambiente incômodo para ela, a família acaba tendo que se adaptar ao desejo da criança e se afastar do ambiente. Muitos pais relataram que deixam de sair ou voltam para casa mais cedo porque a criança não conseguiu manter-se calma ou não se adaptou ao ambiente. Festinhas infantis com muitos estímulos visuais e auditivos são grandes desafios para alguns autistas. O que acaba sendo um aspecto bastante negativo, uma vez que, exatamente nestas festas, as crianças aprendem a brincar, a se respeitarem, a gostar de estarem em companhia umas das outras.

Outro ponto bastante relevante para a interação social é a falta de preparo e formação profissional para lidar com crianças especiais nas escolas. Ainda há muito o que conquistar no quesito educação para crianças autistas. O assunto ainda é pouco discutido, mesmo diante do aumento dos casos clínicos, conseqüentemente, as escolas não se preparam para recebê-los. Os pais, infelizmente, ainda encontram resistência e dificuldade em achar, de fato, escolas inclusivas. 10% responderam que a falta de percepção e controle da força são dificuldades ainda enfrentadas.

Quanto às atividades diárias, os aspectos em que houve melhora e organização foram ir ao banheiro sozinho em 30% das respostas dos pais; 20% relataram que seus filhos colocam a comida sozinho no prato, sentam na mesa, lavam as mãos; 20% se vestem sozinhos; 20% pegam água na geladeira, escovam

os dentes sozinhos; 20% tomam banho sozinhos, embora ainda com dificuldade; 10% alimentam-se sozinhos, vestem-se, escovam-se; em 10% houve melhora no contato visual e fala; apenas em 10% não houve melhora. Este último refere-se ao adolescente de 15 anos, que iniciou o tratamento tardiamente e possui um quadro de autoagressão.

As equipes envolvidas na intervenção do desenvolvimento dos autistas têm conseguido que crianças menos comprometidas tornem-se mais sociáveis, usando construtivamente as habilidades aprendidas, apesar da manutenção das estereotípias.¹¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as informações coletadas através da pesquisa, constatamos que o tratamento terapêutico para crianças autistas, iniciado o quanto antes, logo após o diagnóstico, é de extrema importância, pois irá beneficiá-lo de diversas maneiras.

A dificuldade de comunicação associada à hiperatividade, que alguns apresentam, deixa-as irritadas e desorganizadas na sua rotina. Sabe-se que a ordem e a vida regrada é essencial para o aprendizado diário dos autistas, e o tratamento propicia que elas entendam suas próprias limitações e a limitação do outro em entendê-lo. Assim, aprende maneiras específicas de se comunicar e chamar a atenção de adultos e crianças para suas necessidades.

Verificamos, portanto, que, em pouco tempo de tratamento, algumas crianças apresentaram melhoras quanto à concentração e atenção às atividades. Alguns pais relataram a melhora no aspecto do atendimento dos comandos, o que demonstra ser extremamente interessante na relação familiar, pois uma das características apresentadas nas crianças, antes de qualquer diagnóstico, é a aparente “surdez” das crianças. Na verdade, ela escuta, mas não atende ou não se interessa, e o tratamento na Asas-PB tem contribuído para que esse canal de comunicação entre pais e filhos esteja aberto.

Outro ponto apresentado pelos pais foi a evolução nas atividades diárias. Ter autonomia é essencial para o autista, uma vez que, inicialmente, apresentam uma significativa dependência dos pais. Ações como vestir-se, comer sozinho e ir ao banheiro para muitos parece natural; para o autista é uma conquista alcançada com muito esforço e dedicação de pais e profissionais, que tentam tornar sua vida mais fácil e mais aceita.

Sendo assim, as associações especializadas em tratamento de autistas trabalham para que a vida destas crianças sejam autônomas e mais organizadas, que suas limitações não sejam empecilhos para seu desenvolvimento. Muito pelo contrário, o trabalho é voltado para a aceitação dos autistas pela sociedade, contribuindo com a inclusão social e emocional.

TREATMENT AND DEVELOPMENT OF THE AUTIST CHILDREN ATTENDED AT AN ASSOCIATION IN JOÃO PESSOA CITY - PARAIBA STATE - BRAZIL

ABSTRACT

The autism is a disturbance of development and it generally appears before 3 years old, the affected areas are: Social interaction, communication, restrict and repeated behavior. Thus, we researched the development within the interaction in the treatment of the disturbances caused by autism. This present work has as general goal: to verify the development of the social interaction through the treatment of autist

children at the Association of parents and friends of autists in Paraíba state Brazil. The research is from a descriptive nature with quantitative approach. The gathering data were held in the months of (October and November), in 2014 and it was approved by the committee of Ethics and Research at FACENE/FAMENE, bill number 133/2014, with the resolution CNS 466/2012. The sample was composed by (10 parents of autistic children) that were attended each week. The research had as instrument for gathering data a form containing objective and subjective questions. The results indicates that 60% of the parents related the absence of speech as the first symptom, identified by the family; 10% as the inadequate manipulation of objects; 10% as bad behavior; 10% as lack of visual contact; and 10% as lack of social interaction. In relation to the development presented after the beginning of treatment, 40% pointed that there was an improvement of autonomy, such as: go to the toilet or eat alone. 20% presented development with social interaction and 20% improved their focus and attention. Then we verified that some children presented an improvement in relation to focus and attention to activities. Some parents related an improvement in the way the children move and act when answering commands, it is very important because it indicates a better family link.

Key-words: Infant autism. Disturbances in the development. Clinic evolution. Therapeutic.

REFERÊNCIAS

1. Schwartzman JS, Assumpção JR, F.B. Autismo infantil. São Paulo: Memnon; 1995.
2. Machado ML, Negrine AD. Educação e terapia da criança autista: uma abordagem pela via corporal. Dissertação [Mestrado em Ciências do Movimento Humano] Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2001.
3. Sussam F. Mais do que palavras. 5 ed. Canadá: TBHFPD; 2004.
4. Gillberg C. Infantile autism: diagnosis and treatment. Acta Psychiatr Scand. 1990;81:209-15.
5. Andrade MP. Autismo e integração sensorial: a intervenção psicomotora como um instrumento facilitador no atendimento de crianças e adolescentes autistas. 2012. Dissertação [Mestrado em Educação Física] Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Viçosa; 2012.
6. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012. Comitê de Ética em Pesquisa. CONEP juntamente com outros setores do Ministério da Saúde, estabelecerá normas e critérios para: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, Brasília; 2013.
7. Szabo C. Autismo em questão. São Paulo: Mageart; 1995.
8. Rodrigues JMC, Spencer E. A criança autista: um estudo psicopedagógico. Rio de Janeiro: Wak Editora; 2010.

9. Cunha E. Autismo e Inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak Editora; 2010.
10. Porto O. Psicopedagogia Institucional: teoria, prática e assessoramento psicopedagógico. 3. ed. Rio de Janeiro: Wak; 2009.
11. Carla D. O pedagogo na educação da criança autista. Webartigos; Fev. 2008 [acesso em: 03 set. 2014] Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/o-pedagogo-na-educacao-da-crianca-autista/4113/>.

Recebido em: 31.03.15 Aceito em: 27.04.15
--

VASECTOMIA EM CADÁVER: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA

Renatha Figueiredo de Oliveira¹
Kíssia Roberta de Luna Celani²
Tânia Regina Ferreira Cavalcanti³

RESUMO

A vasectomia consiste em um procedimento em que parte do ducto deferente é ligada e/ou excisada por meio de uma incisão na parte póstero-superior do escroto. Portanto, o líquido ejaculado não contém espermatozoides, apenas a secreção decorrente das glândulas seminais, próstata e glândulas bulbouretrais. O ducto deferente começa na cauda do epidídimo, ascende passando medial ao mesmo e atravessa a parede anterior do abdome através do canal inguinal. A pesquisa utilizou um cadáver da Faculdade de Medicina Nova Esperança, após a aprovação da instituição através do Projeto Anatomia Aplicada, conservado em formaldeído 10% e instrumentos cirúrgicos e de dissecação (pinças, bisturis, lâminas, tesouras, entre outros). O Cadáver foi colocado em decúbito dorsal, e o pênis, preso ao abdome; para que tivesse um melhor acesso a face póstero-lateral do escroto. A partir da visualização do polo inferior do escroto e palpação da região imediatamente posterior e superior a este, foi possível definir o local para execução do procedimento. Realizou-se uma incisão de 03 cm, com posterior dissecação das camadas do escroto e demais envoltórios: pele, túnica, dartos, fáschia espermática externa, fáschia cremastérica e músculo cremáster, fáschia espermática interna e a lâmina parietal da túnica vaginal. Com a exteriorização do ducto deferente, foi feita a ressecção de um segmento deste e, em seguida, a sutura de suas extremidades. O presente procedimento não pode ser realizado de acordo com os métodos tradicionais utilizados em cirurgias de esterilização in vivo, pelas condições de enrijecimento do corpo após a morte e a fixação em formol. Durante o procedimento, foi possível localizar, através da palpação, o ducto deferente, no entanto, não se pôde isolá-lo digitalmente e por esse motivo também a incisão realizada foi maior do que o esperado. Vale ressaltar que apesar de todas as camadas existentes foi fácil se chegar ao ducto deferente.

Palavras-chave: Vasectomia. Espermatozoide. Ducto deferente.

INTRODUÇÃO

¹ Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE e extesionista do Projeto Anatomia Aplicada. End.: Rua Desembargador Aurélio Moreno Albuquerque, 45, Residencial Polaris, apto 403, Jardim Cidade Universitária, João Pessoa-PB. E-mail: renatha_figuei@hotmail.com.

² Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) e extesionista do Projeto Anatomia Aplicada.

³ Docente de Anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) e coordenadora do Projeto Anatomia Aplicada.

O método comum de esterilização masculina é uma deferentectomia, comumente denominada vasectomia. É um procedimento simples, seguro, pouco invasivo e não há necessidade de internação hospitalar, podendo ser realizado no próprio consultório médico¹.

Apesar de difundida e bastante utilizada em países desenvolvidos, como Canadá, Austrália, Estados Unidos e Holanda, a vasectomia apresenta baixa prevalência de uso na maioria dos países em desenvolvimento, incluindo os países da América Latina. No Brasil, mesmo havendo, recentemente, um aumento nesse percentual, a prevalência ainda é baixa².

De acordo com a Constituição Brasileira, no artigo 10 da Lei nº 9.263 de 1996, é:

Permitida a prática de esterilização voluntária em homens com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.³

Dentre as principais razões que levam a realização da vasectomia, encontram-se segurança e simplicidade para evitar a gravidez (25,92%); doença de risco associada à gestação (25,92%); dificuldades financeiras (22,22%), não adaptação e/ou efeitos adversos a outros métodos (18,51%), maior comodidade (3,70%) e idade materna avançada (3,70%)⁴.

A deferentectomia ou vasectomia consiste na excisão e/ou ligadura de parte do ducto deferente por meio de uma incisão na porção superior do escroto⁵. Dessa forma, impede que o líquido ejaculado produzido pelas glândulas seminais, pela próstata e pelas glândulas bulbouretrais contenha espermatozoides. Os espermatozoides não-expelidos degeneram-se no epidídimo e na porção proximal do ducto.

O ducto deferente é a continuação da cauda do epidídimo no polo inferior do testículo, ascende posteriormente a este, segue no interior do funículo espermático, adentra no abdome através do canal inguinal, cruza os vasos ilíacos externos e entra na pelve, conduzindo espermatozoides até o ducto ejaculatório, que desemboca na porção prostática da uretra⁶ e, assim, os espermatozoides seguem pela uretra membranácea e esponjosa até o meio externo. Mede cerca de 30 cm de comprimento, e próximo a sua terminação tem uma dilatação que recebe o nome de ampola do ducto deferente.

Esse conduto possui paredes musculares relativamente espessas e uma luz muito pequena, conferindo-lhe firmeza como um cordão⁵. Tal fato justifica a crucial importância da palpação da região durante o procedimento cirúrgico, para assim distinguir dos elementos que o cercam e localizá-lo com precisão.

O ducto deferente é o componente primordial do funículo espermático, que também contém artéria testicular, artéria cremastérica, artéria do ducto deferente, plexo pampiniforme, ramo genital do nervo genitofemoral e vasos linfáticos. O funículo se estende do polo superior do testículo até o anel inguinal profundo e é revestido por pele, túnica dartos e músculo dartos, fáscia espermática externa, fáscia cremastérica e músculo cremáster e fáscia espermática interna⁵.

Sobre o procedimento cirúrgico, são realizadas as técnicas antissépticas adequadas e a anestesia é local, com o bloqueio do cordão espermático e da bolsa escrotal realizado com lidocaína 1 a 2% ou com bupivacaína 0,5%, ambos sem vasoconstritores^{7,8}. Dura cerca de 30 minutos e, geralmente, o paciente volta as

suas atividades cotidianas em 48 horas e à atividade sexual sem desconforto em sete dias. As relações sexuais tornarão seguras somente após vinte ejaculações, e aconselha-se a realização de um espermograma, que irá comprovar a ausência de espermatozoides⁹.

Apesar de ser um método eficaz, a vasectomia pode apresentar um risco mínimo de falha, por isso, o uso de outros métodos anticoncepcionais durante os três primeiros meses após a cirurgia se faz necessário. Casos de fertilização em pós-vasectomizados ocorreram quando o paciente não realizou o exame de sêmen, não comprovando a ausência de espermatozoides no ejaculado, tendo sua fertilidade ainda preservada mesmo após o procedimento¹⁰.

Para homens que fizeram vasectomia e manifeste o desejo de ter filhos, é possível fazer a reversão cirúrgica. No entanto, esse é um procedimento mais delicado, realizado em nível hospitalar, sob anestesia troncular, com a utilização de material de microcirurgia, incluindo microscópio, e a taxa de sucesso operatório varia de acordo com a duração de anos decorridos após a esterilização¹¹.

Quanto às complicações no pós-operatório, normalmente, elas são mínimas, podendo haver formação de hematoma, presença de dor, de edema, de infecção, de epididimite⁴. Esse procedimento também não apresenta relação com a impotência sexual, mesmo sendo esse o motivo de grande receio masculino para a realização desta cirurgia¹².

O presente trabalho objetiva realizar o procedimento de deferentectomia em cadáver, utilizando as mesmas técnicas operatórias *in vivo*, com a finalidade de analisar a estratigrafia anatômica da bolsa escrotal e do funículo espermático e conhecer os materiais e técnicas utilizados nesse ato cirúrgico.

RELATO

Para a realização de tal procedimento foi utilizado um cadáver masculino conservado em formaldeído a 10% do Laboratório de Anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança, após a aprovação da instituição através do Projeto Anatomia Aplicada. Os materiais utilizados foram lâminas de bisturis, cabos número 4 e 3 de bisturi, pinças de dissecação com e sem dente, pinça de Adson, tesouras Metzenbaum e Mayo, pinça hemostática não traumática, porta agulha de Mayo-Hegar, fios de sutura, fios para realização de nó cirúrgico, luvas de procedimento, máscaras e óculos de proteção.

Por se tratar de um cadáver, a aplicação do anestésico local e os cuidados com a assepsia, como colocação de campo cirúrgico e uso de antisséptico e de luvas estéreis, não foram necessárias. Inicialmente, o cadáver foi colocado na posição de decúbito dorsal e o pênis preso ao abdome para melhor exposição e manejo do campo operatório; em seguida foi feita a tricotomia local com tesoura Metzenbaum e uma pequena incisão na região póstero-lateral do escroto direito com bisturi cabo 4. A definição do local de incisão é a partir da visualização do polo inferior do escroto e palpação da região imediatamente posterior e superior a este⁵, com a finalidade de sentir o ducto deferente. A incisão é em cerca de 3 cm, com diérese da pele, tecido celular subcutâneo (TCS) e músculo dartos, fásia espermática externa, músculo cremáster, fásia cremastérica e fásia espermática interna, adentrando no funículo espermático para, então, atingir o ducto deferente.

Após diérese, a região posterior é novamente palpada para localizar o ducto, que, com auxílio da pinça de Adson, é isolado e exposto para o meio externo. Com duas pinças hemostáticas não traumáticas, o ducto deferente é clampeado a

montante e a jusante, e é realizado o entrelaçamento dessas regiões com fios cirúrgicos, sendo o nó tipo Doyen o escolhido para garantir a obliteração ductal. Em seguida, a descontinuidade do ducto deferente é realizada com tesoura Mayo e a síntese cutânea é feita com pontos simples, com auxílio do porta agulha Mayo-Hegar, pinça de dissecação sem dente e fio de sutura, finalizando a vasectomia.

