



PESQUISA MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE

O PROTAGONISMO ACADÊMICO EM EVIDÊNCIA

ORGANIZADORES

JAYANA CASTELO BRANCO CAVALCANTE DE MENESES
HELMO ROBÉRIO FERREIRA DE MENESES
THALITA SÉVIA SOARES DE ALMEIDA MAGALHÃES
FERNANDO MAGNO BITÚ MAGALHÃES
SANDRA MAIJANE SOARES DE BELCHIOR
VICENTE SARAIVA DOS SANTOS NETO
SAMUEL ALVES BEZERRA NETO
PAULO FLORENTINO TEIXEIRA NETO
SILMARA TAVARES BANDEIRA
ELISSANDRA COURAS ANGÉLICO
FRANCISCO IVO GOMES DE LAVOR



**PESQUISA MULTIDISCIPLINAR
EM SAÚDE: O PROTAGONISMO
ACADÊMICO EM EVIDÊNCIA**



Todo o conteúdo apresentado neste livro, inclusive correção ortográfica e gramatical, é de responsabilidade do(s) autor(es).
Obra sob o selo *Creative Commons*-Atribuição 4.0 Internacional. Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

Conselho Editorial

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza - UFOPA (Editor-Chefe)
Prof. Dr. Laecio Nobre de Macedo-UFMA
Prof. Me. Darlan Tavares dos Santos-UFRJ
Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida-UFOPA
Prof. Me. Francisco Pessoa de Paiva Júnior-IFMA
Prof.^a Dr.^a. Ana Angelica Mathias Macedo-IFMA
Prof. Me. Antonio Santana Sobrinho-IFCE
Prof.^a Dr.^a. Elizabeth Gomes Souza-UFPA
Prof. Me. Raphael Almeida Silva Soares-UNIVERSO-SG
Prof.^a. Dr.^a. Andréa Krystina Vinente Guimarães-UFOPA
Prof.^a. Ma. Luisa Helena Silva de Sousa-IFPA
Prof. Dr. Aldrin Vianna de Santana-UNIFAP
Prof. Me. Francisco Robson Alves da Silva-IFPA
Prof. Dr. Marcos Rogério Martins Costa-UnB
Prof. Me. Márcio Silveira Nascimento-IFAM
Prof.^a Dr.^a. Roberta Modesto Braga-UFPA
Prof. Me. Fernando Vieira da Cruz-Unicamp
Prof.^a Dr.^a. Neuma Teixeira dos Santos-UFRA
Prof. Me. Angel Pena Galvão-IFPA
Prof.^a. Dr.^a. Dayse Marinho Martins-IEMA
Prof.^a Ma. Antônia Edna Silva dos Santos-UEPA
Prof.^a. Dr.^a. Viviane Dal-Souto Frescura-UFSM
Prof. Dr. José Morais Souto Filho-FIS
Prof.^a. Ma. Luzia Almeida Couto-IFMT
Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa-UFMA
Prof.^a. Ma. Ana Isabela Mafra-Univali
Prof. Me. Otávio Augusto de Moraes-UEMA
Prof. Dr. Antonio dos Santos Silva-UFPA
Prof.^a. Dr. Renata Cristina Lopes Andrade-FURG
Prof. Dr. Daniel Tarciso Martins Pereira-UFAM
Prof.^a. Dr.^a. Tiffany Prokopp Hautrive-Unopar
Prof.^a. Ma. Rayssa Feitoza Felix dos Santos-UFPE
Prof. Dr. Alfredo Cesar Antunes-UEPG
Prof. Dr. Vagne de Melo Oliveira-UFPE
Prof.^a. Dr.^a. Ilka Kassandra Pereira Belfort-Faculdade Laboro
Prof. Dr. Manoel dos Santos Costa-IEMA
Prof.^a. Dr.^a. Érima Maria de Amorim-UFPE
Prof. Me. Bruno Abilio da Silva Machado-FET
Prof.^a. Dr.^a. Laise de Holanda Cavalcanti Andrade-UFPE
Prof. Me. Saimon Lima de Britto-UFT
Prof. Dr. Orlando José de Almeida Filho-UFSJ
Prof.^a. Ma. Patrícia Pato dos Santos-UEMS
Prof.^a Dr.^a. Isabella Macário Ferro Cavalcanti-UFPE
Prof. Me. Alisson Junior dos Santos-UEMG
Prof. Dr. Fábio Lustosa Souza-IFMA
Prof. Me. Pedro Augusto Paula do Carmo-UNIP
Prof. Me. Alison Batista Vieira Silva Gouveia-UFG
Prof.^a. Dr.^a. Silvana Gonçalves Brito de Arruda-UFPE
Prof.^a. Dr.^a. Nairane da Silva Rosa-Leão-UFRPE
Prof.^a. Ma. Adriana Barni Truccolo-UERGS
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares-UFPI
Prof. Me. Fernando Francisco Pereira-UEM
Prof.^a. Dr.^a. Cátia Rezende-UNIFEV

Prof^a. Dr^a. Katiane Pereira da Silva-UFRA
Prof. Dr. Antonio Thiago Madeira Beirão-UFRA
Prof^a. Ma. Dayse Centurion da Silva-UEMS
Prof.^a Dr^a. Welma Emidio da Silva-FIS
Prof^a. Ma. Elisângela Garcia Santos Rodrigues-UFPB
Prof^a. Dr^a. Thalita Thyrza de Almeida Santa Rosa-Unimontes
Prof^a. Dr^a. Luci Mendes de Melo Bonini-FATEC Mogi das Cruzes
Prof^a. Ma. Francisca Elidivânia de Farias Camboim-UNIFIP
Prof. Dr. Clézio dos Santos-UFRRJ
Prof^a. Ma. Catiane Raquel Sousa Fernandes-UFPI
Prof^a. Dr^a. Raquel Silvano Almeida-Unespar
Prof^a. Ma. Marta Sofia Inácio Catarino-IPBeja
Prof. Me. Ciro Carlos Antunes-Unimontes
Prof. Dr. Marcos Pereira dos Santos - FAQ/FAEG
Prof. Dr. Elias Rocha Gonçalves - IFF
Prof. Me. Ennio Silva de Souza - IEMA
Prof. Dr. Deivid Alex dos Santos-UEL

Nossa missão é a difusão do conhecimento gerado no âmbito acadêmico por meio da organização e da publicação de livros científicos de fácil acesso, de baixo custo financeiro e de alta qualidade!

Nossa inspiração é acreditar que a ampla divulgação do conhecimento científico pode mudar para melhor o mundo em que vivemos!