No lado contralateral, foi realizada a dissecação de toda região genital, começando externamente no monte pubiano até o septo escrotal internamente, com retirada de toda pele e exposição da estratigrafia local. Após ultrapassar as camadas já citadas, o funículo espermático foi incisionado para expor suas estruturas, sendo observado um conteúdo de “cor marrom”, contendo vasos sanguíneos (artéria testicular, artéria cremastérica, artéria do ducto deferente e plexovenoso pampiniforme) e, profundamente, o ducto deferente. O mesmo também foi pinçado, isolado e cortado de forma igual ao lado oposto. A região genital direita do cadáver serviu para simular o procedimento *in vivo* e o lado esquerdo para evidenciar as camadas anatômicas.

Em seguida, foi traçada uma linha imaginária que circundava as espinhas ilíacas ântero-superiores para iniciar a dissecação da coxa e da região glútea, se estendo até cerca de 25 cm distais. Foi retirada a pele, com bisturi cabo 4 e pinça de dissecação com dente, o tecido celular subcutâneo e a fáscia lata e fáscia glútea, com bisturi cabo 3 e pinça de Adson, deixando expostos os músculos.

Na região anterior e medial, ficaram expostos os músculos: grácil, adutor longo, pectíneo, iliopsoas, porção proximal do sartório e do quadríceps femoral; na região posterior: glúteos máximo e médio, porção proximal da cabeça longa do bíceps femoral e do semitendíneo. O trato iliotibial foi conservado na porção lateral do membro inferior. A artéria, veia e nervo femorais foram preservados e expostos, e os linfonodos inguinais superficiais foram descartados com a retirada do TCS e fáscia lata.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como o laboratório de anatomia da instituição acima citada apresenta muitos cadáveres à disposição do aluno para ampliação dos conhecimentos anatômicos, é interessante o uso destes na simulação de pequenos atos cirúrgicos, como a vasectomia, pois além de ser possível observar as estruturas anatômicas do local, permite a familiarização com os materiais e as técnicas operatórias necessárias para uma cirurgia eficaz.

O presente procedimento não pôde ser realizado de forma fidedigna ao modo *in vivo* devido às condições de enrijecimento cadavérico e a fixação em formaldeído. Durante a técnica simulatória, o TCS e o músculo dartos encontraram-se intimamente ligados a pele, não sendo possível a permanência da túnica dartos no cadáver; as fáscias espermática externa, cremastérica e espermática interna foram isoladas satisfatoriamente, no entanto, o músculo cremáster não foi separado da fáscia cremastérica.

Outro fator relevante foi a palpação da região, que permitiu a localização do ducto deferente, comprovando que, sem esta prática, há maior dificuldade em localizar o mesmo. Mas não foi possível isolá-lo digitalmente, sendo utilizada a pinça de Adson e realizada uma incisão maior que a esperada. Vale ressaltar que apesar de todas as camadas existentes foi fácil se chegar ao ducto deferente e que essa prática constituiu uma oportunidade única para ampliação do conhecimento na área da anatomia e da técnica operatória de pequena cirurgia.

VASECTOMY IN CORPSE: REPORT OF AN EXPERIENCE OF MEDICAL STUDENTS

ABSTRACT

A vasectomy is a procedure in which part of the vas deferens is connected and / or excised through an incision in the posterior superior part of the scrotum. Therefore, the fluid does not contain sperm ejaculated, only the secretion resulting from the seminal vesicles, prostate and bulbourethral glands. The vas deferens begins at the tail of the epididymis, ascends medial to it and passing through the anterior wall of the abdomen through the inguinal canal. A corpse School of Medicine New Hope kept at 10% formaldehyde and surgical instruments and dissecting (forceps, scalpels, blades, scissors, etc.) was used. The corpse was placed supine, and the penis, attached to the abdomen; so you had better access to posterior lateral side of the scrotum. From the visualization of the inferior pole of the scrotum and palpation of the posterior and immediately above this region it was possible to set the location for performing the procedure. Held an incision of 03 cm, with further dissection of the layers of the scrotum and other wraps: skin, dartos tunic, external spermatic fascia, cremasteric fascia and cremaster muscle, internal spermatic fascia and the parietal vaginal tunic. With the externalization of the deferent duct, resection of a segment of this and then the suture ends was taken. This procedure can't be performed according to the traditional methods used in sterilization surgeries in vivo, by the conditions of stiffening of the body after death and formaldehyde fixation. During the procedure could be located by palpating the vas deferens, however, it was not possible to isolate it digitally and therefore also the incision was higher than expected. It is noteworthy that despite all the existing layers was easy to reach the vas deferens.

Key-words: Vasectomy. Spermatozoa. Vasdeferens.

REFERÊNCIAS

1. Alvez LS, Alves GC. Contracepção masculina – vasectomia: experiência em clínica privada / Men'scontraception – vasectomy: a privateclinicsurvey. Ver méd Minas Gerais. 2003; 13 (1): 14-17.
2. Marchi NM, Alvarenga AT, Osis MJD, Godoy HMA, Guimarães MGB, Bahamondes L. Consequências da vasectomia: experiência de homens que se submeteram à cirurgia em Campinas (São Paulo), Brasil. Saude soc. 2011; 20 (3): 568-578.
3. Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 jan 1996; Seção 1.
4. Taguchi WS, Nóbrega MGG, Santos JH, Roncada EVM, Nakazora DY et al. Características dos homens submetidos à vasectomia no serviço de urologia do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Estado do Paraná. ActaSci Health Sci. 2005, 27 (2): 189-93.

5. Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. Anatomia orientada para clínica. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011.
6. Dangelo JG, Fattini CA. Anatomia Humana Básica. Rio de Janeiro: Atheneu; 2006.
7. Manica J. Anestesiologia: princípios e técnicas. Rio de Janeiro: Atheneu; 2003.
8. Palma PCR, Kague AS, Rodrigues Netto Júnior N. O bloqueio anestésico do cordão espermático nas cirurgias escrotais a nível ambulatorial / Anestheticblockofspermaticcord in the scrotalambulatorysurgeries. An. Paul. Med. 1985; 112 (2): 17-20.
9. Moreira KAP, Costa AAR, Araújo MAM, Queiroz MVO. Causas e características da resistência à vasectomia em homens. Rev. Rene. 2008; 9 (2).
10. Organização Mundial de Saúde. Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais. [monografia em internet] Secretaria Geral da OMS; 2008. [01/06/2014] Disponível em: <https://www.who.int/reproductive-health/publications/pt/mec/mec_brazil_pt.pdf>.
11. Claro JA, Kesselring G, Ferreira U, Denardi F, Netto MR et al. Reversão microscópica da vasectomia. Rev. Bras. Ginecol.. obstet. 1996; 18 (6): 485-7.
12. Costa JA, Souza MAO, Ximenes VL, Adreto L. Vasectomia: perfil dos candidatos à cirurgia em um Hospital Escola do Recife-PE. Rev. Interdisc. 2013; 6 (2).

Recebido em: 02.07.14 Aceito em: 25.03.15
--

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE: O LÚDICO ENSINANDO SAÚDE PARA A VIDA

Diogo Alves Rodrigues¹
Tamiris Baptista Sampaio²
Ana Carolina de Melo Machado Leça²
Marília Aranha Almeida²
Isabelly da Silva Venancio de Macêdo³
Clélia de Alencar Xavier Mota⁴

RESUMO

A promoção da saúde como estratégia para enfrentamento do adoecimento é uma promissora proposta em ciências da saúde, sendo capaz de mobilizar recursos interinstitucionais, intersetoriais e interdisciplinares, com resolutividade para fatores de risco do adoecimento; sendo assim, há crescente interesse mundial no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que possam integrar setores e saberes da sociedade. Partindo do conceito de que saúde também se aprende o objetivo da pesquisa foi desenvolver atividades lúdico-educativas em saúde para uma população de crianças estabelecendo conceitos sanitários adequados para a vida adulta. O trabalho foi realizado na Mostra de Doenças Parasitárias que ocorreu em maio de 2013 nas Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança em colaboração com escolas primárias de João Pessoa, Paraíba. Pela ampla capacidade cognitiva a população escolhida foi de 190 crianças em ensino fundamental. Foi estabelecido 5 grupos por turma, sendo 2 turmas, e cada grupo com 8 membros. Os temas foram escolhidos de acordo com a faixa etária destinada e sorteados de forma aleatória entre os grupos; os alunos tiveram um mês para elaborar as atividades, com reforço sobre os temas de medidas profiláticas das doenças infecciosas, mecanismos de transmissão e hábitos adequados de higiene. As atividades envolveram jogos, teatro, dança, hits musicais e pinturas, tudo direcionado ao aprendizado em saúde. A mostra tem seu foco na atenção básica com ênfase em prevenção e diminuição de fatores de risco para doenças infecciosas e parasitárias, além de exercitar a capacidade criativa dos alunos dos cursos de medicina e enfermagem no desenvolvimento das atividades da rede de atenção básica. As atividades fomentaram a participação e formação dos alunos envolvidos dentro de uma visão de exercício social da profissão, como preconiza as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina favorecerem o binômio educação-saúde.

Palavras-chave: Relação Comunidade-Instituição. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

¹ Farmacêutico graduado pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. End.: Rua Tenente Francisco de Assis Moreira, 238, Apto. 203, Bancários, João Pessoa. CEP: 58051-820. Tel.: (83) 8767-3131. E-mail: diogorodrigues@famene.com.br.

² Acadêmicas do curso de Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

³ Acadêmica do curso de Farmácia pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

⁴ Farmacêutica/bioquímica. Professora Doutora da Faculdade de Medicina Nova Esperança e da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba.

Desde a Carta de Ottawa, há quase três décadas, o conceito de Promoção da Saúde, como estratégia para o enfrentamento dos múltiplos problemas que afetam a saúde da humanidade, estabeleceu-se como uma das mais promissoras propostas em ciências da saúde, por relacionar suas ações ao conceito ampliado de saúde, articular os conhecimentos científicos e empíricos e mobilizar recursos em ações interinstitucionais para produzir resolutividade.¹ Quando há fatores de risco, as medidas preventivas primárias, possuem importante papel, pois procuram impedir que o indivíduo adoça, controlando os fatores de risco; “agem, portanto, na fase pré-patogênica ou na fase em que o indivíduo encontra-se sadio ou suscetível”.²

As crianças estão em uma época da vida de intensa atividade cognitiva e intrínseca relação de atividade entre as zonas de memória, aprendizado e comportamento. As interações sociais são sempre muito relevantes, e estão diretamente ligadas a aprendizagem de novos comportamentos a partir da observação dos Modelos Comportamentais e da repetição de ações, segundo a Teoria da Aprendizagem Social.^{3,4}

A brincadeira é uma ação natural da vida infantil. No momento em que a criança brinca envolve diversos aspectos como físico, motor, emocional, social e cognitivo, constituindo-se como um importante elemento no processo de desenvolvimento e aprendizagem. Portanto, podemos ressaltar o lúdico como uma dimensão significativa a ser explorada pelos profissionais que atuam na educação infantil.

Dentro desta perspectiva, em todo o mundo, buscam-se estratégias e ações que possam, cada vez mais, inter-relacionar os diversos setores e saberes da sociedade, nas mais criativas intervenções que possam promover saúde. Dissolvendo conceitos sanitários errôneos e afirmando os mais simples fundamentos da higiene social.

O objetivo da pesquisa foi desenvolver as atividades dentro do perfil psicológico de aprendizado das crianças, somando conceitos de medidas preventivas primárias contra doenças transmissíveis, juntamente a uma abordagem lúdico-educativa que aguace a curiosidade dos pequenos infantes, otimize o aprendizado e reforce a positividade das ações preventivas na memória, para que se monte o comportamento sanitário otimizado no indivíduo adulto, favorecendo a promoção da saúde e evitando a mortalidade e morbidade infantil que podem ser dirimidas por conceitos básicos e ações sanitárias cotidianas que podem ser ensinadas e aprendidas.

METODOLOGIA

A partir da demanda de se estabelecer um vínculo entre o conteúdo teórico ministrado em sala de aula e a aplicabilidade desses conceitos, estabeleceu-se a necessidade para a realização da Mostra de Doenças Infeciosas e Parasitárias. Dentro dessa necessidade, estabeleceu-se que um dos melhores grupos para se levar conceitos básicos de higiene e educação são as crianças, devido à capacidade delas de assimilar novos conceitos e sua disponibilidade em aprender.

O processo educativo deve ser adequado às fases de desenvolvimento das crianças, respeitando a sua capacidade cognitiva, e não deve ser conduzido de maneira impositiva. Além disso, o ambiente para prática de tais atividades deve ser prazeroso e capaz de propiciar uma relação direta entre os conteúdos do seu dia a dia e a contextualização do conhecimento.⁵

A partir desses princípios, os docentes das disciplinas de Parasitologia e Microbiologia propuseram a elaboração de atividades lúdicas, a serem desenvolvidas pelos alunos do curso de graduação em Enfermagem e Medicina em uma grande ação conjunta. O desenvolvimento dessas ações torna-se um referencial para as atividades que podem ser desenvolvidas na atenção básica dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os alunos foram divididos em, aproximadamente, 5 grupos por turma, sendo 4 turmas, e cada grupo com cerca de 8 membros. Os temas foram escolhidos de acordo com a faixa etária destinada, e sorteados, de forma aleatória entre os grupos. Após os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos durante a disciplina, os alunos tiveram aproximadamente um mês para elaborar as atividades, com o intuito de reforçar os temas sobre as medidas profiláticas das doenças infecciosas, dando ênfase aos mecanismos de transmissão e hábitos adequados de higiene.

Cada grupo foi orientado a montar e desenvolver as suas atividades em um determinado local demarcado no espaço de vivência da instituição. Esse espaço pode ser utilizado das mais diversas formas e a criatividade é fundamental na elaboração dos trabalhos. Stands completamente enfeitados, produzidos e elaborados para receber as crianças, um dia de muitas brincadeiras, fantasias, balões, tudo com um cunho lúdico e educativo para que as crianças pudessem aprender brincando.

Participaram das atividades, cerca de 190 crianças do ensino fundamental, oriundas de Escolas Públicas e Privadas do município de João Pessoa. As atividades foram desenvolvidas no mês de maio de 2013 e incluíam desde peças de teatro, amarelinha, jogo da memória, danças, paródias educativas e hits musicais elaboradas a partir de temas como ascaridíase, ancilostomose, giardíase, doenças causadas por estreptococos, cárie, enfim, uma vasta gama de doenças infecciosas e parasitárias, abordadas quanto aos seus mecanismos de transmissão e as medidas profiláticas.

Os materiais utilizados para a execução das atividades foram: tendas decoradas, balões coloridos, TNT, cartazes educativos, caixas amplificadoras, microfones, monitores para apresentação de vídeos, instrumentos musicais, fantasias e muita criatividade para transformar todo esse material em educação e diversão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A etimologia da palavra lúdico origina-se de “*ludus*” que tem como significado jogo. Desta forma, torna-se possível crer que existe uma referência apenas ao ato jogar, ao divertimento com o caráter “não sério”, entretanto, mediante estudos, o lúdico deixou de possuir apenas essa conotação de algo não construtivo e passou a ser reconhecido como traço essencial do comportamento humano que traz juntamente com o seu universo, além do divertimento, a possibilidade de aprendizagem em diversos âmbitos.⁶

Dentre as atividades educativas propostas para a prevenção das doenças, destacou-se o uso de jogos educativos e de peças de teatro. Através dessas estratégias lúdicas, pudemos observar que as crianças tiveram a oportunidade de interagir, além de terem a criatividade, atenção e raciocínio estimulados, pois essas atividades proporcionam a melhora da flexibilidade cognitiva, aumentando a rede de conexões neurais e alterando o fluxo sanguíneo no cérebro quando em estado de concentração.⁷

Além disso, a utilização de jogos lúdicos constitui um dispositivo acessível, devido ao baixo custo, e é muito apreciado pelo público infantil. Durante a sua execução as crianças enfrentaram desafios, testaram seus limites, solucionaram problemas e formularam hipóteses de possíveis situações d dia a dia. Com isso, aprenderam as medidas profiláticas das doenças bacterianas e parasitárias apresentadas. Através dos jogos, as crianças dirigem seu comportamento, não pela percepção imediata dos objetos, mas pelo significado da situação, tendo que apresentar interpretação constantemente.⁸

As ações visando à educação em saúde com crianças devem ser amplas e envolver todo o contexto social, particularmente a família, pois, “as ações de promoção da saúde devem ser acionadas por meio de estratégias que envolvam a coletividade em geral e a família”.⁹

Por esses fatores, as atividades foram desenvolvidas de modo que as medidas preventivas ficassem em patamar de entendimento para as crianças, e que, através de uma estratégia lúdica, as mesmas conseguissem absorver as ideias transmitidas sendo colocadas em prática de forma divertida. Assim, o prazer que a criança tem pelo lúdico foi aproveitado para inserir os temas de prevenção de doenças de forma que o aprendizado fosse apenas mais um dos componentes da brincadeira.