Equipe RFB Editora

Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses
Helmo Robério Ferreira de Meneses
Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães
Fernando Magno Bitú Magalhães
Sandra Maijane Soares de Belchior
Vicente Saraiva dos Santos Neto
Samuel Alves Bezerra Neto
Paulo Florentino Teixeira Neto
Silmara Tavares Bandeira
Elissandra Couras Angélico
Francisco Ivo Gomes de Lavor

PESQUISA MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE: O PROTAGONISMO ACADÊMICO EM EVIDÊNCIA

Edição 1

Belém-PA
RFB Editora
2022

© 2022 Edição brasileira
by RFB Editora
© 2022 Texto
by Autores
Todos os direitos reservados

RFB Editora
CNPJ: 39.242.488/0001-07
www.rfbeditora.com
adm@rfbeditora.com
91 98885-7730
Av. Augusto Montenegro, 4120 - Parque Verde, Belém - PA, 66635-110

Editor-Chefe
Prof. Dr. Ednilson Souza
Diagramação
Danilo Whoton
Design da capa
Francisco Ivo Gomes de Lavor
Revisão de texto
Os autores

Bibliotecária
Janaina Karina Alves Trigo Ramos
Produtor editorial
Nazareno Da Luz

<https://doi.org/10.46898/rfb.9786558893318>

Catálogo na publicação
Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

P474

Pesquisa multidisciplinar em saúde: o protagonismo acadêmico em evidência / Jayana Castelo Branco Cavalcante de Menezes (Organizadora), Helmo Robério Ferreira de Menezes (Organizador), Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães (Organizadora), et al. – Belém: RFB, 2022.

Outros organizadores
Fernando Magno Bitú Magalhães
Sandra Majane Soares de Belchior
Vicente Saraiva dos Santos Neto
Samuel Alves Bezerra Neto
Paulo Florentino Teixeira Neto
Silmara Tavares Bandeira
Elissandra Couras Angélico
Francisco Ivo Gomes de Lavor

Livro em PDF

108 p.

ISBN: 978-65-5889-331-8
DOI: 10.46898/rfb.9786558893318

I. Saúde - Pesquisa - Metodologia. I. Menezes, Jayana Castelo Branco Cavalcante de (Organizadora). II. Menezes, Helmo Robério Ferreira de (Organizador). III. Magalhães, Thalita Sévia Soares de Almeida (Organizadora). IV. Título.

CDD 610.72

Índice para catálogo sistemático

I. Saúde - Pesquisa - Metodologia

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	11
APRESENTAÇÃO	13
CAPÍTULO 1	
AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE EM UNIVERSITÁRIOS: UMA ABORDAGEM NECESSÁRIA	15
Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses	
Maria Sinthya Pinho Araújo	
Isabela Rocha Siebra	
Glícia Uchôa Gomes Mendonça	
Paulo Florentino Teixeira Neto	
Helmo Robério Ferreira de Meneses	
Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães	
Fernando Magno Bitú Magalhães	
Francisco Rafael Augusto	
Vicente Saraiva dos Santos Neto	
Samuel Alves Bezerra Neto	
DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.1	
CAPÍTULO 2	
ESTILO DE VIDA DE UNIVERSITÁRIOS COMO DETERMINANTE DO PRO- CESSO SAÚDE-DOENÇA.....	23
Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses	
Eudênia Soares Vidal	
Amanda Gomes dos Santos	
Glícia Uchôa Gomes Mendonça	
Helmo Robério Ferreira de Meneses	
Francisco Rafael Augusto	
Vicente Saraiva dos Santos Neto	
Samuel Alves Bezerra Neto	
Elissandra Couras Angélico	
Maria Leidiana Alves de Lucena	
Silmara Tavares Bandeira	
DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.2	
CAPÍTULO 3	
PLANEJAMENTO FAMILIAR À MULHER COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	35
Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses	
Mikaely Malaquias de Melo	
Camila Almeida Neves de Oliveira	
Débora Guedes Oliveira	
Glícia Uchôa Gomes Mendonça	
Helmo Robério Ferreira de Meneses	
Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães	
Fernando Magno Bitú Magalhães	
Francisco Rafael Augusto	
Elissandra Couras Angélico	
Maria Leidiana Alves de Lucena	
DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.3	
CAPÍTULO 4	
PREVENÇÃO AO PÉ DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	43
Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses	
Maria Selma Alves Bezerra	
Sabryna Ernesto Moreira	

Joseph Dimas Oliveira
Helmo Robério Ferreira de Menezes
Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães
Fernando Magno Bitú Magalhães
Francisco Rafael Augusto
Vicente Saraiva dos Santos Neto
Samuel Alves Bezerra Neto
Elissandra Couras Angélico
DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.4

CAPÍTULO 5

EVIDÊNCIAS SOBRE A EFICÁCIA DO POLIHEXAMETILENO-BIGUANIDA PARA ELIMINAÇÃO DO BIOFILME EM FERIDAS: REVISÃO INTEGRATIVA49

Jayana Castelo Branco Cavalcante de Menezes
Jeyzianne Franco da Cruz Silva
Otávia Maria dos Santos Souza
Rosa Maria Granjeiro Martins
Sabryna Ernesto Moreira
Luis Rafael Leite Sampaio
Helmo Robério Ferreira de Menezes
Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães
Fernando Magno Bitú Magalhães
Francisco Rafael Augusto
Samuel Alves Bezerra Neto
DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.5

CAPÍTULO 6

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À DEMARCAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE ESTOMAS INTESTINAIS.....61

Sabryna Ernesto Moreira
Jayana Castelo Branco Cavalcante de Menezes
Maria Selma Alves Bezerra
Luis Rafael Leite Sampaio
Helmo Robério Ferreira de Menezes
Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães
Fernando Magno Bitú Magalhães
Francisco Rafael Augusto
Vicente Saraiva dos Santos Neto
Samuel Alves Bezerra Neto
Paulo Florentino Teixeira Neto
DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.6

CAPÍTULO 7

MANEJO DE ESTOMATERAPIA NA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL E INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA71

Jayana Castelo Branco Cavalcante de Menezes
Sabryna Ernesto Moreira
Maria Selma Alves Bezerra
Luis Rafael Leite Sampaio
Helmo Robério Ferreira de Menezes
Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães
Fernando Magno Bitú Magalhães
Francisco Rafael Augusto
Vicente Saraiva dos Santos Neto
Samuel Alves Bezerra Neto
Paulo Florentino Teixeira Neto
DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.7

CAPÍTULO 8
OS RISCOS DE MEDICAMENTOS PARA EMAGRECER: REVISÃO DE LITERATURA.....85

Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses
Escarlet Evangelista de Souza
Luan Alberto de Souza Vieira
Maria Eduarda Ferreira Bezerra
Maria Edna Teixeira Queiroz
Helmo Robério Ferreira de Meneses
Vicente Saraiva dos Santos Neto
Samuel Alves Bezerra Neto
Elissandra Couras Angélico
Silmara Tavares Bandeira
Paulo Florentino Teixeira Neto
DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.8

CAPÍTULO 9
O USO DAS PLANTAS MEDICINAIS PARA FINS TERAPÊUTICOS.....91

Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses
Antonio Cleivan Queiroz Dantas
Elza Cristianne Batista Braga Ricarte
Grace Kelly de Macedo Silva
Helmo Robério Ferreira de Meneses
Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães
Fernando Magno Bitú Magalhães
Francisco Rafael Augusto
Vicente Saraiva dos Santos Neto
Samuel Alves Bezerra Neto
Silmara Tavares Bandeira
DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.9

CAPÍTULO 10
TRATAMENTOS HOMEOPÁTICOS: ASPECTOS CONCEITUAIS.....99

Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses
Eder Batista de Oliveira
Patrícia Uchôa de Araújo
Joseneide Correia Clemente
Willame Oliveira de Moura
Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães
Fernando Magno Bitú Magalhães
Francisco Rafael Augusto
Vicente Saraiva dos Santos Neto
Samuel Alves Bezerra Neto
Silmara Tavares Bandeira
DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.10

ÍNDICE REMISSIVO.....104
SOBRE OS ORGANIZADORES106

PREFÁCIO

PESQUISA MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE: O PROTAGONISMO ACADÊMICO EM EVIDÊNCIA

A pesquisa científica, sem dúvida, é altaneira nas frentes de enfrentamento dos problemas da sociedade. Por ser a aplicação prática de um conjunto de processos metodológicos de investigação utilizados por um pesquisador para o desenvolvimento de um estudo acaba trazendo apontamentos assertivos sobre várias realidades.