A multidisciplinaridade, com a junção de alunos dos diversos cursos da área da saúde, e a intersetorialidade estabelecida com as escolas da rede pública e privada do município foram cruciais no desenvolvimento da ação. A construção das atividades contou com a participação de diferentes saberes dos alunos dos cursos envolvidos, dos professores da rede municipal e dos professores universitários; desse modo, as ações tornaram-se um construto amplificado que conseguiu atender as demandas sociais apresentadas.

O ensinamento de preceitos básicos de higiene é parte fundamental no incentivo aos comportamentos positivos para a saúde, possibilitando maior controle sobre os fatores que determinam o adoecimento por causas evitáveis e permitindo que se desenvolva a conscientização para a montagem do adulto apropriado de saberes sanitários.

O vínculo que surge durante a atividade lúdica com a criança se torna um ponto de confiança que pode e deve ser aproveitado para amplificar o alcance da ação educativa. Esse vínculo emocional se torna uma ponte para acessar as capacidades cognitivas da criança.

É necessário conhecer significados, expressões e estruturas que mediatizam a vida e a saúde das pessoas de quem cuidamos. Este conhecimento terá impacto sobre a Educação em Saúde e consubstanciará as práticas de cuidado com a criança. Indubitavelmente, as ações aprendidas para o cuidado são efetivadas por meio da confiança e do vínculo estabelecido entre usuários e profissionais.⁹

Dentro dessa visão, os alunos envolvidos no projeto desenvolveram suas capacidades de criação e desenvolveram um comportamento crítico-social, que é muito importante a qualquer profissional, mas, sem sombra de dúvidas, um dos principais pontos da formação de profissionais de saúde humanizados, como preconiza a formação de pessoal para o Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aproveitamento da fase escolar para educação em saúde é uma estratégia valiosa. A criança que assimila comportamentos nessa fase da vida, muito provavelmente, tenderá a mantê-los na fase adulta. A capacidade de embutir esses conceitos de forma lúdica traz a possibilidade de reforçar e manter a experiência positiva no aprendizado e fixar o comportamento. As escolas públicas e privadas devem ser alvo da atenção básica nas ações coletivas de saúde desenvolvidas pelas unidades da atenção básica do SUS, as UBS.

A intersetorialidade deve ser executada aos moldes em que é prevista no SUS e a multidisciplinaridade é um fator primordial para o bom exercício das atividades nesse nível da atenção. A interação e integração entre os vários segmentos da educação e da saúde em todas as esferas de atuação dos diferentes governos, municípios, estados e união, enriquece e amplifica o efeito das ações, vinculando o aprendizado em saúde ao próprio exercício da cidadania.

Em decorrência dos graves danos causados à saúde dos indivíduos e, sobretudo, das repercussões econômicas, vários programas têm sido dirigidos para o controle das parasitoses intestinais em diferentes países, mas, infelizmente, constata-se um descompasso entre o êxito alcançado nos países mais desenvolvidos e aquele verificado nas economias mais pobres. Além do custo financeiro das medidas técnicas, a falta de projetos educativos com a participação da comunidade dificulta as ações de controle. Há que se considerar que, além da melhoria das condições socioeconômicas e da infraestrutura geral, o engajamento comunitário é um dos aspectos fundamentais para a implantação das ações de controle das doenças infecciosas e parasitárias.

PRACTICES IN HEALTH EDUCATION: THE PLAYFUL TEACHING HEALTH FOR LIFE

ABSTRACT

Health promotion as a strategy to prevent illnesses is a promising proposal in health sciences, being able to mobilize interinstitutional, intersectoral and interdisciplinary resources, and resolution for disease risk factors; therefore, there is growing global interest in the development of health promotion actions that can integrate sectors and satiety knowledge. Based on the concept that health is also learned the purpose of the research was to develop recreational and educational activities in health for a population of children establishing health concepts appropriate to adulthood. The work was performed in shows of Parasitic Diseases held in May 2013 in Faculdade de Medicina Nova Esperança in collaboration with primary schools of João Pessoa, Paraíba. The broad cognitive ability chosen population was 190 children in elementary school. Was established five groups per class, 2 classes, and each group with 8 members. The topics were chosen according to the intended age group and randomly selected among the groups; the students had a month to prepare the activities, with reinforcement on the topics of prophylactic measures of infectious diseases, transmission mechanisms and appropriate hygiene habits. Activities involved games, theater, dance, music hits and paintings, all directed at health education. The show focuses on primary care with an emphasis on prevention and reduction of risk factors for infectious and parasitic diseases, and to exercise the creative ability of students in medical and nursing courses in the development of the activities of the primary care network. The activities promoted the participation and training of students involved in a fiscal year view of the profession, as recommended

by the National Curriculum Guidelines for Undergraduate Medical favor the binomial education-health.

Key-words: Community-Institutional Relations. Health Education. Primary Health Care.

REFERÊNCIAS

1. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva [Periódico na Internet]. 2000 [citado 2013 Dec 05]; 5(1): 163-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en.
2. Neves D. Parasitologia Humana. 11^a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1997.
3. Bandura A, Walters RH. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Cidade do México: Cidade Alianza; 1963.
4. Vieira, TM. Mendes, FDC. Guimarães, LC. Aprendizagem social e comportamentos agressivo e lúdico de meninos pré-escolares. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2010; 23(3):544-53. [citado em Dez 05 2013] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000300015&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102-79722010000300015.
5. Toscani NV, Santos AJDS, Silva LLM, Tonial CT, Chazan M. Wiebbelling AMP et al . Development and analysis of an educational game for children aiming prevention of parasitological diseases. Interface (Botucatu) [Periódico na Internet]. 2007 Agos [citado 2013 Dez 06];11(22): 281-294. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200008&lng=en.
6. Maluf ACM. Atividades lúdicas para a educação infantil: Conceitos, orientações e práticas. Petrópolis: Vozes; 2008
7. Tarouco LMR, Roland LC, Fabre MJM, Konrath MLP. Jogos educacionais. Revista Novas Tecnologias na Educação, Porto Alegre. Mar. 2004;2(1):1-7.
8. Rebello S, Monteiro S, Vargas EP. A visão de escolares sobre drogas no uso de um jogo educativo. Interface (Botucatu) [periódico na Internet]. 2001 Fev [citado 2013 Dez 06];5(8):75-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000100006&lng=pt.
9. Queiroz MV, Jorge MS. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. Interface (Botucatu) [periódico na Internet]. 2006 Jun [citado 2013 Dez 05];10(19):117-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100009&lng=en.

<p>Recebido em: 14.04.14 Aceito em: 14.05.15</p>

DEMONSTRAÇÃO DO TRAJETO DA CINEANGIOCORONARIOGRAFIA EM CADÁVER A PARTIR DA ARTÉRIA FEMORAL

Isadora Ísis Fernandes Vieira¹
 Amália Maria Fernandes de Sá Duarte Filha²
 Gabriel Rocha de Souza²
 Eduardo Franklin Cavalcanti Cordeiro²
 Tânia Regina Ferreira Cavalcanti³

RESUMO

Cineangiocoronariografia é um exame invasivo utilizado para verificar a presença de obstruções das artérias coronárias, avaliar o funcionamento das valvas, e do miocárdio, além da localização da obstrução coronariana. Para ter um exame satisfatório é necessário o conhecimento anatômico e assim planejar a melhor estratégia de intervenção. Para evidenciar o procedimento realizou-se a dissecação cadavérica. O presente trabalho objetiva relatar a demonstração do trajeto da cineangiocoronariografia utilizando como acesso a artéria femoral. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa a partir da dissecação de um cadáver adulto do laboratório da FAMENE/PB em abril de 2013, utilizou-se látex, cateter nº 6, seringa 10ml, além de material usual de dissecação, assim como técnicas adequadas para este fim. Se deu prioridade à visualização de estruturas pertinentes ao procedimento. Pôde-se identificar a A. Femoral E, A. Ilíaca E, Aorta Abdominal, Aorta Torácica, A. Coronária E e D, tendo coerência com a literatura, trajeto este da cineangiocoronariografia. A realização da cineangiocoronariografia em cadáver contribuiu como treinamento e aprendizado e inserção à pesquisa.

Palavras-chave: Cateterismo Cardíaco. Cadáver. Artérias Coronárias. Exame.

INTRODUÇÃO

A Cineangiocoronariografia consiste em um exame que é realizado a partir da introdução de um cateter até o coração, através de uma artéria periférica localizada nos membros superiores ou inferiores. Este cateter é posicionado nas artérias coronárias e no ventrículo esquerdo, para a realização de injeções de contraste, que permitirão a formação de imagens do exame através de Raio X, permitindo a visualização das artérias coronárias e do ventrículo.

As principais técnicas para realização de exames de cineangiocoronariografia são o método de Sones ou acesso braquial, o método de Judkins ou acesso femoral percutâneo e o método de Campeau ou acesso radial. As indicações para esse exame invasivo estão dentro de uma ampla gama de variáveis clínicas, na presença ou suspeita de doença arterial coronária pode ser feita em pacientes assintomáticos, para avaliação de dor precordial atípica, na suspeita de espasmo coronário (angina de Prinzmetal), na angina estável e na angina instável.

¹ Graduanda do curso de Medicina e Monitora de Anatomia II da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE. End.: Maria Eunice G. Fernandes, 151. CEP: 58030-480. João Pessoa- PB. Tel.: (083) 8829-2322. E-mail: isaisis_@hotmail.com.

² Graduandas do curso de Medicina e Monitora de Anatomia II da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

³ Professora de Anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE, João Pessoa-PB.

Em pacientes com infarto agudo do miocárdio, pode ser feita na fase aguda, na fase hospitalar, na convalescença ou na fase tardia. Outras indicações são as valvopatias adquiridas, na investigação da insuficiência cardíaca, na presença de arritmias cardíacas a serem esclarecidas, no estudo de cardiopatias congênitas e em situações especiais.¹

Antes do exame são feitas algumas orientações como jejum de pelo menos 6 horas, medicações de uso habitual não deverão ser suspensas, exceto os anticoagulantes orais por 5 a 7 dias pelo risco de sangramento, a relação normalizada internacional ou RNI deverá estar abaixo de 1,5 e a metformina por 48 horas, pelo risco de interação adversa com o contraste e lesão renal. Pacientes alérgicos ao contraste deverão fazer um preparo prévio ao exame com medicações antialérgicas. Pacientes com disfunção renal poderão necessitar de alguma medicação ou internação prévia para hidratação com soro fisiológico, visando minimizar riscos de disfunção renal ocasionada pelo contraste, e pacientes renais crônicos deverão fazer diálise no dia que antecede o exame.¹

A cineangiocoronariografia pode ser realizada apenas com anestesia no local onde é introduzido o cateter, associada à sedação, no entanto, poderá ser realizada sob anestesia geral de curta duração. Após a injeção de contraste na artéria escolhida para o exame, são obtidas imagens de raio X em diversas posições. Na última etapa do exame é realizada a ventriculografia que consiste na visualização sob contraste do ventrículo esquerdo. Neste momento, é comum o paciente sentir uma sensação de calor na região anterior do tórax. Terminado o exame, é feito um curativo compressivo no local se a punção foi feita na artéria femoral, quando o cateterismo é realizado nessa artéria, é necessário que o paciente fique internado para a observação de possíveis complicações no local da punção, como por exemplo, sangramentos. Durante o cateterismo é possível observar a presença de placas de ateromas nas artérias, em geral, os ateromas são considerados críticos quando causam um estreitamento da artéria maior que 70%. Outras anormalidades, como a tortuosidade coronariana, ponte intramiocárdica, que é uma condição em que uma parte da artéria passa por dentro do músculo cardíaco, sofrendo um estreitamento durante a contração do coração e anormalidades congênitas, também poderão ser observadas durante um cateterismo. A ventriculografia permite avaliar a força de contração das paredes do coração, podendo ainda visualizar imagens de trombos dentro do ventrículo. O funcionamento das válvulas cardíacas e as pressões das diversas câmaras do coração também poderão ser avaliados.¹

Em um estudo americano, com cerca de 60.000 pacientes submetidos ao cateterismo, observou-se uma incidência de complicações graves em cerca de 1,7% dos pacientes (morte: 0,11%, infarto do miocárdio: 0,05%, acidente vascular cerebral: 0,07%, arritmias cardíacas graves: 0,38%, perfuração do coração: 0,03%, reação severa ao contraste: 0,37% e complicações vasculares graves: 0,45%).²

Pacientes gravemente hipertensos, estreitamento grave da válvula aórtica (estenose aórtica), insuficiência cardíaca descompensada, choque cardiogênico, insuficiência renal e infarto do miocárdio recente com tempo menor que 24 horas, indicam os pacientes sob maior risco durante o exame.²

As complicações vasculares (sangramento e formação de hematomas, espasmo da artéria, oclusão arterial e formação de um pseudo-aneurisma) são as complicações mais comuns, no entanto, sua incidência diminuiu a partir da utilização da técnica de cateterização pela artéria radial, ao invés de femoral.²

Ao visualizar o cateter no coração, é vista a anatomia coronariana com a injeção do contraste, onde normalmente é caracterizada por dois óstios localizados

de maneira central nos seios de Valsalva direito e esquerdo, cujo diâmetro deve ser igual ou maior do que o diâmetro da artéria coronária que dele se origina, sendo universalmente definida da seguinte maneira: o tronco coronariano origina-se do seio coronariano esquerdo, geralmente abaixo da junção sinotubular e usualmente divide-se na artéria descendente anterior e na artéria circunflexa; em 37% dos indivíduos, o tronco coronariano esquerdo apresenta uma trifurcação em artéria Descendente Anterior (DA), artéria circunflexa (Cx) e um ramo mediano ou intermédio. Este último usualmente supre a parede livre ao longo da face lateral do ventrículo esquerdo.^{4,5,6.}

A artéria descendente anterior segue posteriormente ao tronco pulmonar no sulco interventricular anterior e apresenta ramos diagonais com trajeto em direção à parede anterolateral do ventrículo esquerdo. A artéria Coronária Direita (CD) origina-se do seio coronariano direito e segue pelo sulco atrioventricular direito. Seu primeiro ramo é a artéria conal (ou infundibular), que cursa anteriormente suprindo a via de saída do ventrículo direito ou região infundibular. Em 50% da população, o ramo infundibular origina-se separadamente do seio coronariano direito. Em 90% da população, a CD se estende posteriormente e dá origem à artéria descendente posterior, caracterizando o sistema “dominância direita”. Em 10% da população, a artéria descendente posterior origina-se da artéria circunflexa e não da CD, caracterizando o sistema de “dominância esquerda”. Ocasionalmente, um sistema “balanceado” está presente quando a superfície posterior é suprida por ramificações de ambas as artérias, direita e esquerda. Outro ramo da CD, encontrado em 59% dos indivíduos, é a artéria sinoatrial nodal que cursa posteriormente ao longo da porção superior do septo atrial e da parede anterior do átrio direito, suprindo o nó sinusal e o átrio direito. Em 38% dos indivíduos, essa artéria origina-se da coronária esquerda, e em 3% originam-se de ambas as artérias. A cineangiocoronariografia é atualmente o exame mais utilizado para o diagnóstico de origem anômala de artéria coronariana, mas este método tem utilização limitada para esse fim em razão de sua característica invasiva e análise de projeção.^{4,5,6.}

A tomografia computadorizada multislice com 64 canais disponibiliza para a prática clínica um excelente método para detecção das anomalias das artérias coronárias, podendo detectar, de maneira rápida, minimamente invasiva (utilizado apenas veia periférica para administração de contraste) e acurada a origem, o curso e a terminação desses vasos, e Baltaxe, Wollenek e Wesselhoeft, já mostraram a superioridade da ATCM das artérias coronarianas em relação à angiografia convencional na demonstração da origem ostial e do trajeto proximal de artérias coronarianas anômalas.³

MATERIAL E MÉTODO

O respectivo estudo refere-se a uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa, feita entre abril e outubro do ano de 2013, usando como base literária artigos científicos com fontes para consultas, as seguintes bases de dados: National Library of Medicine (MeDLine), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Ainda foram utilizadas terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde, publicado pela Bireme, tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine, autorizando o uso da terminologia comum em português, inglês e espanhol. Os descritores foram: Cateterismo Cardíaco, Cadáver, Artérias Coronárias, Exame. O estudo foi realizado a partir da dissecação de um cadáver

adulto do sexo feminino no laboratório de anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança, utilizando materiais habituais de dissecação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a demonstração do trajeto da Cineangiogramia foi realizado a dissecação de cadáver iniciado pela retirada da parede abdominal e torácica, em seguida realizou-se a ligadura do trato gastrointestinal ao nível da cárdia do esôfago e sigmoide. O mesométrio, retroperitônio, lobo esquerdo do fígado, pulmão esquerdo e pâncreas foram ectomizados. A região inguinal esquerda (Figura 1) foi dissecada por planos anatômicos onde se visualizou a artéria femoral esquerda (Figura 1). Com a utilização de látex vermelho foi demonstrado todo o trajeto iniciando pela artéria femoral esquerda, a. ilíaca externa esquerda, a. ilíaca comum esquerda, aorta abdominal, aorta torácica, arco aórtico, artéria coronária esquerda, artéria interventricular anterior ou descendente anterior, Aa. diagonais da artéria interventricular anterior (Figura 1, 2, 3).



Figura 1 - Visualização da A. Femoral E, A. Ilíaca externa E, A. Ilíaca comum E, Aorta Abdominal, Aorta Torácica, Arco Aórtico, A. Coronária Esquerda e Interventricular Anterior.



Figura 2 - Visualização da A. Femoral E, A. Ilíaca externa E, A. Ilíaca comum E e Aorta Abdominal.



Figura 3 - Visualização do arco aórtico, artéria coronária esquerda, artéria interventricular anterior ou descendente anterior, Aa. diagonais da artéria interventricular anterior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse trabalho, reitera a importância da anatomia para o melhor entendimento de alguns procedimentos de diagnóstico e tratamento, suas características anatômicas, de como se comportam e dos melhores procedimentos terapêuticos sejam estes clínicos ou cirúrgicos. Além de proporcionar um diagnóstico prévio para um melhor prognóstico.

STATEMENT ON THE PATH OF CINEANGIOCORONRIOGRAPHY CORPSE FROM THE FEMORAL ARTERY

ABSTRACT

Coronary angiography is an invasive test used to verify the presence of coronary artery obstructions, review the operation of the valves, and myocardium, plus the location of coronary obstruction. To have a satisfactory examination is necessary anatomical knowledge and thus plan the best intervention strategy. To demonstrate the procedure took place the dissection process. The present study reports the demonstration of the path as coronary angiography using the femoral artery access. This is an academic research from the dissection of an adult cadaver lab FAMENE / PB in April 2013, we used latex catheter No. 6, 10ml syringe, plus usual stuff dissection, as well as appropriate techniques for this purpose. Priority was given to the display of the procedure relevant structures. It was possible to identify the femoral artery E , A. Iliac and Abdominal Aorta, Thoracic aorta, A. Coronary E and D, and consistent with the literature, this Path of coronary angiography. The performance of coronary angiography cadaver contributed as training and learning and integration of research.

Key-words: Cardiac Catheterization. Corpse. Coronary Arteries. Examination.

REFERÊNCIAS

1. Pequeno JT, Sistema Multimídia para Estudo da Cineangiocoronariografia. [Acesso em 26 de Out. 2013] Disponível em: <http://www.bioingenieria.edu.ar/grupos/geic/biblioteca/Trabypres/T01TCBr06.PDF>
2. Nogueira E A, Conteúdo para profissionais, Hospital de Clínicas da UNICAMP. [Acesso em: 20 Out. 2013] Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/?q=node/199>
3. Rabelo D R, Angiotomografia Coronariana Multislice na Avaliação da Origem Anômala das Artérias Coronarianas. Arq Bras Cardiol 2012.
4. William P L, Warwick R, Dyson M, Gray anatomia. 30. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
5. Sobotta J, Becher H, Atlas de Anatomia Humana. 22. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
6. Moore K L, Anatomia Orientada para Clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

<p>Recebido em: 28.08.14 Aceito em: 12.03.15</p>

ANÁLISE DA DOENÇA ATEROMATOSA DA MACRO E MICROCIRCULAÇÃO CORRELACIONANDO COM A SÍNDROME DE LERICHE

Isadora Ísis Fernandes Vieira¹
Gabriel Rocha de Souza²
Alexandre Mello Freire de Santana²
Eduardo Franklin Cavalcanti Cordeiro²
Bruna Pires de Assis Dantas²
Lenine Ângelo Alves Silva³

RESUMO

A aterosclerose é caracterizada por lesões na camada íntima do vaso, os ateromas ou placas fibroadiposas se projetam para o interior do vaso, obstruem o lúmen vascular e enfraquecem a média subjacente. Um caso relacionado à fisiopatologia da aterosclerose é a Síndrome de Leriche, que consiste no agravo vascular, geralmente associado a uma arteriosclerose sistêmica, acomete principalmente as artérias ilíacas, as quais ocorrem obstrução parcial ou completa, comprometendo assim a irrigação dos membros inferiores e da pelve. Com a deficiência de vascularização há hipóxia das regiões afetadas podendo levar a necrose tecidual e conseqüentemente perda de função como impotência e infertilidade. A claudicação intermitente, presente em pacientes que sofrem deste mal, geralmente ocorre como dor na panturrilha, em obstruções mais altas, esta dor se estenderá para a região glútea e para a parte superior das coxas. O presente trabalho objetiva analisar a doença ateromatosa da macro e microcirculação e correlacionar com a Síndrome de Leriche, realizou-se então a dissecação cadavérica. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa a partir da dissecação de um cadáver adulto do laboratório da FAMENE/PB, feito entre agosto a outubro do ano de 2011, utilizou-se látex, cateter nº 6, seringa 10ml, além de material usual de dissecação, assim como técnicas adequadas para este fim. A dissecação da Aorta abdominal, Aa. Carótidas, Aa. Renais, Aa. Coronárias e Aa. Ilíacas evidenciou placas de ateroma em sua parede, mostrando que o cadáver em questão possuía Doença Aterosclerótica. Percebeu-se com esse estudo a importância da anatomia para o melhor entendimento de algumas doenças e suas características anatômicas.

Palavras-chave: Aterosclerose. Síndrome de Leriche. Claudicação. Circulação Sanguínea. Artéria Ilíaca.

INTRODUÇÃO

Síndrome de Leriche foi assim batizada pelo seu primeiro descritor, o francês René Leriche (1879/1955), que foi um famoso cirurgião francês que deu o nome à síndrome e a classificou com os seguintes critérios: Impotência, Claudicação (Claudicação é uma sensação de câibra nas nádegas, pernas e/ou coxas que se torna

¹ Graduanda do curso de Medicina e Monitora de Anatomia II da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE. End.: Maria Eunice G. Fernandes, 151. CEP: 58030-480. João Pessoa- PB. Tel.: (083) 8829-2322. E-mail: isaisis_@hotmail.com.

² Graduandos do curso de Medicina e Monitores de Anatomia II da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE.

³ Professor de Anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE, João Pessoa-PB.

presente durante exercícios ou caminhadas e ocorre como resultado do suprimento de oxigênio diminuído) e ausência ou diminuição do pulso na virilha e nas pernas, causada por um êmbolo aterosclerótico na bifurcação da Aorta abdominal¹.

A primeira descrição da doença foi feita por Robert Graham (1786-1845) em 1814, sendo que a condição com a suatríade desintomas (Claudicação, impotência e ausência de pulso na virilha e perna) foi atribuída a René Leriche, que foi o primeiro a publicar sobre o assunto com base em um paciente, sendo esse submetido ao tratamento da condição, e após o tratamento, a pessoa era capaz de andar sem dor e manter uma ereção. O mesmo autor, em 1940, publicou um artigo sobre a resecção da bifurcação aórtica e ilíacas, associada a uma simpatectomia lombar bilateral, onde irá abolir a vasoconstricção das artérias inervadas simpaticamente, causando vasodilatação dominante, melhorando o fluxo sanguíneo, baseado em um estudo de cinco pacientes e expunham características da Síndrome de Leriche¹.

Atualmente, é descrita por uma obstrução aorto-ilíaca, que possui três tipos de padrões. No primeiro, mais incomum, envolve a aorta distal e atinge mais mulheres de meia idade e fumantes. No segundo tipo, a doença é mais extensiva, envolvendo as artérias ilíacas (comum e externa) e a aorta. No terceiro tipo, o mais comum que atinge 65% dos pacientes com esse mal, envolve a aorta, ilíacas e estende-se para as artérias femorais.²

A etiologia da Síndrome de Leriche pode ser diversa, sendo mais frequente a aterosclerose. Doença sistêmica, a qual pode ser descrita pela presença de seu fator prevalente, o ateroma. O ateroma refere-se a uma região da parede do vaso modificada ou danificada por aterosclerose, onde inclui mudanças supra-endoteliais, endoteliais e subendoteliais, tais como depósito de fibrina, proliferação de colágeno e proliferação não-fisiológica de células musculares lisas².

Ocorre a adesão e agregação plaquetária, com potencial formação de trombose. Além de seu principal fator desencadeante, a síndrome pode ser decorrente, em menor incidência, da arterite obliterante, a embolia de bifurcação da aorta abdominal e aneurisma trombosado de bifurcação de aorta⁴.

As manifestações clínicas que podem aparecer na síndrome são: impotência sexual, por falta de perfusão sanguínea para os corpos cavernosos do pênis que são irrigados pela A. profunda do pênis, que é um ramo da A. pudenda interna; claudicação intermitente, que é uma sensação de câibra nas nádegas, pernas e/ou coxas, que se torna presente durante exercícios ou caminhadas e ocorre como resultado do suprimento de oxigênio diminuído; fadiga intensa dos membros inferiores, devido à falta de oxigenação adequada; atrofia das extremidades inferiores, sendo às vezes difícil de detectar; palidez, devida à má perfusão sanguínea, que geralmente se manifesta com a posição ereta e que aumenta com elevação das pernas; frieza nos pés e pernas, sintoma que se agrava à noite, dores noturnas com os membros em repouso, dores muito intensas quando há infecção (gangrena), ausência de pulsações arteriais periféricas, devido à oclusão por trombo de aorta abdominal ou A. ilíaca⁵.

O estudo de Barcelona com que comporta a revisão de 66 pacientes com Síndrome de Leriche, observou que 95% dos pacientes eram do sexo masculino e 5% do sexo feminino, tendo maior prevalência da Síndrome de Leriche no sexo masculino⁶. A idade dos pacientes estava compreendida entre os 35 e 80 anos com maior incidência na sexta década. O estudo ainda mostrou que 25,7% dos pacientes foram observados na fase de claudicação intermitente, dor em repouso e lesões isquêmicas. A impotência sexual e a atrofia muscular foram registradas em elevada porcentagem: 71,2% e 80,3% respectivamente⁷.

Entre os métodos mais recomendados para o diagnóstico, destaca-se a angiogramia. Não há preenchimento por contraste da aorta abdominal distal e ilíaca, e há proeminente rede de circulação arterial colateral adjacente. Também devem-se analisar artérias viscerais, a localização da estenose/oclusão e as características da circulação colateral⁸. Oclusão das ilíacas comuns, dissecação aórtica, trauma aórtico, síndrome da coarctação aórtica média e vasculites são as possibilidades de diagnósticos diferenciais.

O primeiro operado com a síndrome, era um motorista de caminhão de 29 anos que, há dois anos, vinha sofrendo de claudicação intermitente com cólicas severas na musculatura da perna, depois de algumas metros de caminhada, câibras e dores também à noite. Nas últimas semanas, antes da operação, ele se queixou de não ser capaz de completar uma relação sexual, tendo dificuldade de ereção e ejaculação. Após 18 anos, o paciente foi plenamente capaz de trabalhar e tinha um filho de 14 anos⁹.

O tratamento da trombose aortoilíaca crônica é cirúrgico e médico. O tratamento cirúrgico tem sofrido várias revisões e inovações, dadas as inúmeras falhas que ocorreram em grande parte devido à falta de critérios rígidos de seleção dos pacientes e da prática de intervenção. Atualmente, a presença de uma doença vascular oclusiva não é considerada uma indicação para a operação. No geral, a aterosclerose sugere falhas comuns, qualquer que seja a abordagem cirúrgica empregada, daí a necessidade de uma avaliação cuidadosa do estado da circulação coronariana, cerebral e renal. Após essa avaliação, deve-se determinar o status dos vasos arteriais abaixo da oclusão, e em seguida a exploração, o que é feito durante o procedimento cirúrgico. As condições da artéria acima da obstrução que pode ser determinada pela aortograma, também pode indicar a ausência ou presença de lesões nas artérias renais e suas origens. Vários procedimentos cirúrgicos têm sido até agora empregados, que são: simpatectomia lombar, Trombo-enderectomia, ressecção da bifurcação da aorta e da área e trombóticos, utilização de enxertos (bypass)².

Os benefícios obtidos com a simpatectomia lombar bilateral é limitado e este procedimento não pode substituir o outro que visa restabelecimento da circulação. O efeito benéfico da simpatectomia lombar, com a sua abolição, vai levar a perda espasmódica arterial da resistência periférica, levando a aumento do fluxo sanguíneo a pele das extremidades. Este método deve ser usado como um adjuvante para outros procedimentos cirúrgicos ou naqueles pacientes nos quais a intervenção direta na área trombosada por qualquer circunstância impossível.

A Tromboendarectomia continua a ser um procedimento valioso, especialmente em pacientes com oclusão segmentar curta, no entanto, a morbidade pós-operatória imediata e tardia é relativamente alta na formação de aneurismas. A ressecção da bifurcação da aorta e da área trombosada tem uma dupla função: eliminar e prevenir a trombose e seu processo de formação, quede outra forma seria fatal, mas também elimina a área de irritação, que é o ponto de partida de impulsos vasoconstritor que causam vasoespasmo em canais periféricos permeável. Este procedimento não é mais utilizado atualmente, em vista da dificuldade de fechar a extremidade proximal da aorta e circulação colateral para manter a patente³.

A utilização de bypass tem sido um grande passo no tratamento desta doença, inicialmente usados *bypass* homólogos, que rapidamente foram substituídas por nylon, teflon e depois, mais recentemente, dacron. Trombose do enxerto ou vaso proximal é a principal causa de morbidade neste procedimento, mas os resultados

favoráveis obtidos são os encorajadores e atualmente é a escolha para maioria dos casos de síndrome de Leriche⁴.

Usado atualmente a terapia anti-coagulante, vaso-dilatador e relaxante muscular, juntamente com regimes alimentares que restringem alimentos ricos em colesterol. A causa mais comum para Síndrome de Leriche é a trombose por severa aterosclerose, com 65% de chance de gerar embolismo. O tratamento inclui cirurgia, *bypass* e endarterectomia (raramente realizada). Como medida preventiva para a reoclusão está o uso de anticoagulantes⁸.

O presente trabalho objetiva analisar a doença aterosclerótica da macro e microcirculação e correlacionar com a Síndrome de Leriche.

MATERIAL E MÉTODO

O respectivo estudo refere-se a uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa, feito entre agosto a outubro do ano de 2011, usando como base literária artigos científicos com fontes para consultas, as seguintes bases de dados: National Library of Medicine (MeDLine), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Ainda foram utilizadas terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde, publicado pela Bireme, tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine, autorizando o uso da terminologia comum em português, inglês e espanhol. Os descritores foram: aterosclerose, síndrome de Leriche, circulação sanguínea, artéria ilíaca. O estudo foi realizado a partir da dissecação de um cadáver adulto do sexo masculino no laboratório de anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança, utilizando materiais habituais de dissecação.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Durante a realização de dissecação no laboratório da FAMENE foi encontrada uma prótese Dacron (Figura 1) unida a A. Femoral esquerda com a A. Femoral direita em um cadáver que tinha o pé direito amputado. Após o achado, foi feito o aprofundamento da dissecação com a visualização de estenose na bifurcação das Artérias Ilíacas Comuns, fez-se a secção longitudinal das Artérias Carótidas Comuns Direita (Figura 4) e Esquerda (Figura 5), A. Renais Esquerda (Figura 2 e 3) e Direita, A. Ilíacas Comuns Direita (Figura 7) e Esquerda (Figura 8) e Aorta Abdominal (Figura 9), e transversal nas A. Coronárias Direita e Esquerda (Figura 6).



Figura 1 - Prótese Dacron.



Figura 2 - Observação da A. Renal E. com placas de ateroma.



Figura 3 - Observação da A. Renal E. com placas de ateroma.



Figura 4 – Observação da A. Carótida Comum D. com placas de ateroma.



Figura 5 – Observação da A. Carótida Comum E. com placas de ateroma.



Figura 6 – Observação da A. Coronária E. com placas de ateroma.



Figura 7 - Observação da A. Ilíaca Comum D. com placas de ateroma.