Em marcha resoluta, a obra *Pesquisa Multidisciplinar Em Saúde: O Protagonismo Acadêmico Em Evidência* constitui esforço de um conjunto de pesquisadores que despontam nesse contexto do mundo das ciências, que naturalmente prova com maestria o que se afirma.

As preocupações deste livro são distintas, se caracterizando como um arcabouço multidisciplinar em saúde que auxiliará outras pesquisas, além de representar, como possibilidade, elemento balizador de práticas e experiências pedagógicas.

Nos primeiros dois capítulos, o leitor poderá conhecer perquisições em saúde relacionadas ao âmbito universitário: transtornos de ansiedade e estilo de vida. Conceitos, meios terapêuticos e determinantes sociais da saúde no meio acadêmico são algumas das matérias que a obra propicia conhecer.

Nos capítulos seguintes, três e quatro, mister se faz destacar a saúde preventiva. Temas como saúde da mulher com diabetes e a prevenção do pré-diabético na atenção primária, são concentrações que demonstram uma responsabilidade desta compilação com questões ordinárias da sociedade.

A partir do capítulo cinco, o enfoque recai sobre tratamentos. O contato do leitor às comprovações de eficácia de medicamentos, de procedimentos de assistência, manejos, são alguns dos destaques. O exemplar aponta ainda, outras abordagens em saúde, como uso terapêutico de plantas medicinais e tratamentos homeopáticos.

Enfim, é um tratado de excelência que pode contribuir para vários contextos: universitário, doméstico e acadêmico, constituindo-se como um protagonismo acadêmico em evidência. Excelente leitura a todas as pessoas!

FRANCISCO IVO GOMES DE LAVOR, ME
Mestrado em Sistemas Agroindustriais pela UFCG-PB
Coordenador Acadêmico das Faculdades Integradas do Ceará – UniFIC

APRESENTAÇÃO

PESQUISA MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE: O PROTAGONISMO ACADÊMICO EM EVIDÊNCIA

Caros Leitores!

Eis aqui, um livro que reúne palpitantes saberes em saúde. Uma coletânea de estudos prospectada de melhores pesquisas e vivências relatadas nessa importante área do conhecimento humano: ciências da saúde. Sem dúvidas, a proposta deste livro nos atualiza quanto à gama de temas emergentes que inquietam a contemporaneidade.

Seus organizadores e autores exibem pluri-multi-abordagens a respeito de doenças ou estado de saúde que atingem pacientes de todas as faixas etárias. Neste aspecto multifatorial em saúde, também, delineia alternativas às investigações farmacoterapêuticas, afim de promover o conhecimento em diagnóstico, tratamento e possíveis curas, e, conseqüentemente, gerar qualidade saudável à vida pessoal e à coletividade.

Infere-se que, esta produção científica reunida neste escopo de leitura cumpre a sua função na difusão do conhecimento, posto em artigos científicos, nas dimensões saúde, doença, diagnóstico e cura, agora, materializado neste compêndio. Ao passo que, seus idealizadores revelam, com base na revisão de estudos consultados às mais balizadas referências bibliográficas, detectam a partir destas, as diversas interfaces de ausência de saúde de pacientes condutores de morbidades e comorbidades, que estão elencadas em cada capítulo temático, conseguem apontar as terapias aos seus problemas.

Neste contexto, a escrita científica, aqui aposta, instiga e incentiva os leitores à busca pelo autoconhecimento e, até mesmo compreender as realidades em saúde física ou mental.

Com certeza esta produção, caracteriza cenários da Saúde Pública no Brasil, cujas informações subsidiam tomadas de decisões, bem como, instiga à adoção e implementação de políticas públicas governamentais que visem o bem estar e à vida das pessoas, quer preventivamente quer terapêutica.

Dê o seu passo, alcance à ciência dos fatos!

PESQUISA MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE: O PROTAGONISMO ACADÊMICO EM EVIDÊNCIA - Assim, o recomendamos à leitura!

THALITA SÉVIA SOARES DE ALMEIDA, D. Sc.
Doutorado em Ciências Farmacêuticas pela UFRN
Coordenadora e Professora do Curso de Bacharelado em Farmácia
Faculdades Integradas do Ceará - UniFIC

CAPÍTULO 1

AValiação dos transtornos de ansiedade em universitários: uma abordagem necessária

ASSESSMENT OF ANXIETY DISORDERS IN UNIVERSITY STUDENTS: A NECESSARY APPROACH

Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses¹

Maria Sinthya Pinho Araújo²

Isabela Rocha Siebra³

Glícia Uchôa Gomes Mendonça⁴

Paulo Florentino Teixeira Neto⁵

Helmo Robério Ferreira de Meneses⁶

Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães⁷

Fernando Magno Bitú Magalhães⁸

Francisco Rafael Augusto⁹

Vicente Saraiva dos Santos Neto¹⁰

Samuel Alves Bezerra Neto¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.1

¹ jayanacastelobranco@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5807-2259>

² sinthya.piinho@hotmail.com

³ isabela.siebra@urca.br

⁴ glicia_efm@yahoo.com.br

⁵ pauloftneto@gmail.com

⁶ helmo_rob@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9326-8548>

⁷ thalitasevia22@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8977-1650>

⁸ fernandobitu@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3034-1645>

⁹ tecgraf@outlook.com.br, <https://orcid.org/0000-0001-9405-1033>

¹⁰ vicentesaraiva23@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6106-4249>

¹¹ samuelbezerraneto@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1063-419X>

1 TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: ASPECTOS CONCEITUAIS, EPIDEMIOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS

Em situações de perigo ou ameaça, dá-se início a uma série de reações cognitivas, sensorio-perceptivas e neurovegetativas no organismo humano, as quais em conjunto perfazem o medo, principal emoção ativada nas vivências de ansiedade. Dessa forma, a ansiedade pode ser compreendida como uma resposta que confere ao indivíduo condições de preservação da vida dentro do contexto ambiental. Não obstante, ela pode prejudicar a vida da pessoa, ativando sensações de perigo e medo sem que haja uma ameaça real e tomando proporções patológicas, nas quais a ameaça não é proporcional à intensidade da emoção gerada (AFONSO et al., 1997).

Nesse contexto, o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) está entre os distúrbios mais encontrados e se caracteriza através de preocupações persistentes com situações que a pessoa encontra dificuldade de controlar. Também pode acontecer em crianças que sofreram abuso na infância ou que presenciaram alguns eventos traumáticos. Estas são extremamente propícias a apresentar o distúrbio em algumas fases da vida ou, independentemente da idade, podem desenvolver medos nunca apresentados anteriormente, como por exemplo: medo de ficar sozinho, de animais, do escuro, de monstros imaginários, de barulhos incomuns do cotidiano ou de qualquer situação que possa representar risco de vida aos mesmos ou a pessoas próximas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Conforme Sanches et al. (2012), aproximadamente 50% das pessoas que possuem TAG apresentam comorbidade psiquiátrica. A prevalência deste transtorno varia de 3 a 8% da população, sendo dois casos em mulheres para cada caso em homem frequentemente. O início dos sintomas ocorre, mais comumente, a partir dos 20 anos de idade.