Figura 8 – Observação da A. Ilíaca Comum E. com placas de ateroma.



Figura 9 – Observação da Aorta abdominal com placas de ateroma.

A dissecação dos vasos citados evidenciou placas de ateroma em sua parede, evidenciando que o cadáver em questão possuía Doença Aterosclerótica, muito provavelmente decorrente de uma Arteriosclerose Sistêmica. O procedimento anastomótico entre as Artérias Femorais com prótese (Figura 1) é uma característica do tratamento da Síndrome de Leriche, que pertence ao grupo de doenças arterioscleróticas cujo principal sítio acometido é a bifurcação Aorto-iliacas. Além da formação das placas de ateroma por um endurecimento das artérias, observou-se moderada estenose desses vasos, o que possivelmente levou a uma má circulação dos membros inferiores e de estruturas da pelve, fato este demonstrado pela amputação do pé direito do cadáver.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse trabalho, reitera a importância da anatomia para o melhor entendimento de algumas doenças. É a partir da região anatômica acometida que é formulado as hipóteses diagnósticas. As características anatômicas e o comprometimento da circulação desencadeia sinais e sintomas que podem indicar obstrução vascular parcial ou completa. Neste estudo podemos ver como a Síndrome de Leriche se comporta e dos melhores procedimentos terapêuticos sejam estes clínicos ou cirúrgicos. Além entendimento do trajeto vascular para ser feito o diagnóstico prévio para melhor prognóstico, já que trata-se da presença de aterosclerose levando a lesões na camada íntima do vaso, de ateromas ou ainda placas fibroadiposas, que obstruem o lúmen vascular e enfraquecem a média subjacente e com o decorrer da lesão haverá comprometendo da irrigação dos membros inferiores e da pelve, conseqüentemente, hipóxia das regiões afetadas podendo levar a necrose tecidual e conseqüentemente perda de função.

ANALYSIS OF DISEASE ATHEROMATOUS MACRO AND MICROCIRCULATION RELATING TO THE SYNDROME LERICHE

ABSTRACT

Atherosclerosis is characterized by lesions in the intima of the vessel, the atheromas or plaques fibroadiposas protrude into the vessel lumen vascular block and weaken

the underlying media. A related to the pathophysiology of atherosclerosis is the case of Leriche syndrome, consisting of vascular injury, usually associated with systemic atherosclerosis, affects mainly the iliac arteries, which partial or complete obstruction occur, thus compromising the irrigation of the lower limbs and pelvis. With the deficiency of hypoxia there vascularization of the affected regions may lead to tissue necrosis and therefore loss of function as impotence and infertility. Intermittent claudication is present in patients suffering from this evil, usually occurs as pain in the calf, at higher obstructions, this pain will extend to the gluteal region and the upper thighs. This work aims to analyze atheromatous disease of macro and microcirculation and correlate with Leriche syndrome, it was then realized the dissection process. This is an exploratory descriptive study with a qualitative approach to the dissection of an adult cadaver lab FAMENE/PB made between August to October of 2011, we used latex catheter No.6, syringe 10ml, plus dissection usual material, as well as techniques suitable for this purpose. The dissection of the abdominal aorta, Aa. Carotid, Aa. Kidney, Aa. Coronary and Aa. Iliac showed atheromatous plaques on his wall, showing that the body in question had atherosclerotic disease. It was noticed in this study the importance of anatomy to a better understanding of some diseases and their anatomical characteristics.

Key-words: Atherosclerosis. Leriche Syndrome. Lameness. Blood Circulation. Iliac artery.

REFERÊNCIAS

1. Hollanda L. Hipertensão arterial sistêmica e doença aterosclerótica: vilões que andam juntos. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 2007;14(4):280-5.
2. Furtado R G. Placa de Aterosclerose em Aorta: Revisão Sobre Aterogênese, Formação de Placa, Significado Clínico, Métodos de Imagens e Tratamento. *Revista Brasileira Ecocardiografia Imagem Cardiovascular*. 2009;22(4):27-39.
3. Leriche R. Leriche De la résection du carrefour aortico-iliaque avec double sympathectomie lombaire pour thrombose artéritique la l'aorte: le syndrome de l'oblitération termino-aortique par artérite. *La presse médicale*, Paris. 1940;48:601-7.
4. Graham R. Case of obstructed aorta. Communicated by Sir G. Blane. [Sir Gilbert Blane, 1747-1834] *Medico-Chirurgical Transactions*, London, 1814.
5. Zuchi D. Aula sobre Síndrome de Leriche. [Acesso em: 6 Nov. 2011] Disponível em:
http://www.sidiltda.com.br/sidi/index.php?option=com_content&view=article&id=371:aula-aborda-sindrome-de-leriche&catid=34:noticias&Itemid=116.
6. Diehm C. *Doenças Vasculares*. 4 ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
7. Sobregrau R C. Estudio clínico y tratamiento quirúrgico em el síndrome de Leriche. *Angiologia*. 1975;27(3):131-40.
8. Rivera J. Síndrome de Leriche: Informe de un caso y Revisión de la Literatura. *Revista Medicina Hon*. [Acesso em: 8 Nov. 2011] Disponível em:
<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1962/pdf/Vol30-1-1962-5.pdf>
9. By L. Axillofemoral bypass graft in a spinal cord injured patient with impending gangrene. [Acesso em: 8 Nov. 2011] Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7869060>.

<p>Recebido em: 14.07.14 Aceito em: 13.03.15</p>
--

FITOTERAPIA COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA NO COMBATE À OBESIDADE

Naiana Weisheimer¹
Pedro Ferraz da Costa Filho¹
Racire Porto da Cunha Neves¹
Rayanny Madhay de Sousa¹
Danielle Serafim Pinto²
Vanine Mota Lemos³

RESUMO

A obesidade é uma doença crônica, multifatorial, associada a diversas patologias e ao aumento da taxa de mortalidade, representando um problema de saúde pública mundial. O uso de plantas medicinais têm se mostrado eficaz no tratamento desta patologia, gerando, nos últimos anos, um aumento na utilização e estudo de fitoterápicos com finalidade terapêutica no processo de emagrecimento. No entanto, apesar do amplo uso desses produtos, pouco se sabe sobre os efeitos destas plantas em seres humanos e sua validação no tratamento da doença. Grande parte dos estudos realizados com fitoterápicos cita a *Camelia sinensis* (Chá verde), *Cynara scolymus* (Alcachofra) e *Phaseolus vulgaris* (feijão branco) como sendo eficazes no tratamento da obesidade e na perda de peso. Neste contexto, o presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de identificar e caracterizar alguns fitoterápicos ou espécies vegetais, como as anteriormente citadas, que possam ser utilizados no tratamento da obesidade, ressaltando a importância da fitoterapia como alternativa viável, acessível, segura, eficaz e de baixo custo. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico através da análise de artigos científicos obtidos nas bases de dados SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Pôde-se observar que estas plantas atuam efetivamente na redução do peso corporal, porém por mecanismos de ação diferenciados. Entretanto, apesar da vasta utilização destes produtos, ainda não se iniciou pesquisas científicas que garantam maior segurança no seu uso. Vale ressaltar que apesar de serem produtos naturais, não estão isentos de efeitos adversos, contraindicações e interações com nutrientes ou outros medicamentos. Portanto, em virtude das consequências que a obesidade pode trazer para a saúde geral do indivíduo e por sua alta incidência na atualidade, torna-se relevante abordar alternativas terapêuticas para esta condição patológica, a fim de que todos que necessitam tenham acesso a um tratamento seguro, eficaz e de baixo custo.

Palavras-chave: Fitoterapia. Plantas medicinais. *Camellia sinensis*. *Phaseolus vulgaris*. *Cynara scolymus*.

¹ Acadêmico(a) de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. *Av. Cabo Branco, nº4412, João Pessoa-PB. Endereço eletrônico: n_weisheimer@hotmail.com.

² Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança. Rua Bancário Enilson Lucena, 34, apto. 201, Res. Vancouver, Bancários. Email: dani-serafim@hotmail.com.

³ Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança. Rua Presidente Delfim Moreira, 353, Bessa. Email: vanvan_mota@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A problemática que envolve o excesso de peso e obesidade é de grande importância para a sociedade, visto que é um dos principais contribuintes para a elevada prevalência de doenças crônicas e incapacidades na atualidade. É considerada uma epidemia mundial. Há um aumento significativo da prevalência da obesidade em diversas populações do mundo, incluindo o Brasil¹.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, realizada através de parceria entre o IBGE e o Ministério da Saúde, analisando dados de 188 mil pessoas brasileiras em todas as idades, mostrou que a obesidade e o excesso de peso têm aumentado rapidamente nos últimos anos, em todas as faixas etárias. Neste levantamento, 50% dos homens e 48% das mulheres se encontram com excesso de peso, dos quais 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres apresentam obesidade².

Ainda segundo informações obtidas no site da Organização Mundial da Saúde (OMS), um estudo permeou a projeção de que, em 2005, o mundo teria 1,6 bilhões de pessoas acima de 15 anos de idade com excesso de peso ($IMCI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) e 400 milhões de obesos ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$). A perspectiva para 2015 é ainda mais grave, apontando-se para uma média 2,3 bilhões de pessoas com excesso de peso e 700 milhões de obesos, o que indica um aumento de 75% nos casos de obesidade em 10 anos².

Verificou-se que a classe de baixa renda representa a maior parcela da população acometida pelo excesso de peso e obesidade, exercendo o fator socioeconômico uma grande influência sobre este aspecto. Esse dado é explicado pela falta de informações sobre dietas mais saudáveis e pelo pouco acesso à variedade de alimentos, o que leva estes indivíduos a optarem, geralmente, por dieta rica em carboidratos e gorduras e pobre em proteínas, fibras e vitaminas¹.

A obesidade pode ter início em qualquer idade, podendo ser desencadeada por diversos fatores. Consideram-se os novos hábitos, pertencentes ao acelerado mundo moderno, como os principais determinantes para aumento da obesidade em nível mundial. Estes hábitos são facilmente reconhecidos, são eles: mudanças de comportamento alimentar, uso abusivo de comidas rápidas, que, na maioria das vezes, são ricas em gorduras, açúcar e principalmente calorias, e os hábitos de vida sedentários, tal como a falta de atividade física¹⁻³.

É sabido que pessoas obesas têm maior propensão ao desenvolvimento de várias patologias graves que se estendem desde patologias físicas como o diabetes mellitus tipo 2, a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, até problemas psicossociais. Portanto, este problema deve ser tratado rapidamente, e a diversidade de terapias como a mudança do estilo de vida, prática de exercícios físicos, o uso medicamentos sintéticos e fitoterápicos, bem como as cirurgias têm permitido maior adesão do público alvo³⁻⁶.

Em qualquer terapia, a dieta e prática de exercícios devem estar presentes. A depender do grau de obesidade, haverá inserção medicamentosa, e a cirurgia será considerada como último recurso, ou seja, em estágio de obesidade mórbida³.

Os medicamentos sintéticos empregados para o tratamento da obesidade têm o sistema nervoso central como seu principal alvo de ação, podendo causar efeitos colaterais como insônia, cefaleia e irritabilidade. Além disso, necessitam de prescrição médica e acompanhamento terapêutico inviabilizando o tratamento de pessoas de baixo poder aquisitivo. É válido ressaltar ainda que, atualmente, muitos desses medicamentos sintéticos, a grande maioria derivados anfetamínicos, foram

proibidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) devido a seus efeitos⁴.

Neste contexto, é de extrema relevância o conhecimento e utilização de terapias alternativas, como a fitoterapia para o tratamento da obesidade. Na etiologia da palavra, fitoterapia significa "tratamento pelas plantas", e na prática, as plantas medicinais são usufruídas desde a antiguidade, de diferentes formas farmacêuticas (infuso, decocto, tintura, alcoolatura, pó, dentre outros), a depender da estrutura da planta a ser utilizada. Várias partes podem ser utilizadas, tanto folhas e caule como flores, raízes e frutos, que possuem efeitos tanto farmacológicos e medicinais, quanto alimentícios, coadjuvantes técnicos ou cosméticos^{2,5,7}.

A Organização Mundial de Saúde tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário desde 1978, tendo em vista que 80% da população mundial utilizam essas plantas ou preparações destas na atenção primária à saúde.

O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS. Neste sentido, os fitoterápicos têm se destacado cada vez mais como mais uma alternativa para o tratamento da obesidade. Grande parte dos estudos realizados com fitoterápicos no auxílio à perda de peso cita a *Camellia sinensis* (Chá verde) a *Cynara scolymus* (Alcachofra) e o *Phaseolus vulgaris* (feijão branco) como sendo eficazes no tratamento da obesidade e na perda de peso^{1,2,6,7}.

Portanto, a abordagem de opções alternativas no tratamento da obesidade é de extrema relevância, uma vez que esta condição patológica já é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo. Neste contexto, o presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de identificar e caracterizar algumas espécies vegetais ou fitoterápicos que possam ser utilizados nesse processo, ressaltando, assim, a importância da fitoterapia como alternativa viável, acessível, segura, eficaz e de baixo custo no tratamento da obesidade.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para realização deste trabalho consistiu em pesquisa exploratória, desenvolvida através de uma revisão bibliográfica acerca da utilização da fitoterapia como auxiliar no tratamento da obesidade. Fundamentou-se na análise de artigos científicos obtidos nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores utilizados durante a pesquisa foram: Fitoterapia; Plantas medicinais; *Camellia sinensis*; *Phaseolus vulgaris*; *Cynara scolymus*. Os artigos originais publicados entre 2008 e 2013 e que exploraram o assunto foram incluídos na revisão e seus dados discutidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde o início da história da humanidade, há relatos da utilização de plantas para diversas finalidades, entre elas o alívio de dores. Algumas espécies vegetais também têm sido cada vez mais procuradas para terapêuticas que têm por finalidade a redução de peso^{2,5}.

Apesar dos grandes benefícios proporcionados pelo uso da fitoterapia, é importante ressaltar que o seu manejo não é tão simples como o senso comum acredita, apresentando, muitas vezes, o mesmo rigor das terapêuticas medicamentosas tradicionais, uma vez que podem apresentar interações medicamentosas ou alimentares, efeitos colaterais e contraindicações.^{2,3}

Logo, para a inserção deste tipo de terapia, bem como de qualquer outra que vislumbre a redução de peso, é de extrema importância o acompanhamento do profissional médico e do nutricionista, visto que deve ser feita uma avaliação clínica e bioquímica inicial, e, após isto, selecionar quais são os fitoterápicos mais apropriados para o caso clínico em questão³.

Durante a revisão de artigos científicos, constatou-se que a maior parte dos estudos clínicos mostrou redução de peso através do uso de fitoterápicos, os quais atuam por mecanismos de ação diversos. Os principais fitoterápicos encontrados durante esta revisão e que evidenciaram resultados positivos no tratamento da obesidade foram: *Camelia sinensis* (chá verde), que tem efeito principalmente termogênico; *Cynara scolymus* (alcachofra) que permite uma significativa redução do peso, quando associada à atividade física, e o *Phaseolus vulgaris* (feijão branco), que atua diminuindo a absorção de carboidratos no intestino. A seguir, serão descritos alguns estudos que comprovam tais informações para estas espécies investigadas:

- ***Camelia sinensis***

A *Camellia sinensis*, popularmente conhecida como chá verde, pertence à família *Theaceae* e é de origem chinesa, de acordo com o pesquisador Sharangi, embora seja cultivada em diversos países, sendo considerada uma das bebidas mais consumidas do mundo, na forma de chá⁸.

A *Camelia sinensis* está entre os fitoterápicos usados para a perda de peso mais investigados e consumidos no mundo, portanto, é a espécie que apresenta maior perfusão de trabalhos científicos avaliando sua eficácia e segurança no tratamento da obesidade. O extrato seco das folhas contém compostos chamados de “catequinas”, que são da classe dos polifenóis, substâncias produzidas pela planta que lhe confere diversos mecanismos de defesa. Estas catequinas atuam na obesidade principalmente aumentando o gasto energético das células (termogênese) e reduzindo a digestão de macronutrientes (carboidratos e gorduras), por inibir a ação de enzimas digestivas de origem pancreática.⁹

É importante citar que o efeito terapêutico do chá verde é obtido de forma mais segura e eficaz, na forma de extrato seco padronizado a 50% de polifenóis totais, pois, nesta forma de apresentação, possui um teor menor de xantinas (cafeína e derivado), comparado com a droga vegetal (forma utilizada em infusão ou chá).⁸

A catecol-O-metiltransferase (COMT), que é uma enzima responsabilizada pela degradação de norepinefrina, é inibida pelos flavonoides e polifenóis das plantas. A norepinefrina é um neurotransmissor envolvido no aumento da termogênese e na oxidação de gorduras. Ao inibir a COMT, as atividades da norepinefrina permanecem em ação por mais tempo, elevando seus efeitos no gasto energético e oxidação de lipídios⁹.

Muitos estudos mostraram a ação do chá verde como redutor de gordura através de diferentes mecanismos. A partir de pesquisas em seres humanos, o extrato da planta sugere que os polifenóis podem ser responsáveis pelo aumento do metabolismo na oxidação das gorduras e, por conseguinte, ocorre a elevação do gasto energético¹⁰.

Outro estudo buscou avaliar *in vitro* a capacidade das catequinas de inibirem a ação pancreática e gástrica. Observou-se que a atividade inibitória desse componente químico é efetiva, bloqueando a emulsificação de lipídios a nível gástrico e duodenal, e resultando em uma menor digestão de gorduras, sendo possível a sua redução em seres humanos. Estudos realizados em animais

comprovaram que o extrato do chá verde causou diminuição de 5,6% no consumo alimentar, aumentando a resistência, com redução da concentração de lactato plasmático, após atividade física e, paralelamente, promovendo um aumento da concentração de ácidos graxos no plasma. O autor sugere que a espécie vegetal estudada promova uma maior utilização de lipídios como fonte de energia¹¹.

A atividade antioxidante e hipolipidêmica do extrato de chá verde reduz os eventos que promovem a esteatose hepática e inibe alanina aminotransferase em ratos obesos sendo acompanhada pela diminuição da expressão de mRNA de tecido adiposo esterol (regulamentar elemento da ligação de proteína 1c-sintase de ácidos graxos, estearoil-CoA dessaturase-1, sensível a lipase) e pela diminuição da concentração sérica de ácidos graxos não esterificados. Além disso, houve diminuição da proteína TNF- α , fator de necrose tumoral. Segundo os autores, esses achados sugerem que o extrato de chá verde pode ser utilizado como uma estratégia para reduzir a obesidade e esteatose hepática¹².

- ***Cynara scolymus***

A alcachofra (*Cynara scolymus* L.) pertence à família *Asteraceae* e é uma planta herbácea, perene, oriunda da região do Mediterrâneo, sendo o seu cultivo realizado por meio de sementes. Possui larga utilização na medicina tradicional. Em sua constituição química é possível encontrar a cinarina, ácido clorogênico, ácido cafeico, mucilagem, pectina, tanino, ácidos orgânicos, flavonoides glicosilados e óleos voláteis¹³.

Farmacologicamente, a planta possui ação hepatoestimulante, colagoga e colerética (atua aumentando a secreção e a produção de bile, respectivamente), hipocolesterolêmica e diurética. Estudos revelaram que a principal substância responsável pelas atividades colagoga e colerética da droga é a cinarina, responsável por provocar o aumento da secreção biliar. Com relação ao amargor característico desta planta, associa-se à cinaropicrina, uma lactona sesquiterpênica que tem a função de aumentar a secreção gástrica¹⁴.

As brácteas (pétalas) são suas partes comestíveis, ricas em vitaminas A e do complexo B e sais minerais como ferro, cálcio e magnésio. As folhas, sob a forma de infusão, melhora o fluxo sanguíneo, induz a quebra de colesterol e possui ainda ação antibacteriana, antifúngica e antioxidante, além de apresentar efeito hepatoprotetor¹⁵.

A inibição da lipase pancreática tem sido apontada como um dos mecanismos mais amplamente estudados para determinar o potencial de produtos naturais como agentes antiobesidade. A alcachofra (*Cynara cardunculus*), por sua vez, apresenta potencial como adjuvante no tratamento da obesidade e de dislipidemias, uma vez que inibe a atividade da enzima lipase pancreática¹⁶.

Pesquisas revelaram ainda que a alcachofra possui ação genotóxica, que provavelmente está relacionada aos seus componentes ativos, porém, seu mecanismo ainda não está completamente elucidado. A análise fitoquímica do extrato das folhas demonstrou a presença de compostos fenólicos, flavonoides e saponinas. Os pesquisadores afirmam que, devido à ação antioxidante apresentada pelos flavonoides, estes em grandes concentrações também são capazes de exercer uma ação pró-oxidante, incluindo a formação de radicais, o que confere à planta uma possível genotoxicidade¹⁵.

- ***Phaseolus vulgaris***

Conhecido popularmente como feijão branco, este fitoterápico apresenta-se, geralmente, na forma de farinha e atua inibindo a enzima digestiva alfa-amilase. A inibição desta enzima pode impedir a digestão de carboidratos complexos,

diminuindo, assim, o número de calorias de carboidratos absorvidos e, potencialmente, promovendo perda de peso¹⁶.

Estudos evidenciaram que esta espécie de feijão (*Phaseolus vulgaris*) possui constituintes químicos que são considerados componentes com ação funcional, como os flavonoides, incluindo flavonóis, glicosilados ou não, antocianidinas, pró-antocianidinas e isoflavonas, bem como ácidos fenólicos. Além disso, acredita-se que, por impedir a digestão dos carboidratos, esta planta possa reduzir a disponibilidade calórica de açúcares simples para serem absorvidos, proporcionando, desta forma, perda de peso e uma diminuição da glicemia¹⁶.

Apresenta-se como suplemento que consiste de concentrados protéicos de feijão, que são conhecidos por conter altos níveis de inibidor de α -amilase, uma proteína conhecida como faseolamina (α -AI), além de ser uma fonte de nutrientes essenciais¹⁷.

De acordo com o levantamento realizado, estas foram as espécies investigadas com maior rigor técnico-científico, quanto aos fitoterápicos passíveis de serem utilizados, de forma confiável, para o tratamento da obesidade. Entretanto, os resultados clínicos são mais relevantes se estiverem sendo utilizados dentro de um plano de mudança de estilo de vida, que envolve alimentação saudável, prática de exercícios físicos e eliminação de fatores de risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a perda de peso seja um importante ponto no tratamento de obesidade, a preocupação primária na gestão médica desta condição é a redução de morbidez e risco de mortalidade. Encontrar alternativas acessíveis, de baixo custo e eficazes, a fim de auxiliar no processo de emagrecimento é, portanto, de extrema relevância. Nesse contexto, o uso de fitoterápicos, através da utilização de chás, comprimidos ou suplementos alimentares, aliado à realização de atividades físicas e reeducação alimentar, podem ser aliados importantes no processo de emagrecimento. Portanto, o tratamento da obesidade pode envolver diversas alternativas terapêuticas, que devem ser bem estudadas, avaliadas e direcionadas especificamente para cada indivíduo, enfatizando sempre a importância da utilização de fitoterápicos com orientação profissional, a fim de se alcançar resultados desejáveis e evitar efeitos adversos.

PHYTOTHERAPY ALTERNATIVE THERAPY TO COMBAT OBESITY

ABSTRACT

The Obesity is a chronic multifactorial disease, which is associated with various pathologies and the mortality increase, representing a public health problem worldwide. The use of medicinal plants to combat obesity and dyslipidemia has always been widely used by the people, especially the needy ones. Nowadays, with the growing acceptance of treatments based on natural products greatly increased, both with regard to medicinal plants and to the accession of herbal medicines. However, despite the vast use of these products, little is known about the effects of these plants in humans and validation in disease treatments. Most studies performed with herbal aid in weight loss, mentioning the *Camelia sinensis* (green tea), the *Cynara Scolymus* (artichoke) and the *Phaseolus vulgaris* (white beans) to be effective in the obesity treatment and weight loss. In this context, this present work was to identify and characterize some herbal or plant species, as the ones

mentioned, which can be used in the obesity treatment, therefore highlighting the importance of herbal medicine as a viable, affordable, safe, effective and low cost alternative. Thus, a literature survey was conducted through the analysis of scientific papers from the SciELO databases and the Virtual Health Library (VHL). It was observed these plants effectively operate in reducing body weight but with different mechanisms of action. However, despite the wide use of such products, we have not awakened yet to more interest in scientific research to ensure greater security in its use. It is noteworthy that although natural products, they are not exempt from adverse effects, contraindications and interactions with other medicines or nutrients. Therefore, because of the consequences that obesity can bring to the individual's overall health and its high incidence in actuality, it becomes relevant to address therapeutic alternatives for this pathological condition, so everyone who need to have access to a secure, effective and low cost treatment.

Key-words: Phytotherapy. Medicinal plants. *Camellia Sinensis*. *Phaseolus Vulgaris*. *Cynara Scolymus*.

REFERÊNCIAS

1. ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade. Dados Epidemiológicos sobre Obesidade. [periódico na internet]. 2013 Agosto [acesso em 2014 Mai 12]; 15(7): 2675-2685. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br>>.
2. Anvisa. [acesso em mai 14]. Disponível em:<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d37e2180474580a88c98dc3fbc4c6735/Nota+t%C3%A9cnica+n%C2%BA+1+do+CNPMF_06+10+2010.pdf?MOD=AJPERES&useDefaultText=0&useDefaultDesc=0>.
3. Anjos LA. Diagnóstico de obesidade e determinação de requerimentos nutricionais: desafios para a área de Nutrição. Ciênc. saúde coletiva [periódico na internet]. 2013 Fevereiro [acesso em 2014 Mai 14]; 18 (2): 294-294. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000200001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200001>.
4. Verdi S, Younes S, Bertol CD. Avaliação da qualidade microbiológica de cápsulas e chás de plantas utilizadas na assistência ao tratamento da obesidade. Rev. bras. plantas med. [periodico na Internet]. 2013 [acesso 2014 Mai 14];15(4): 494502. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151605722013000400004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S151605722013000400004>.
5. Fontenele RP, Sousa DMP, Carvalho ALM, Oliveira FA. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. Ciênc. saúde coletiva [periódico na internet]. 2013 Agosto [acesso em 2014 Mai 12]; 18 (8): 2385-2394. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000800023&lng=en.
6. Moreira L, Vianna D, Rates SMK. Estudo exploratório sobre a comercialização de produtos contendo *Caralluma fimbriata* wallich gravely ET maiutanatham

(asclepiadaceae), em farmácias magistrais de Porto Alegre. Revista Infarma Brasileira. 2009; 12 (9): 73 p.

7. Newall CA, Anderson LA, Phillipson J D. Plantas Medicinais Guia para profissional de saúde. 1ª ed. Premier, 2002.

8. Sharangi AB. Medicinal and therapeutic potentialities of tea (*Camellia sinensis* L.) – A review. Food Research International. 2009; v. 42: 529-535.

9. Borchardt RT, Huber JA. Catechol-O-methyltransferase - Relação estrutura-atividade para a inibição por flavonóides. J Med Chem. 1975; v.18: 120–122.

10. Dulloo AG, Duret C, Rohrer D, Girardier L, Mensi N, Fathi M. Efficacy of a green tea extract rich in catechin polyphenols and caffeine in increasing 24-h energy expenditure and fat oxidation in humans. American Journal of Clinical Nutrition. 1999; v. 70: 1040-1045.

11. Takatoshi M, Haramizu S, Akira S, Azumi N, Tokimitsu I. Green tea extract improves endurance capacity and increases muscle lipid oxidation in mice. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol. 2004; v. 288.

12. Park HJ, Dinatale DA, Chung MY, Park YK, Lee JY, Koo SI. Extrato de chá verde como atenuante da esteatose hepática, da lipogênese no tecido adiposo e melhorando as defesas antioxidantes em camundongos ob/ob. Jornal de Nutrição e Bioquímica, Stoneham. 2011; v.22: 393-400.

13. Mello JRB, Mello FB, Langeloh A. Toxicidade Pré-Clínica de Fitoterápico Contendo *Aloe ferox*, *Quassia amara*, *Cynara scolymus*, *Gentiana lutea*, *Peumus boldus*, *Rhamnus purshiana*, *Solanum paniculatum* e *Valeriana officinalis*. Lat. Am. J. Pharm.. 2009. 28 (1): 183-9. Acesso em abril 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000103&pid=S1516-0572201300030000900220&lng=en.

14. Costa RS, Ozela EF, Barbosa WLR, Pereira NL, Júnior JOCS. Caracterização física, química e físico-química do extrato seco por nebulização (spray-drying) de *Cynara scolymus* L. (*Asteraceae*). Rev. Bras. Farm. 2009. 90(3): 169-174. Acesso em abril 2014. Disponível em: rbfarma.org.br/files/pag_169a174_caracterizacao_fisica_215.pdf.

15. Souza AP, Silva RP, Abreu BRR, Ferraz ABF, Lehmann M, Dhl RR CIÊNCIAS DA SAÚDE. Genotoxicidade associada ao extrato das folhas de *Cynara scolymus* L. em células humanas. Revista de Iniciação Científica da Ulbra. Nº 11/2013. Acesso em abril de 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/ic/article/view/489>.

16. Souza SP, Pereira LLS, Souza AA, Santos CD. Seleção de extratos brutos de plantas com atividade antiobesidade. Rev. Bras. Pl. Med. 2012; 14 (4): 643-648. Acesso em abril 2014. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbpm/v14n4/11.pdf.

17. Pereira LL, Santos CD, Sátiro LC, Marcussi S, Pereira CA, Souza SP. Ação inibitória e estabilidade do extrato de farinha de feijão branco sobre enzimas digestivas na presença de fluído gástrico simulado. Rev Bras Farm 92 (2011): 367-72. Acesso em abril de 2014. Disponível em: www.rbfarma.org.br/files/rbf-2011-92-4-21-367-372.pdf.

Recebido em: 16.05.14 Aceito em: 12.03.15
--

AÇÃO DA *CANNABIS SATIVA* NO COMBATE À ÊMESE PROVOCADA PELOS ANTINEOPLÁSICOS

Lorena Sodré Mayer¹
Kalyne Teixeira Nunes²
Otávio de Moraes Marques²
Cibério Landim Mac do³

RESUMO

A maconha (*Cannabis sativa*) vem sendo utilizada há centenas de anos pela humanidade para diversos fins, tais como alimenta o, rituais religiosos, como alucinógeno e nas práticas medicinais. Os derivados da *Cannabis* são utilizados como medicamentos, visto que a segurança e eficácia do tratamento   cientificamente comprovada. Esta pesquisa tem como objetivo descrever as a o es terapêuticas da *Cannabis*, a fim de conscientizar a popula o sobre a legaliza o do seu uso medicinal. Trata-se de uma revisão de literatura, que utilizou os bancos de dados o SciELO, BVS e Google Acadêmico. A substância presente na maconha responsável pelos efeitos terapêuticos, incluindo os antieméticos,   o THC (tetraidrocanabinol), que age nos receptores CB1 e CB2 do sistema nervoso, desencadeando uma série de rea o es que vão culminar na abertura dos canais de potássio e fechamento dos canais de cálcio, levando a um decréscimo na libera o de vários neurotransmissores, por isso apresenta um espectro tão amplo de a o es.   cientificamente respaldado o conhecimento de que esta droga apresenta efeitos antieméticos, que são, de fato, mais potentes que outros fármacos utilizados com a mesma finalidade. Apesar de apresentar uso limitado por conta da vasta gama de efeitos colaterais induzidos por essa droga, especialmente os efeitos psicotrópicos,   comprovado cientificamente que os compostos canabinoides têm o potencial de produzir efeitos terapêuticos.   importante que as pesquisas deste campo continuem, para que possa ser descoberta uma maneira de suprimir os efeitos negativos da erva e beneficiar milhares de pacientes a partir do seu uso terapêutico.

Descritores: *Cannabis sativa*. Canabinoides.  mese.

INTRODU O

A maconha (*Cannabis sativa*) vem sendo utilizada há centenas de anos pela humanidade para diversos fins, tais como alimenta o, rituais religiosos, como alucinógeno e nas práticas medicinais.  , provavelmente, a droga mais consumida na atualidade. A *Cannabis sativa*   um arbusto da família Moraceae, que cresce livremente em várias partes do mundo, principalmente nas regiões tropicais e temperadas.   uma planta dioica, pois tem espécimes masculinas e femininas,

¹ Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. End.: Av. Cabo Branco, 2204, Edf. Beira Mar, Cabo Branco. João Pessoa-PB. CEP: 58045-905. E-mail: lory_cg12@hotmail.com.

² Acad micos de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE.

³ Docente de Fisiologia e Farmacologia da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. Doutorado em Farmacologia de Produtos Naturais e Sint ticos Bioativos pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

sendo estas últimas as detentoras de maior concentração de substâncias psicotrópicas¹.