As principais manifestações de pessoas com TAG incluem tremores, impossibilidade de relaxar, cefaleias, dificuldade de concentração, sudorese, tontura, dispneia, dentre outros. Na vida adulta, essas manifestações podem variar e serem despertadas por situações do cotidiano, como estresse, trânsito, desemprego, violência e mais uma gama de fatores. Nesse ínterim, ocorre um aumento da ansiedade, levando o paciente a desenvolver problemas ainda mais graves, como depressão, fobia social, fobias específicas e pânico (ANDREATINI; LACERDA; ZORZETTO, 2001).

As preocupações são generalizadas e intensas, mas não afligem a maior parte das pessoas. Por esse motivo, é importante notar o sofrimento apresentado na pessoa durante as atividades diárias, com base na anamnese e no estado mental do paciente. Mediante o diagnóstico de TAG, nem todos buscam ajuda de um profissional capacitado na área de saúde mental por diversos motivos, como: preconceito, falta de comu-

nicação, acesso limitado na rede pública de saúde, receio de possíveis efeitos colaterais da medicação prescrita, entre outros (ZUARDI, 2017). Essas atitudes contribuem para a velar a real situação da doença, mesmo mediante os elevados índices de ocorrência.

O TAG pode ser categorizado em três estágios: leve, moderado e grave. Os sintomas apresentados no transtorno de ansiedade leve podem ser esclarecidos através da ajuda de um psicólogo, uma vez que outros transtornos e doenças, podem apresentar sintomas semelhantes em seus diagnósticos precoces. Nos estágios moderado e grave, o paciente precisa passar por uma análise mais detalhada, para só então iniciar o tratamento com psicoterapia e associação medicamentosa, se for o caso (RAMOS, 2007)

No tocante aos cuidados não farmacológicos do TAG, pode-se mencionar a terapia cognitivo comportamental (TCC), compreendendo que trabalhar a cognição do paciente é fundamental para desenvolver uma melhoria nos sintomas. A TCC engloba relaxamento muscular, treinamento de habilidades sociais e intervenção terapêutica por meio de informações sistemáticas, estruturadas e didáticas sobre o transtorno e seu tratamento. Dentre essas atividades, compreende-se também a inserção do modelo em terapia ocupacional, o qual inclui o emprego de atividades relaxantes como: pinturas, artesanatos, danças e costuras, objetivando a organização dos pensamentos e o trabalho em coletividade (HEMANNY; SENA; DUNNINGHAM, 2014)

Quando o sofrimento do paciente intervir sobre a sua rotina, a abordagem psicoterápica em conjunto com a medicação será primordial ao tratamento do TAG. Se, após a avaliação, o médico ver a necessidade de utilizar a medicação por um curto período inferior a doze semanas, pode ser indicado o uso dos benzodiazepínicos por apresentarem um resultado mais imediato e atuarem como sedativos, desacelerando as funções do corpo. Entretanto, quando é observada a necessidade da utilização do fármaco por um longo período, prioriza-se o uso de antidepressivos Inibidores seletivos da receptação de serotonina (ZUARDI, 2017).

Neste último caso, a medicação não apresenta um efeito instantâneo, sendo necessário o estímulo para que o paciente não desista do tratamento e siga a prescrição de maneira correta (ANDREATINIA; LACERDA; FILHO, 2001). Também é comum a manifestação de sintomas no início do tratamento e durante o mesmo, como náusea, diarreia, disfunção sexual, insônia, agitação ou mesmo o aumento da ansiedade (ZUARDI, 2017).

Pode-se ressaltar que a automedicação dos pacientes nunca é recomendada, sob o risco de dar início a um quadro de agitação ou aumento da ansiedade, bem como a não regressão dos sintomas da doença. Apenas um profissional de psiquiatria pode estadar o transtorno, determinar o tempo estimado para a duração do tratamento e

esclarecer possíveis dúvidas sobre efeitos colaterais dos psicotrópicos (ANDREATI-NIA; LACERDA; FILHO, 2001).

Nesse interim, ao ingressar em uma Instituição de Ensino Superior (IES), o acadêmico com ansiedade pode enfrentar uma série de problemas e crises na vivência de novas experiências como: o afastamento do âmbito familiar; a formação de um novo ciclo de amizades; as questões financeiras e de moradia; as preocupações excessivas quanto ao futuro profissional; entre outros. Essas indagações afetam de forma direta o estado psicoemocional e físico do acadêmico (MONTEIRO; FREITAS; RIBEIRO, 2007).

Vale salientar que as repercussões do TAG podem afetar todos os aspectos na vida das pessoas que o vivenciam, desde o âmbito pessoal ao profissional, incluindo nesta última categoria o processo formativo. Nesse ínterim, a maioria dos estudantes vivenciam uma experiência de ansiedade no ambiente acadêmico.

Por entender os desafios que a ansiedade patológica pode imprimir na vida de acadêmicos das mais variadas áreas, apresentaremos a seguir ferramentas validadas para identificação precoce de sintomas e processos de vida que possam sugerir a instalação de um quadro patológico na saúde mental de estudantes.

2 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE EM UNIVERSITÁRIOS

A ansiedade tem sido foco de diversos estudos com diferentes abordagens atualmente, dentre os quais destacam-se os estudos de elaboração e validação de instrumentos de avaliação clínica. Como constructos mais utilizados, observam-se as escalas Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), Beck Anxiety Inventory (BAI), Zung Self-Rating Anxiety Scale, StateTrait Anxiety Inventory (STAI) e Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), os quais serão evidenciados a seguir (SANTOS, 2014).

A escala original de Hamilton, de origem inglesa, fora anteriormente composta por 21 perguntas. Todavia, os quatro últimos itens foram excluídos pelo próprio autor, uma vez que ele percebeu a necessidade de retirar as perguntas sobre variação diurna, despersonalização/desrealização, sintomas paranoides e sintomas obsessivos-compulsivos, por definirem mais significativamente o tipo de depressão, ao invés da sua intensidade. A alternativa tornou-se constituída, portanto, por 17 tópicos, variando em torno de 15 a 30 minutos o tempo de sua aplicação (FREIRE et al., 2014).

O questionário de Beck é de caráter autoaplicável e possui 21 perguntas de múltipla escolha. Estes questionamentos irão avaliar o paciente com base em informações da última semana, buscando identificar o estado emocional, cognitivo e fisiológico do indivíduo. Os escores variam de 0 a 63 pontos, sendo estes relacionados como: nem um pouco (0), ligeiramente (1), moderadamente (2) e severamente (3). As faixas

totais de perfil ansioso são identificadas nas categorias Suave (8 a 15 pontos); Moderado (16 a 25 pontos) e Grave (26 a 63 pontos) (SANTOS, 2014).

Quanto à escala de autoavaliação de William Zung, esta possui a finalidade de mensurar os níveis de ansiedade em pessoas que apresentam características ansiosas. Esta escala é composta por 20 questões, com opções de respostas numeradas de um a quatro, equivalentes a respostas raramente ou nunca; algumas vezes; maior parte das vezes ou quase sempre respectivamente, perfazendo um total de 20 e 80 pontos. Busca avaliar diferentes itens relacionados ao humor, cognição, comportamento, estado de alerta e sintomas somáticos (SEQUEIROS, 2009).