O uso terapêutico da *Cannabis* é extremamente restrito devido, principalmente, à dificuldade que os pacientes enfrentam para ter acesso a esta droga, visto que em muitos locais seu consumo ainda não é legalizado. Por muitos anos a maconha não foi foco de interesse de pesquisas científicas, porém, após a descoberta dos receptores canabinoides e da identificação de um sistema canabinoide no cérebro, o interesse dos cientistas foi despertado. Desde então, os derivados da *Cannabis* passaram a ser mais utilizados como medicamentos, uma vez que a segurança e eficácia do tratamento passaram a ser cientificamente comprovadas¹.

A principal substância química com princípios alucinógenos identificada na *Cannabis* é o THC (tetraidrocanabinol), do grupo dos canabinoides; sendo identificado também o CBD (canabidiol), que não desencadeia efeitos alucinógenos, mas desencadeia outros efeitos no organismo, portanto, pode ser usado na terapêutica. Seu uso medicinal consiste na sua ação broncodilatadora, no alívio de dores e espasmos musculares, na redução de convulsões epiléticas, na redução da pressão intraocular do glaucoma, no estímulo do apetite, no aumento do ganho de peso e no alívio de náuseas e vômitos associados a pacientes que fazem terapia contra câncer e AIDS¹.

A concentração dessas substâncias na maconha pode variar de 1% a 15%, e vai depender não somente da genética da planta, mas também da região onde foi produzida a erva, do tempo de cultivo (maturação da planta), tratamento da amostra (secagem, estocagem, extração e condições de análise) e da forma como será ingerida².

OBJETIVOS

Realizar uma revisão na literatura científica sobre medicamentos utilizados atualmente na terapêutica no tratamento da êmese induzida pelo uso de antineoplásicos. Destacando o efeito antiemético da *C. sativa* e de substâncias isoladas dessa espécie.

METODOLOGIA

Realizou-se levantamento a partir de artigos científicos relacionados obtidos dos bancos dados SciELO, BVS E Google acadêmico. A abrangência temporal dos materiais de estudo foi entre os anos de 2001 a 2011. As buscas e consultas foram realizadas no período de fevereiro de 2014 a abril de 2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mecanismo da êmese

Os medicamentos usados no tratamento de pacientes com câncer têm como efeitos adversos sintomas como náuseas, vômitos e anorexia, que afetam o estado emocional do indivíduo. O uso de antieméticos conjuntamente à quimioterapia pode trazer melhora em cerca de 25% a 50% dos pacientes quanto às suas crises de náuseas e vômitos desencadeadas pelos tratamentos quimioterápicos. O vômito pode ocorrer em resposta a estímulos do sistema nervoso central e periférico, quando os impulsos são transmitidos por aferentes vagais e simpáticos até o

cérebro, em uma área específica, localizada no bulbo, situado próximo ao núcleo do trato solitário³.

Esta área específica é responsável pelo ato do vômito, sendo composta por duas unidades, a zona de gatilho quimiorreceptora (CTZ) e o centro do vômito (CV). A CTZ responde a uma grande variedade de neurotransmissores que são mediadores das náuseas e vômitos, entre os quais estão a dopamina, a serotonina, a histamina, as prostaglandinas e o ácido gama-aminobutírico. O centro do vômito, por sua vez, recebe muitas estimulações que surgem das fibras sensoriais vagais existentes no trato gastrointestinal, dos núcleos vestibulares e de alguns lugares mais altos do córtex e da CTZ³.

Substâncias com ação antiemética

Anti-histamínicos (AH₁)

Os anti-histamínicos são mais comumente utilizados como antialérgicos, porém têm sido usados como agente antiemético e como adjuvante com antagonistas dopaminérgicos para a prevenção de reações distônicas. Estudos com difenidramina e hidroxizine para profilaxia de êmese induzida por quimioterapia não mostraram benefício. Em cuidados paliativos, anti-histamínicos podem ser usados no tratamento da êmese mediada pelo sistema vestibular. Os efeitos colaterais mais comuns são boca seca, visão borrada, sonolência e sedação⁴.

O critério de classificação de um AH₁ como sedante ou não-sedante é baseado no perfil de eventos adversos (como as queixas espontâneas de sonolência e fadiga) relacionados ao seu uso⁶. Em geral, os AH₁ de primeira geração são rapidamente absorvidos e metabolizados, o que exige a sua administração em três a quatro tomadas diárias. Por terem fórmulas estruturais reduzidas e serem altamente lipofílicos, atravessam a barreira hematoencefálica (BHE), ligam-se com facilidade aos receptores H₁ cerebrais e geram o seu principal efeito colateral: a sedação. Os anti-histamínicos são os medicamentos mais amplamente utilizados como terapia de primeira linha nas gestantes que apresentam náuseas e vômitos, sendo que apenas alguns poucos deles foram estudados para o tratamento desta condição. Os mais comumente utilizados no Brasil são dimenidrinato, meclizina e difenidramina⁷.

Antagonistas dos Receptores Dopaminérgicos

Como agente único, os Antagonistas dos Receptores Dopaminérgicos têm eficácia baixa, e foram a base da terapia antiemética da década de 50 até início da década de 80. A metoclopramide, droga mais usada e estudada dessa classe, possui atividade antiemética em pacientes recebendo quimioterapia leve ou moderadamente emetogênica. Em pacientes recebendo quimioterapia à base de platina metoclopramide em doses convencionais não mostrou diferença em relação ao placebo. Os efeitos colaterais são principalmente os extrapiramidais, especialmente em altas doses, sedação e hipotensão ortostática⁴.

Antagonistas do Receptor de Serotonina do Tipo 3 (5HT₃)

São os antieméticos mais potentes na profilaxia da êmese aguda induzida pela quimioterapia. Os seguintes agentes disponíveis são: ondansetrona, granisetrona, tropisetrona, dolasetrona e palonosetrona. Aproximadamente 50 estudos randomizados têm comparado o efeito de dois ou mais destes agentes e nenhum encontrou diferenças clinicamente significantes. Contudo, uma metanálise apresentada no ASCO 2004 incluindo por volta de 40 estudos comparando todos os

antagonistas 5HT₃ sugere uma possível vantagem para a granisetrona comparativamente a tropisetrona. Pelo guideline do Multinational Association of Supportive Care in Câncer [MASCC], administrado em doses equivalentes todos têm a mesma eficácia e segurança. Os efeitos colaterais mais comuns são constipação e cefaleia⁴.

Ao fazer uso desses antagonistas, deve-se atentar para as seguintes informações: usar a menor dose efetiva de cada agente, altas doses não aumentam a eficácia pela saturação dos receptores, a dose total diária tem a mesma eficácia se administrados em múltiplas doses ou dose única; tropisetrona deve ser usado com cautela em pacientes com distúrbios de condução ou do ritmo cardíaco e em pacientes usuários de antiarrítmicos ou antagonistas β -adrenérgicos; dolasetrona será administrado com cautela em pacientes com prolongamento do intervalo de condução elétrica cardíaco; em pacientes com insuficiência hepática, o dose total diária de ondansetrona não deve exceder 8 mg/dia. Ocorre aumento da atividade antiemética com a combinação entre antagonistas 5HT₃ e dexametasona para inibir êmese aguda e tardia em quimioterapia induzida por platina⁴.

Corticoides

Os corticoides são drogas com atividade antiemética conhecida. O seu efeito antiemético é amplificado quando administrado em combinação com outro antiemético. Não parece existir qualquer diferença entre os corticoides, mas a dexametasona tem sido o mais estudado. Os efeitos colaterais mais comuns são insônia e hiperglicemia⁴. Esse grupo de medicamentos tem o uso restrito devido aos efeitos indesejáveis que pode causar, tais como glaucoma, distúrbios psíquicos, complicações hematológicas, úlceras pépticas, osteoporese, miopatia, nefrolitíase, hipertensão, infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico, síndrome de cushing, suscetibilidade a infecções e complicações metabólicas⁵.

Antagonistas do Receptor Neurokinin-1 (NK1)

Aprepitant (EMEND[®]) representa uma nova classe de antiemético. É um antagonista seletivo do receptor NK1, tem ação nervosa central e é utilizado por via oral. Aprepitant foi recentemente aprovado para o uso nos Estados Unidos pelo Food and Drug Administration [FDA] e por autoridades na União Europeia [UE] para ser usado na profilaxia da êmese aguda e tardia em pacientes usando quimioterapia com cisplatina [FDA] ou baseada em platina [UE]⁴.

Atualmente aprepitant é recomendado na profilaxia da êmese aguda e tardia de quimioterapia com alto risco de êmese pelo Multinational Association of Supportive Care in Câncer [MASCC] e nas quimioterapias com risco alto e moderado (em pacientes selecionados) de êmese pelo National Cancer Comprehensive Network [NCCN]. A dose recomendada de aprepitant é 125mg oralmente no dia 1 e 80mg nos dias 2 e 3. É recomendada uma redução em 50% na dose da dexametasona quando usado em combinação com aprepitant. Em ensaios clínicos com aprepitant os efeitos colaterais foram similares aos do placebo⁴.

Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos atuam reduzindo a ansiedade e o risco de êmese antecipatória. O lorazepam tem mostrado um alto grau de aceitação pelos pacientes, sendo o agente de escolha para o manejo da êmese antecipatória⁴.

Canabinoides

Os canabinoides são substâncias encontradas apenas na *Cannabis Sativa*. Algumas entidades farmacêuticas já tentaram desenvolver compostos sintéticos baseados nos canabinoides, porém, o fracasso ocorreu diante da impossibilidade de suprimir os efeitos psicotrópicos da droga original⁵. Os canabinoides exercem seu efeito antiemético ligando-se ao receptor canabinoide, localizado no tronco encefálico. Estudos com canabinoides têm mostrado eficácia levemente superior em relação aos antagonistas dopaminérgicos. No entanto, o seu uso na prática é limitado pela alta incidência de tonturas, disfonia e alucinações⁴.

Mecanismos de Ação dos canabinoides

Os canabinoides que apresentam propriedades biológicas comprovadas são: O Δ^9 -THC (tetraidrocanabinol), que é o principal canabinoide psicoativo encontrado na *Cannabis sativa*, usado terapêuticamente como antiemético e estimulante do apetite; e o Δ^8 -THC, menos potente e menos abundante na planta que o citado anteriormente¹.

No corpo humano, os canabinoides irão agir ligando-se aos receptores CB₁ e CB₂. Entretanto, ainda não se sabe ao certo muitas informações concretas sobre a estrutura desses compostos. Embora exerçam efeitos em vários sistemas do organismo humano, os canabinoides são conhecidos por seus efeitos no sistema nervoso central, estando a maioria dos receptores CB₁ e CB₂ presentes no cérebro¹.

Há uma quantidade superior de receptores encontrada em células dos gânglios basais, participando nos processos de movimentos e coordenação do corpo. Sabe-se, ainda, que os receptores CB₁ são encontrados em abundância no cerebelo, região que coordena os movimentos do corpo humano. São encontrados, ainda, no hipocampo, área responsável pela aprendizagem e memória e também no córtex cerebral, área responsável pelas funções cognitivas¹.

Os receptores canabinoides estão inseridos na membrana celular, onde estão acoplados às proteínas-G e à enzima adenilato ciclase (AC). Os receptores são ativados quando interagem com ligantes, tais como anandamida ou Δ -9 THC, e a partir desta interação, uma série de reações ocorre, incluindo inibição da AC, o que diminui a produção de cAMP (as atividades celulares dependem da enzima adenosina monofosfato cíclica – cAMP); abertura dos canais de potássio, diminuindo a transmissão de sinais e fechamento dos canais de cálcio, levando a um decréscimo na liberação de neurotransmissores¹.

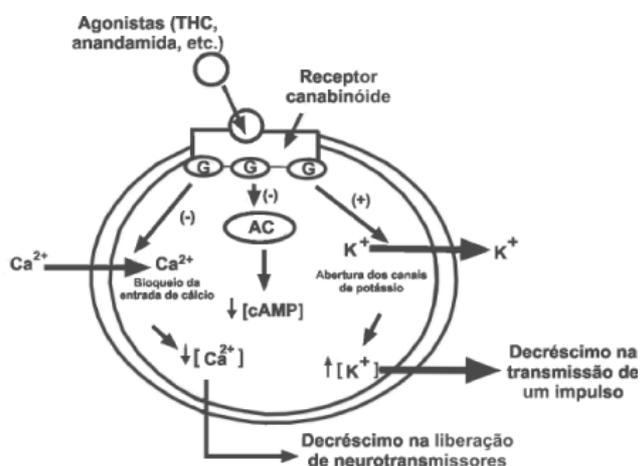


Figura 1 - Reações intracelulares que ocorrem quando agonistas interagem com os receptores canabinoides CB₁ e CB₂. Adaptado da ref. 1.

O resultado final da interação com o receptor canabinoide depende do tipo de célula, ligante e de outras moléculas que podem competir pelos sítios de ligação desse receptor. Existem vários tipos de agonistas para os receptores canabinoides, e estes podem ser classificados de acordo com dois fatores: A potência de interação com o receptor canabinoide (esta potência determina a dose efetiva do fármaco) e a eficácia, que determina a extensão máxima do sinal que estes fármacos transmitem às células. A potência e a eficácia do Δ -9 THC são relativamente menores quando comparadas às de alguns canabinoides sintéticos. Na verdade, compostos sintéticos são, geralmente, mais potentes e eficazes que os agonistas endógenos¹.

Farmacocinética do Δ ⁹-THC

Quando a droga é fumada, 30% do THC são destruídos pela queima, sendo 20% a 40% perdidos com a fumaça. Em função de sua alta lipossolubilidade, o THC restante é rapidamente absorvido dos pulmões para a corrente sanguínea e atinge um pico de concentração entre 15 a 45 minutos após ter sido inalado. Entretanto, o declínio da concentração sanguínea é rápido, com redução gradual entre 2 e 6 horas após o uso. Apenas 5% a 10% dos níveis iniciais permanecem após 1 hora – isso se deve ao rápido metabolismo hepático e à distribuição eficiente da substância para o cérebro e para outros tecidos (baço, eritrócitos, intestino delgado)⁸.

Os efeitos iniciam imediatamente após a droga atingir o SNC com duração de 1 a 3 horas. Alguns pacientes podem exibir os sintomas e sinais de intoxicação por até 12 a 24 horas, devido à liberação lenta dos canabinoides a partir do tecido adiposo. Após a distribuição pelos tecidos, a *Cannabis* chega ao fígado, onde é metabolizada, através do sistema enzimático do citocromo P450, em 11-hidroxi- Δ -9-THC e 8-hidroxi- Δ -9-THC, ambos metabólitos ativos. A segunda fase do metabolismo tem como produto final o 11-nor-9-carboxi- Δ -9-THCacil-glicuronídeo, principal metabólito encontrado na urina e fezes⁸.

Devido à sua lipossolubilidade, os canabinoides acumulam-se nos órgãos cujos níveis de gordura são mais elevados (cérebro, testículos e tecido adiposo), sendo lentamente liberados para corrente sanguínea⁸. O tratamento de náuseas e vômitos associados à quimioterapia foi um dos primeiros usos terapêuticos da *Cannabis* e dos canabinoides que foi estudado cientificamente, tendo sido provado que o Δ -9 THC é, de fato, eficaz como um agente antinauseante em pacientes recebendo quimioterapia contra câncer⁹.

Quando usada em altas dosagens e de forma prolongada, a maconha pode levar a problemas na escola ou no trabalho, no relacionamento e na família, dificuldades financeiras, baixa energia, baixa autoestima, insatisfação com o nível de produtividade, problemas de sono e de memória, baixa satisfação com a vida, propensão a fazer uso de outras drogas, e, em casos mais extremos, a dependência psicológica, incluindo crises de abstinência e tentativas fracassadas de abandonar ou diminuir o consumo¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É aceito cientificamente que os compostos canabinoides têm o potencial de produzir efeitos terapêuticos, mas o seu uso ainda é bastante limitado atualmente por conta da vasta gama de efeitos colaterais induzidos por esses compostos, especialmente os efeitos psicotrópicos. Considera-se que a exposição excessiva e prolongada a essa droga pode potencializar a instalação de dependência. Por conta dos seus efeitos psicotrópicos e alucinógenos, o uso da droga deve ocorrer de maneira controlada e racional. É de fundamental importância que pesquisas e

ensaios clínicos sejam estimulados, com o intuito de aumentar o entendimento sobre os receptores canabinoides, vias de transdução de sinal e possível desenvolvimento de fármacos a serem usados para beneficiar milhares de pacientes.