Por sua vez, a escala de State-Trait Anxiety Inventory (STAI) elaborado por Spielberger, Gorsuch e Lushene e adaptado no Brasil por Biaggio, é fundamentado por duas escalas de autorelatório, subdivididas em Traço de Ansiedade (IDATE-T), cuja avaliação pede que o indivíduo descreva como se sente de maneira geral, e em Estado de Ansiedade (IDATE-E), onde o sujeito irá descrever como se sente em um determinado momento. Cada classe dispõe de 20 itens com escore de um a quatro em cada um deles, totalizando de 20 a 80 pontos (FIORAVANTI et al., 2006).

A Hospital Anxiety and Depression Scale, traduzida para o português como Escala Hospitalar de ansiedade e Depressão ou simplesmente Escala HAD, apresenta fácil manipulação e rápida aplicação, sendo capaz de ser executada tanto pelo usuário, quanto pelo entrevistador. A princípio, Zigmond e Snaith idealizaram a escala a fim de discernir sintomas de ansiedade e depressão em clientes não psiquiátricos de hospitais clínicos, sendo subsequentemente empregada a pacientes não internados e sem doenças diagnosticadas, bem como em universitários (LIMA; VIEGAS, 2011).

A escala original exibe uma pontuação variada de 0 a 3 relacionadas a função da aparição, magnitude e prevalência dos sintomas. Contudo, houve um ajuste nas respostas, as quais variam de um a quatro atualmente, equivalendo a “nunca ter se sentido assim” em no extremo mínimo e “sempre ter se sentido dessa maneira” no extremo máximo. Contém 14 itens de múltipla escolha, variando o escore global de zero a 21 pontos para cada disfunção investigada. Por fim, pode-se observar na literatura a vasta utilização da escala HAD para estudos de investigação de ansiedade e depressão em múltiplas especificações, sendo, portanto, selecionada para utilização neste estudo (FERNANDES; SOUZA, 2009).

REFERÊNCIAS

AFONSO, A.; REINAS, C.; ROBERTO, E.; CAMPOS, E.; ENRIQUE, E.; ANDRADE, H.; VIEGAS, R.; SANTOS, S.; RESENDE, V. C. A loucura e o controle das emoções. **Revista de psicofisiologia**, Minas Gerais, 1997. Disponível em: <http://labs.icb.ufmg.br/lpf/mono3.pdf>. Acesso em: 24 nov 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagnóstico-e-Estatístico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>. Acesso em: 10 out 2018

ANDREATINI, R.; LACERDA, R.B.; FILHO, D.Z. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Curitiba, v. 23, n.4, p. 233-242, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v23n4/7172.pdf>. Acesso em: 15 out 2018.

FERNANDE, S. C. S.; SOUZA, V. H. Análise da ansiedade e depressão para uma amostra não clínica. **Psicologia & m foco**, v. 2, n. 1, p. 39-47. jan./jun. 2009. Disponível em: http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_105545_ARTIGO4-Analisedaansiedade.pdf. Acesso em: 27 nov 2018.

FIORAVANTI, A. C. M.; SANTOS, L. F.; MAISSONETTE, S.; CRUZ, A. P. M.; FERNANDEZ, J. L. Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade-traço do idate. **Avaliação psicológica**. Porto Alegre, v, 5. n, 2, p. 217-224. Dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712006000200011. Acesso em: 15 out 2018.

FREIRE, M. A.; FIGUEIREDO, V. L. M.; ALINA GOMIDE, A.; JANSEN, K.; SILVA, R. A.; MAGALHÃES, P. V. S.; KAPCZINSKI, F. P. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, Rio Grande de Sul, v. 5, n. 2, p. 282- 288, out, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsi/v63n4/0047-2085-jbpsi-63-4-0281.pdf>. Acesso em: 18 nov 2018

HEMANNY, C.; SENA, E. P.; DUNNINGHAM, W. A. Comorbidade entre Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno de Ansiedade Generalizada: um estudo de caso. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 13, n. 3, p. 415-420, set./dez. 2014. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/12945/9360>. Acesso em: 20 nov 2018

LIMA, M. S.; VIEGAS, C. A. A. Avaliação do Grau de Ansiedade, Depressão e Motivação dos Fumantes que Procuraram Tratamento para Deixar de Fumar no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, v, 57. n, 3. p, 345-353. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_57/v03/pdf/08_artigo_avaliacao_grau_ansiedade_depressao_motivacao_fumantes_procuraram_tratamento_deixar_fumar_distrito_federal.pdf. Acesso em: 01 dez 2018.

MONTEIRO, C. F. S.; FREITAS, J, F, M.; RIBEIRO, A, A, P. Estresse no cotidiano acadêmico: o olhar dos alunos de enfermagem da universidade federal do Piauí. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 11, n. 1, p. 66 - 72, mar, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a09.pdf>. Acesso em: 25 out 2018

SANCHES, S., OSÓRIO F. L., UDINA, M., SANTOS, R., & CRIPPA, J. Associação entre ansiedade e hiper mobilidade articular: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Psi-**

quiatria, v, 34. n, 11, p. 53-68, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462012000500005&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 out 2018.

SANTOS, R. M. **Perfil de ansiedade em estudantes universitários de cursos da área da saúde**. 2014. 86 f. Dissertação (Mestrado em saúde pública) - Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, 2014. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/2269/2/PDF%20-%20R%C3%B4mulo%20Moreira%20dos%20Santos.pdf>. Acesso em: 18 nov 018.

SEQUEIROS, A. W. **Podem variáveis psicológicas ser marcadores úteis da Polineuropatia Amiloídica Familiar?**. 2009. 82 f. Dissertação (Mestrado em psicossomática)- Instituto superior de psicologia aplicada. LINK: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4187/1/14242.pdf>. Acesso em: 15 out 2018

ZUARDI, A.W. Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada. **Medicina**. Ribeirão Preto, v, 50. p, 50-51, jan-fev 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127538/124632>. Acesso em: 15 out 2018.

CAPÍTULO 2

ESTILO DE VIDA DE UNIVERSITÁRIOS COMO DETERMINANTE DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

LIFESTYLE OF UNIVERSITY STUDENTS AS A DETERMINANT OF THE HEALTH- DISEASE PROCESS

Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses¹

Eudênia Soares Vidal²

Amanda Gomes dos Santos³

Glícia Uchôa Gomes Mendonça⁴

Helmo Robério Ferreira de Meneses⁵

Francisco Rafael Augusto⁶

Vicente Saraiva dos Santos Neto⁷

Samuel Alves Bezerra Neto⁸

Elissandra Couras Angélico⁹

Maria Leidiana Alves de Lucena¹⁰

Silmara Tavares Bandeira¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.2

1 jayanacastelobranco@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5807-2259>

2 eudenasoares15@yahoo.com.br

3 amanda.soushalom@hotmail.com

4 glicia_efm@yahoo.com.br

5 helmo_rob@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9326-8548>

6 tecgraf@outlook.com.br, <https://orcid.org/0000-0001-9405-1033>

7 vicentesaraiva23@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6106-4249>

8 samuelbezerraneto@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1063-419X>

9 elissandra.couras@yahoo.com.br, <https://orcid.org/000-0003-2077-1438>

10 leidiana.lucena@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3396-006X>

11 silmara_tavares2010@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4486-7098>

1 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E O CONTEXTO ACADÊMICO

A relevância dos determinantes sociais constitui-se no fortalecimento da investigação realizada para encontrar a relação entre a forma como está organizada determinada sociedade e a condição de saúde de sua população. A pesquisa sobre essa temática em saúde tem sido particularmente desenvolvida de forma a compreender as diferenças entre os diversos grupos populacionais. No entanto, esta diversidade acaba por gerar desigualdades e iniquidade em saúde, as quais podem ser evitadas em parte (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, 2010).

Esse pensamento não é recente. A partir de 1970, ocorreram movimentos e discussões pela superação do modelo biomédico dominante em nome de um novo estilo de pensamento com foco na determinação social do processo saúde-doença (PETTRES; DA ROS, 2018).

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), estes são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, fazendo com que os mesmos não tenham uma vida saudável, pois essas condições estão diretamente ligadas à vida pessoal (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

Cada um dos fatores anteriormente referidos pode impactar de forma diferente o processo saúde-doença das mais diversas pessoas. Além disso, cada categoria inclui inúmeros representantes, não cabendo aqui esgotar todos. Segue-se, portanto, alguns exemplos de determinantes sociais da saúde que mais têm significado no contexto da saúde de jovens e adolescentes universitários.

O imprescindível desafio das pesquisas sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em determinar uma organização entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as intervenções através das quais essas condições incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

No campo dos fatores sociais, vários estudos têm demonstrado uma forte associação inversa entre o nível educacional e a ocorrência de doença mental, por exemplo. Quanto maior o nível educacional, menor a incidência de transtornos mentais e um dos mecanismos implicados nesta associação seria o de que um maior nível de educação permite o acesso a empregos melhor remunerados, melhores condições de habitação e maior inclusão social (ALVES; RODRIGUES, 2010).

Na adolescência, as representações de saúde existentes se firmam na influência da sociedade como um todo, em especial da mídia e da família (SOUSA; SILVA; FERREIRA, 2014). É também nesta fase que os indivíduos, em sua maioria, adentram ao universo acadêmico, vivenciando uma gama de situações novas que repercutem em seu estilo de vida e, conseqüentemente, em sua saúde.

Contudo, ao ingressar em uma Instituição de Ensino Superior (IES), o acadêmico pode enfrentar uma série de problemas e crises na vivência de novas experiências como: o afastamento do âmbito familiar; a formação de um novo ciclo de amizades; as questões financeiras e de moradia; as preocupações excessivas quanto ao futuro profissional; entre outros. Essas indagações afetam de forma direta o estado psicoemocional do acadêmico, bem como seu organismo em geral (MONTEIRO; FREITAS; RIBEIRO, 2007).

Quanto aos fatores econômicos, numa visão bem simplista, apontam para a falta de dinheiro ou bens materiais, mas também a falta de meios, sejam eles sociais, econômicos, educacionais como determinantes para o adoecimento. Nesse sentido, revisão sistemática sobre consumo de alimentos saudáveis e nível de atividade física em adolescentes de diferentes extratos sociais no Brasil, aponta piores hábitos alimentares e sedentarismo entre adolescentes de menor nível socioeconômico (ALVES; RODRIGUES, 2010).

Há várias abordagens para o estudo dos mecanismos por meio dos quais os DSS ocasionam as iniquidades em saúde. A primeira delas privilegia os aspectos físico-materiais na produção do bem-estar e do adoecimento, entendendo que as desigualdades de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos da população e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde), resultantes de processos econômicos e de decisões políticas (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

Quanto aos fatores culturais, estudo acerca dos sentidos atribuídos à violência sexual contra a mulher nas letras de forró por rapazes da capital cearense apontou relações conflituosas entre os gêneros como norma social, inferindo que letras e performances do forró contribuem para que os adolescentes estabeleçam um processo de “coisificação” do corpo feminino, levando a argumentos que justificam a violência contra a mulher (BRILHANTE; NATIONS; CATRIB, 2018).

Ainda discutindo a miríade de determinantes sociais da saúde, os fatores psicológicos também têm influência no processo de adoecimento. Constatou-se elevada prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporo-mandibular em estudantes pré-vestibulandos associada e elevada prevalência de tensão emocional autorrelatada e de ansiedade. Estes resultados reforçam a incidência de grande carga emocional

em situações de teste de habilidades cognitivas, vivências às quais os acadêmicos são constantemente submetidos, impactando negativamente a qualidade de vida desses indivíduos e predispondo a tantos outros problemas de saúde no futuro (PAULINO et al., 2018).

Dentre os fatores comportamentais, a Pesquisa Nacional de Saúde do escolar, realizou um inquérito com os alunos do nono ano do ensino fundamental, verificando que os adolescentes com comportamento sedentário maior que duas horas por dia apresentaram maior consumo diário de alimentos ultraprocessados do que os adolescentes com duas horas, ou menos, de atividade física diária, alertando para o impacto negativo destas duas variáveis na saúde em geral. Na sociedade consumista moderna, prega-se que a alimentação deve ser rápida e prática, contribuindo para o aumento do consumo de fast-food que, além disso, são comidas com custo acessível (COSTA et al., 2018; MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2010).

Entender a importância do estilo de vida no contexto dos determinantes sociais para a saúde da população é ampliar a concepção de vida saudável e dar passos importantes no caminho que leva à construção da mesma. Por isso, adotar costumes saudáveis de vida é construir um modelo de saúde, no qual o sujeito ativo é o personagem principal do contexto recriado (MONTEIRO; MEDEIROS; OLIVEIRA, 2005).

Nesse sentido, entende-se o estilo de vida como um dos fatores mais importantes para a manutenção da saúde e para favorecer a longevidade da população. Nos dias atuais, pode ser observada uma preocupação para com a adoção de hábitos de vida saudáveis, refletindo o aumento da expectativa de vida encontrada nos brasileiros (COELHO; PEREIRA, 2015).

Questiona-se, entretanto, se esta inquietação com a saúde também tem alcançado os espaços universitários, considerando as peculiaridades na vivência do contexto acadêmico. Mediante o exposto, o próximo capítulo discute o estilo de vida de jovens e adolescentes universitários.

2 ESTILO DE VIDA DE JOVENS E ADOLESCENTES UNIVERSITÁRIOS: CARACTERIZAÇÃO E IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE

Conforme a OMS (2004), estilo de vida é a associação de hábitos e costumes influenciados, alterados, encorajados ou reprimidos pela sociedade, dentre os quais se destacam o uso de substâncias, hábitos dietéticos e de exercício físico. Corresponde ao conjunto de ações usuais que refletem atitudes, valores e oportunidades das pessoas, com grande influência na saúde geral e qualidade de vida (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000).

Trata-se de um conceito amplo que envolve critérios das áreas de saúde, urbanismo, arquitetura, gastronomia, novas tecnologias, esportes, educação, meio ambiente, segurança pública e privada, entretenimento, lazer e tudo o que se relacione com o ser humano, sua cultura e seu meio (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Admitindo a educação como parte influente neste processo, compreende-se a vivência acadêmica como determinante no estilo de vida de jovens e adolescentes. Sabe-se que a universidade é um período de transição entre a fase juvenil e adulta, a qual gera transformações evidentes na vida dos indivíduos que por ela passam. Além disso, o público alvo, formado por pessoas de diferentes faixas etárias, requer enfoque diversificado no que tange à assistência à saúde.