ACTION OF CANNABIS SATIVA IN FIGHTING EMESIS CAUSED BY ANTINEOPLASTIC

ABSTRACT

Marijuana (*Cannabis sativa*) has been used for centuries for various purposes such as food, religious rituals, as a hallucinogen and in the medicinal practices. *Cannabis* derivatives are used as medicines, due to its safety and efficacy treatments and it is also scientifically proved. This article aims to describe the therapeutic actions of cannabis in order to raise awareness about legalizing its medicinal use. This is a literature review, which used databases such as SciELO, VHL and Academic Google. The marijuana's compound responsible for the therapeutic effects of the plant, including antiemetics, is THC (tetrahydrocannabinol), which acts on the CB1 and CB2 receptors in the nervous system, triggering series of reactions that will culminate in the opening of potassium channels and closing of calcium channels, leading into a decrease in the release of several neurotransmitters, why has such a wide spectrum of actions. It is scientifically supported that this drug has antiemetic effects, which are, in fact, more potent than other drugs used for the same purpose. Despite showing limited use due to its wide range of side-effects induced by the drug, especially psychotropic effects, is scientifically proven that cannabinoid compounds have the potential to produce therapeutic effects. To continue researching in this field is important in order to find a way to obliterate the negative effects of the herb and benefit thousands of patients from its therapeutic use.

Key-words: *Cannabis sativa*. Cannabinoids. Emesis.

REFERÊNCIAS

1. Honório KM, Arroio A, Silva ABF. Aspectos terapêuticos de compostos da planta *Cannabis sativa*. *Química Nova*. 2006; 29: 318-325. Acesso em: 10 abr 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-40422006000200024&script=sci_arttext>.
2. Araújo LF. Maconha, uma perspectiva histórica, farmacológica e antropológica. *Revista de Humanidades*. 2003; 4: 47-63. Acesso em: 10 abr 2014. Disponível em: <<http://www.cerescaico.ufrn.br/mneme/pdf/mneme07/005-p.pdf>>.
3. Virtual Medical Centre.com. Nausea and Vomiting. 2011. Acesso em 09 abr 2014. Disponível em <<http://www.virtualmedicalcentre.com/symptoms.asp?sid=8> >.
4. Jordan K, Kasper C, Schmoll H: Chemotherapy-induced nausea and vomiting: current and new standards in the antiemetic prophylaxis and treatment. *European Journal of Cancer* 2005; 41: 199-205.
5. Durval Daniani et al. Corticoterapia e suas repercussões: a relação custo-benefício. Unidade de Endocrinologia Pediátrica do Instituto da Criança Prof. Pedro

de Alcantara do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Acesso em 11 abr 2012. Disponível em: <<http://www.estudoorientado.com.br/conteudo/fckeditor/Corticoterapia%20e%20suas%20repercuss%C3%83%C2%B5es.pdf>>.

6. Balmanil APS et al. Rinites e anti-histamínicos: impacto na cognição e psicomotricidade. Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Acesso em 11 abr 2014. Disponível em: <<http://www.asbai.org.br/revistas/Vol243/rinite.htm>>.

7. Camelo-Nunes IN. Novos anti-histamínicos: uma visão crítica. J Pediatr. 2006; 82: 173-80. Acesso em: 24 abr 2014. Disponível em: <http://www.jpmed.com.br/conteudo/06-82-S173/port_print.htm>.

8. Ribeiro M, Marques ACPR, Laranjeira R. et al. Abuso e Dependência da Maconha. Revista da Associação Médica Brasileira. 2005; 51: 241-55. Acesso em: 10 abr 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-42302005000500008&script=sci_arttext>.

9. Zuardi Antonio Waldo. Cannabidiol: from an inactive cannabinoid to a drug with wide spectrum of action. Rev. Bras. Psiquiatr. [serial on the Internet]. 2008; 30: 271-280. Acesso em: 10 abr 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000300015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000300015>>.

10. Budney Alan J., Vandrey Ryan G., Stanger Catherine. Intervenções farmacológica e psicossocial para os distúrbios por uso da cannabis. Rev. Bras. Psiquiatr. 2010; 32: 546-555. Acesso em: 10 abr 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000500008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000500008>>.

Recebido em: 15.05.14 Aceito em: 16.03.15
--

A TRANSEXUALIDADE: SUAS IMPLICAÇÕES ÉTICAS E JURÍDICAS

Michelly Mellinny Pereira Queiroga¹
Daniela Jales Dantas Diniz²
Hítala Derise Lopes da Rocha²
Jéssica Emille de Moura Rocha²
Fabini Guilherme Diniz Melo²
Danielle Serafim Pinto³

RESUMO

A experiência da transexualidade diz respeito ao conflito que uma pessoa tem para com as normas de gênero, o que a leva a reivindicar o reconhecimento de nova identidade de sexo e gênero. Existem muitas controvérsias acerca da etiologia da transexualidade. Entende-se que a transexualidade pode ser determinada por uma alteração genética no componente cerebral, associada à alteração hormonal e o fator social. A problemática transexual vem suscitando grande interesse nas discussões atuais, passando a integrar a pauta dos psicólogos e dos tribunais, pois o sexo não pode mais ser considerado apenas um elemento fisiológico, portanto, geneticamente determinado e, por natureza, imutável. O presente trabalho teve por objetivo realizar uma revisão bibliográfica, bem como reflexões acerca das implicações éticas e jurídicas da transexualidade na sociedade atual, utilizando-se, para tanto, as bases de dados SCIELO e LILACS. A transexualidade caracteriza-se por um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto, e não pode ser definida necessariamente pelo desejo de alteração cirúrgica da anatomia sexual. As intervenções cirúrgicas, com finalidade terapêutica, são altamente fomentadas pela ordem jurídica, constituindo causas de justificação. Através da presente revisão, foi possível observar que as diferenças corporais produzem uma distinção entre os sexos, assim, os(as) transexuais apenas reivindicam uma transformação física, para se adequarem às normas de sexo e gênero existentes na sociedade. Além disso, torna-se evidente a necessidade de sensibilizar os profissionais das áreas jurídicas, sociais, de saúde e de educação, para a transformação de ideias preconcebidas, que mantêm desigualdades entre os seres humanos.

Palavras-chave: Transexualidade. Identidade de gênero. Sexo.

INTRODUÇÃO

A experiência da transexualidade diz respeito ao conflito que uma pessoa tem para com as normas de gênero, o que a leva a reivindicar o reconhecimento de nova identidade de sexo e gênero.¹ Segundo uma concepção moderna, o transexual masculino é uma mulher com corpo de homem, enquanto que o transexual feminino é, evidentemente, o contrário. São, portanto, portadores de neurodiscordância de gênero. Suas reações são, em geral, aquelas próprias do sexo com o qual se identifica psíquica e socialmente².

¹ Acadêmico da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. End.: Rua Professora Maria Sales, 731, ap. 602, Maison Moliere, Tambaú. João Pessoa-PB. Tel.: (83) 9913-1018 E-mail: michelly_mpq@hotmail.com.

² Acadêmicos da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

³ Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE. Rua Bancário Enilson Lucena, 34, apto. 201, Res. Vancouver, Bancários. Email: dani-serafim@hotmail.com.

Quando uma criança vem ao mundo é dito que nasceu uma menina ou um menino, instaurando-se um processo de definições e construções relacionadas ao sexo e ao gênero ao qual se acredita que a criança deva pertencer. Esse processo é baseado nas características apresentadas pelo biológico: corpo masculino/pênis, corpo feminino/vagina. Entretanto, as diferenças sociais entre os sexos, se não deixam de ter alguma relação com as diferenças biológicas, não são delas um decalque; são uma interpretação, uma modificação e uma ampliação. Quando se fala de sexo, gênero, diferenças sexuais, masculino e feminino, fala-se de conceitos imersos no arcabouço cultural do qual a sociedade faz parte e que existem desde antes do nascimento³⁻⁴.

Existem muitas controvérsias acerca da etiologia do transexualismo. Entende-se que a transexualidade pode ser determinada por uma alteração genética no componente cerebral, combinada com alteração hormonal e o fator social. Atualmente, o transexualismo vem sendo enquadrado no âmbito das intersexualidades, visto que o hipotálamo do transexual o leva a se comportar contrariamente ao sexo correspondente à sua genitália de nascença⁵.

A problemática transexual vem suscitando grande interesse nas discussões atuais, passando a integrar a pauta dos psicólogos e dos tribunais, pois o sexo não pode mais ser considerado apenas um elemento fisiológico, portanto, geneticamente determinado e, por natureza, imutável. O progresso da Medicina tem permitido, há algumas décadas, a adequação da genitália da pessoa e possui a inabalável certeza de pertencer a outro sexo. Contudo, a realização de tal cirurgia apresenta diferentes questionamentos, sobretudo de ordem médico-jurídica⁶.

Além disso, o transexual se depara com problemas que não estão ao alcance dos profissionais de saúde: a falta de parâmetros legais que regulamentem a cirurgia de redesignação sexual e a retificação do registro civil, adequando o prenome e estado sexual do transexual cirurgiado à nova situação.

Diante desse contexto, o presente trabalho teve por objetivo realizar uma revisão bibliográfica, bem como reflexões acerca das implicações éticas e jurídicas da transexualidade na sociedade atual.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a transexualidade e suas implicações éticas e jurídicas consultando-se as bases de dados SCIELO e LILACS. Os descritores utilizados durante a pesquisa foram: transexualidade, identidade de gênero e sexo. Artigos originais e revisões bibliográficas, publicados entre os anos de 2000 e 2013 foram incluídos na revisão e seus dados discutidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde 1993, pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), os(as) transexuais são pessoas que apresentam um Transtorno de Identidade Sexual Organização Mundial da Saúde. Posteriormente, em 1994, com a publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais (DSM IV) o termo transexualismo, utilizado até então, foi substituído por Transtorno de Identidade de Gênero. De acordo com essas classificações, este transtorno caracteriza-se por um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto. O conflito está relacionado às normas de gênero, o que gera uma reivindicação pela pessoa da sua nova identidade de sexo e de gênero. O desejo de intervenção cirúrgica não

acompanha a história de toda pessoa trans. Algumas não tem desejo de se submeter a intervenção cirúrgica para mudança de sexo.¹

Tem-se que, se de um lado a pessoa transexual evoca uma demanda fora da norma, por outro, em seu comportamento e em seu discurso, não sugere nenhuma anormalidade. O seu funcionamento psíquico é particular, mas não patológico. Ainda segundo estudiosos, o “transexualismo” não é oriundo nem da nossa cultura, nem da nossa época; o que é recente é a possibilidade de “mudar de sexo” graças às novas técnicas cirúrgicas e à hormonoterapia⁴⁻⁹.

As intervenções cirúrgicas, com finalidade terapêutica, são altamente fomentadas pela ordem jurídica, constituindo causas de justificação. O parecer do CFM reforça esse entendimento, ao considerar que:

a cirurgia de transformação plástico-reconstrutiva da genitália externa, interna e caracteres sexuais secundários não constitui crime de mutilação previsto no artigo 129 do Código Penal, visto que tem o propósito terapêutico específico de adequar a genitália ao sexo psíquico¹⁰.

O caráter mutilador da cirurgia, outrora mais aceito, foi substituído pela visão de procedimento corretivo, já que o direito garantido a todos de amplos poderes sobre o próprio corpo integra os direitos da personalidade. Ao pessoa transexual deve ser permitido o desenvolvimento em todos os âmbitos de sua vida, sendo, assim, o equilíbrio entre o físico e o psicológico essencial para tal desenvolvimento. É o procedimento cirúrgico um direito à saúde e, também, um direito da personalidade¹¹.

A Resolução nº 1.482/97, do Conselho Federal de Medicina brasileiro – CFM¹² autorizou, a título experimental, a realização de cirurgias de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e neofaloplastia. De acordo com entendimentos jurisprudenciais, a exemplo do firmado pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo - TJSP, verifica-se que é possível tanto a cirurgia quanto a troca do prenome. Observa-se que o Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957 que dispõe o artigo 199 da Constituição Federal, resolve que, segundo o artigo primeiro, a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários, como tratamento dos casos de transexualismo, é autorizada.

Segundo o artigo terceiro, a definição de transexualismo deverá obedecer a alguns critérios como o desconforto com o sexo anatômico natural, o desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto, a permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos e ausência de outros transtornos mentais; complementando com o artigo quarto que determina a avaliação desses pacientes com uma equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, com, no mínimo, dois anos de acompanhamento; e que segundo o artigo sétimo deve ser praticado o consentimento livre e esclarecido¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da presente revisão sobre transexualismo, foi possível observar que as diferenças corporais produzem uma distinção entre os sexos, assim, os(as)

transexuais apenas reivindicam uma transformação física, para se adequarem às normas de sexo e gênero existentes na sociedade. Porém, no que se refere ao processo transexualizador, torna-se indispensável uma análise da história de cada sujeito, na intenção de melhor promover um acompanhamento psicológico, cirúrgico e de outras intervenções que se façam necessárias, a partir das possibilidades individuais, respeitando o tempo e o interesse de cada pessoa em tais procedimentos.

A complexidade da temática e a necessária ação interdisciplinar impõem a necessidade de sensibilizar os profissionais das áreas jurídicas, sociais, de saúde e de educação, para a transformação de ideias preconcebidas, que mantêm desigualdades entre os seres humanos. A legislação, os planos nacionais de apoio à pessoa transexual e a redesignação sexual devem ser considerados os primeiros passos de uma escalada longa e íngreme até atingir-se um objetivo maior que envolva a identificação, a compreensão, a aceitação dos transexuais e o acompanhamento desses pessoas por equipes multidisciplinares e pela sociedade em geral, para que, finalmente, eles sejam tratados e aceitos de forma digna numa sociedade tão excludente.

TRANSSEXUALISM: ITS ETHICAL AND LEGAL IMPLICATIONS

ABSTRACT

Transsexual is someone who has the unalterable conviction of belonging to the opposite sex to that contained in its Report of Birth, strongly reproving their external sex organs . There is much controversy about the etiology of transsexualism. It is understood that transsexuality may be determined by a genetic change in cerebral component , combinanda with hormonal changes and social factor. The problem comes transsexual posing great interest in current discussions , becoming a member of the staff psychologists and courts , because sex can no longer be considered merely a physiological element, therefore, genetically determined and, by nature, unchangeable . The present study aimed to perform a literature review as well as reflections on the ethical and legal implications of transsexuality in society today, using to this end, the foundation of SciELO and LILACS. Transsexualism is characterized by a desire to live and be accepted as a member of the opposite sex. Such a desire is accompanied by a feeling of malaise or unsuitability by reference to their own anatomical sex and the desire to undergo surgery or hormonal treatment in order to transform your body as compatible as possible with the desired sex. Surgical interventions for therapeutic purposes, are highly encouraged by the law, constituting defenses . Through this review, we observed that bodily differences produce a distinction between the sexes, so, (the) claim transsexuals just a physical transformation , to conform to the norms of sex and gender in the existing society. Furthermore , it becomes evident the need to raise awareness among professionals of the legal , social, health and education areas for the processing of preconceived ideas that maintain inequalities between human beings.

Key-words: Transsexuality. Transformation. Sex.

REFERÊNCIAS

1. Bento Berenice. O que é transexualidade. São Paulo: Brasiliense, 2008.

2. Vieira TR. Nome e Sexo – Mudanças no Registro Civil. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2008. p. 233-40.
3. Louro, GL. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. 3.ed. Petrópolis: Vozes; 1997.
4. Sampaio LLP, Coelho MTAD. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. Interface (Botucatu) [periódico na Internet]. 2012 Set [acesso em 13 maio 2014];16(42):637-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000300005&lng=en.
5. Quaglia, Dorina RG. Epps. O paciente e a intersexualidade. São Paulo: Sarvier; 1980.
6. Vieira TR. Adequação de sexo do transexual: aspectos psicológicos, médicos e jurídicos. Psicologia: Teoria e Prática. jul.-dez. 2000;2(2):88-102.
7. Márcia A, Murta D, Tatiana L. Transexualidade e Saúde Pública no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2009 Ago [acesso em 13 maio 2014]; 14(4):1141-1149. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400020&lng=en.
8. Ceccarelli PR. Transexualismo. Onde se situa a diferença? Polêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2008;7(4):53-66.
9. Franco, Neil. Pessoas (transexuais): dimensões sociais de vidas (in)determinadas pela ciência. Rev. Estud. Fem., Florianópolis. Aug. 2011; 19 (2). [acesso em: 26 Abr. 2014] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2011000200028&lng=en&nrm=iso.
10. Resolução CFM nº 1.652, de 6 de novembro de 2002. Carvalho Viana. 10ª Câmara de Direito Privado. j. 09/10/2007
11. Marcia A, Zaidhaft S, Murta D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. Psicol. Soc., Porto Alegre. Apr. 2008; 20 (1). [acesso em: 26 Abr. 2014] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000100008&lng=en&nrm=iso.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CFM nº 1.482/97, 30 de setembro de 1997.

Recebido em: 19.05.14 Aceito em: 04.05.15
--