Costa e Bigras (2007) ratificam esta afirmação, ao apontarem que a questão de saúde e bem-estar na adolescência deve ter um enfoque diferenciado em relação à população adulta e as ações devem envolver aspectos do macro e do microambiente, considerando os determinantes sociais (STRELHOW et al., 2010). Para tanto, políticas públicas de promoção da saúde e qualidade de vida devem ser desenvolvidas com acadêmicos, visando colaborar para a adoção de comportamentos mais saudáveis entre estes estudantes e de forma equânime (BRITO; GORDIA; QUADROS, 2016).

Barros et al. (2008) destacam que a satisfação com a vida é um dos aspectos que define a qualidade de vida como um todo. O conceito de qualidade de vida é multidimensional, e inclui bem-estar (material, físico, social, emocional e produtivo) e satisfação em várias áreas da vida. Uma percepção mais positiva de saúde está associada a uma maior satisfação em relação aos estudos, consigo mesmo, e com a vida em geral (STRELHOW et al., 2010).

Esta discussão tem apresentado posicionamento quase unânime por estudiosos, haja vista que uma revisão sistemática constatou que a maior parte dos estudos na área evidencia a importância de que o estilo de vida saudável deve ser iniciado bem precocemente, mantendo-se contínuo (PÔRTO et al., 2015).

Nesse sentido, as instituições de ensino superior têm papel fundamental no estímulo a hábitos que favoreçam o processo saúde-doença de seus discentes, promovendo estratégias que enfoquem a importância de práticas saudáveis no âmbito acadêmico. No entanto, Soares e Campos (2008) não identificaram em seu estudo comunicação efetiva entre universitários, professores e a própria instituição acadêmica no que diz respeito à abordagem de aspectos de promoção à saúde, voltadas a atitudes positivas que reforcem um estilo de vida saudável para os acadêmicos.

Desse modo, é pertinente elucidar os aspectos relacionados ao estilo de vida de universitários nesta etapa de transição cronológica e social relevante que estes vi-

venciam na academia. Seguem-se, portanto, resultados de estudos que objetivaram investigar estilo de vida de jovens e adolescentes universitários.

Outro aspecto decisivo do estilo de vida de universitários é a alimentação, que pode configurar tanto um aspecto positivo, quanto negativo. É comum entre os adolescentes o excesso de alimentos gordurosos e doces, o que tem aumentado o número de jovens com doenças como diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia e obesidade (BRITO; GORDIA; QUADROS, 2016; MONTEIRO; MEDEIROS; OLIVEIRA, 2005).

O excesso de peso corporal (EPC) representa um grave problema de saúde pública e é um fator de risco para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a prevalência de EPC aumentou em jovens e adultos. Estima-se que, em 2030, a concentração mundial de pessoas com EPC poderá ser de 3,38 bilhões. No Brasil, essa ocorrência foi de 50,4% em 2003, para 62,5% em 2009 na população masculina e aumentou, aproximadamente, 10% na população feminina considerando o mesmo período (SOUSA; BARBOSA, 2017).

Segundo (GUEDES; BISCUOLA; LIMA, 2015) a classificação do estado nutricional de adultos de acordo com o Índice de Massa Corporal é: Abaixo do peso <18,5; Faixa Normal de 18,5 a 24,9; Pré-obesos de 25 a 29,9; Obeso classe I de 30 a 34,5; Obeso classe II de 35 a 39,9; Obeso classe III ≥ 40 .

Recomenda-se que as instituições de ensino superior do Brasil realizem investigações prospectivas com os estudantes universitários para reconhecer como se comporta a prevalência de sobrepeso durante os anos acadêmicos. Além disso, sugere-se que estas instituições realizem orientações e disponibilize programas de promoção da saúde no decorrer de todo período acadêmico, objetivando a redução do sobrepeso entre universitários (SILVA et al., 2011).

Soares e Campos (2008) sugerem que a Universidade ofereça moradia e refeitório estudantis, intensifique oferta de bolsa de trabalho e iniciação científica e adequação na distribuição da carga horária das disciplinas por semestre letivo, de modo a minimizar as alterações negativas no estilo de vida do acadêmico. Os estudantes, por sua vez, devem participar deste processo, articulando-se para pensarem aspectos do estilo de vida saudáveis no seu cotidiano.

No tocante a públicos específicos, estudos apontam peculiaridades no estilo de vida dos estudantes conforme a graduação na qual estão inclusos. Os acadêmicos de Educação Física, por estarem aprendendo conhecimentos específicos da área, tendem a adquirir hábitos de vida saudáveis. Outros procuram melhorar por se sentirem na obrigação de contribuir com seus conhecimentos para a sociedade e passam a ter

um estilo de vida ativo e saudável, para que, dessa forma, possam se apresentar como profissionais de respaldo (COELHO; PEREIRA, 2015).

No entanto, em investigação sobre o estilo de vida neste grupo, os estudantes do curso de licenciatura apresentam-se mais inadequados do que os do bacharelado, no conjunto do estilo de vida global e nas condutas de sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro (SILVA et al., 2012).

Com relação aos acadêmicos da área médica, estudo com egressos de um curso sediado na região sudeste aponta que, com base no estilo de vida, estes entendem sua saúde física e mental como boa, não associando à carreira, fator prejudicial à saúde. Reafirmam a necessidade de cuidado com sua própria saúde física e mental, para melhor desempenharem a importante tarefa de cuidar da saúde de outras pessoas (TORRES et al., 2011).

Já considerando o público de estudantes de enfermagem, estudo evidenciou que estes discentes entendem estilo de vida como o modo como se vive e estilo de vida saudável como qualidade de vida. Ademais, pontuaram que, dentre os aspectos do seu estilo de vida, a alimentação foi considerada como ponto positivo, enquanto que o sedentarismo foi apontando como ponto negativo. Também identificaram mudanças no seu estilo de vida variando conforme o período letivo, principalmente quanto aos aspectos que podem ser prejudiciais à saúde (SOARES; CAMPOS, 2008).

Avaliar o estilo de vida dos diversos públicos universitários é uma demanda que tem recebido cada vez mais atenção atualmente. Contudo, ainda não foi estabelecido um método padrão ouro, dentre os instrumentos de avaliação e quantificação do estilo de vida, que proporcione segurança para avaliação do estilo de vida saudável nesta população. Assim, Pôrto e colaboradores (2015) sugerem a realização de novos estudos que busquem aprimorar e proporcionar maior confiabilidade para a avaliação do estilo de vida.

Dentre estes instrumentos, destaca-se o questionário “Estilo de vida Fantástico”, que foi desenvolvido no Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canadá (WILSON; CILISKA, 1984) e traduzido e validado no Brasil por Anez, Reis e Petrosky (2008) com a finalidade de auxiliar a descrever e medir o estilo de vida de públicos diversos.

As questões estão dispostas na forma de escala Likert, em número de 25, das quais 23 possuem cinco alternativas de resposta e duas são dicotômicas. As alternativas estão dispostas na forma de colunas para facilitar a sua codificação, e a alternativa da esquerda é sempre a de menor valor ou de menor relação com um estilo de vida saudável. A codificação das questões é realizada por pontos, da seguinte maneira:

zero para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para a terceira coluna, 3 para a quarta coluna e 4 para a quinta coluna. As questões que só possuem duas alternativas pontuam: zero para a primeira coluna e 4 pontos para a última coluna (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

A soma dos pontos atribuídos a cada domínio permite chegar a um escore total que classifica os indivíduos em cinco categorias: “Excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos), “Bom” (55 a 69 pontos), “Regular” (35 a 54 pontos) e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos) (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

Para tanto, considerando a praticidade e eficiência deste instrumento na avaliação do estilo de vida de universitários em outros estudos (TASSINI et al, 2017), este estudo adotou este questionário para condução da análise do estilo de vida em universitários da área da enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. B. E; GUTIERREZ, G. L; MARQUES, R. **Qualidade de vida: Definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. EACH. ed. Universidade de São Paulo: [s.n.], 2012. 141 p. Disponível em: http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida. Acesso em: 05 nov. 2018.

ALVES, A. A. M; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Rev. Port. Sau. Pub.** v. 28 n. 2, 2010. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200003. Acesso em 23 out. 2018.

AÑEZ, C. R. R; REIS, R. S; PETROSKI, E. L. P. Versão Brasileira do Questionário “Estilo de Vida Fantástico”: Tradução e Validação para Adultos Jovens. **Arq Bras Cardiol**, v. 91, n. 2, p. 102-109, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n2/v91n2a06>. Acesso em: 10 nov. 2018

BRILHANTE, A. V. M; NATIONS, M. K; CATRIB, A. M. F. Taca cachaça que ela libera: violência de gênero nas letras e festas de forró no Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública** v. 34, n. 3, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00009317>. Acesso em: 15 out 2018.

BRITO, B J. Q. GORDIA, A. P. QUADROS, T. M. B. Estilo de vida de estudantes universitários: estudo de acompanhamento durante os dois primeiros anos do curso de graduação. **Medicina (Ribeirão Preto)** v.49, n.4, p.293-302, 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/122721/119206>. Acesso em: 10 nov 2018.

BUSS, P. M; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06>. Acesso em: 14 set 2018.

COELHO, J; PEREIRA JR., A. A. Avaliação do estilo de vida em adultos jovens universitários. RGSN. **Revista Gestão, Sustentabilidade e Negócios**. v.3, n.1, p. 41-50, 2015. Disponível em: <http://www.saofranciscodeassis.edu.br/rgsn/arquivos/RGSN05/Avaliação%20do%20estilo%20de%20vida.%20COELHO.%20PEREIRA%20JUNIOR>. Acesso em: 10 nov 2018.

COSTA, D. G et al. Qualidade de vida e atitudes alimentares de graduandos da área da saúde. **Rev Bras Enferm** v.71, n. 4, p.1739-46, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1642. Acesso em: 27 out 2018.

COSTA, M. C. O, BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciênc. saúde coletiva** v.12, n.5, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500002. Acesso em: 15 out 2018.

GUEDES, A C.F; BISCUOLA, A. P; LIMA, M. C. C. Comparação entre índice de massa corporal e índice de adiposidade corporal em adultos do sexo masculino. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v.9. n.54. p.235-242. Nov./Dez. 2015. Disponível em: www.ibpex.com.br. Acesso em: 13 jun 2019.

MONTEIRO, A. I; MEDEIROS, J. D; OLIVEIRA, J. R. Estilo de vida e vulnerabilidade social dos adolescentes no Bairro de Felipe Camarão, Natal/RN. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. v. 9 n. 1, p. 176-190, 2005. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a14.htm>. Acesso em: 11 nov 2018.

MONTEIRO, C. F. S.; FREITAS, J, F, M.; RIBEIRO, A, A, P. Estresse no cotidiano acadêmico: o olhar dos alunos de enfermagem da universidade federal do Piauí. **Esc Anna Nery R Enferm**. v. 11, n. 1, p. 66 - 72. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a09.pdf>. Acesso em: 11 nov 2018.

MOREIRA, T. M. M; GOMES, E. B; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Rev Gaúcha Enferm**. v.31, n.4, p.662-9, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a08v31n4>. Acesso em: 15 nov 2018.

NAHAS MV, BARROS M. G. V, FRANCALACCI V. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para a avaliação do estilo de vida em indivíduos ou grupos. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**. v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/1002/1156>. Acesso em: 19 out 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Desigualdades e Iniquidades em Saúde. Boletim do Instituto de Saúde**. 2010. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cursos/saudepopnega/recomendacaoLuisEduardo> Acesso em: 05 out. 2018.

PAULINO, M. R. et al. Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em estudantes pré-vestibulandos: associação de fatores emocionais, hábitos parafuncionais e

impacto na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.1, p. 173-186, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0173>. Acesso em: 26 out. 2018.

PETTRES, A. A, DA ROS, M. A. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arq. Catarin Med.** v. 47, n.3, p.183-196, 2018. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/375/282>. Acesso em: 08 out. 2018.

PÔRTO, E. F et al. Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. *Acta Fisiatr*; v. 22 n. 4 p. 199-205, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/122509>. Acesso em 18 nov. 2018

SILVA, D. A. S et al. Associação do sobrepeso com variáveis sócio-demográficas e estilo de vida em universitários. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 11, p. 4473-4479, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n11/4473-4479/pt>. Acesso em: 30 out. 2018.

SILVA, D. A. S. et al. Estilo de Vida de acadêmicos de educação física de uma Universidade Pública do Estado de Sergipe, Brasil. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**. v. 34, n. 1, p. 53-67, 2012. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbce/v34n1/v34n1a05.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

SOARES, R. D. O. P; CAMPOS, L. F. Estilo de vida dos estudantes de enfermagem de uma Universidade do interior de Minas Gerais. **Cogitare Enferm.** v. 13, n.2, p.227-34, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648979009>. Acesso em 20 set. 2018.

SOUSA, T. F, BARBOSA, A. R. Prevalências de excesso de peso corporal em universitários: análise de inquéritos repetidos. **Rev bras epidemiol**; v. 20, n. 4, p. 586-597, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n4/1980-5497-rbepid-20-04-586>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SOUSA, Z. A. A; SILVA, J. G; FERREIRA, M. A. Saberes e práticas de adolescentes sobre saúde: implicações para o estilo de vida e cuidado de si. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** v.18, n.3, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0400.pdf> . Acesso em: 30 out. 2018.

STRELHOW, M. R. W et al. Percepção de Saúde e Satisfação com a Vida em Adolescentes: Diferença entre os Sexos. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 42-49, 2010. Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewFile/62/99>. Acesso em: 20 out. 2018.

TASSINI, C. C et al. Avaliação do Estilo de Vida em Discentes Universitários da Área da Saúde através do Questionário Fantástico. **Int J Cardiovasc Sci**. V. 30 n. 2 p.117-122. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v30n2/pt_2359-4802-ijcs-30-02-0117. Acesso em: 10 nov. 2018.

TORRES, A. R et al. Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos: uma autoavaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. **Rev. bras. epidemiol.** v.

14, n. 2, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-1415-790X2011000200008. Acesso em: 10 out. 2018.

WILSON DM, CILISKA D. Lifestyle assessment: testing the FANTASTIC instrument. **Can Fam Physician**. v. 30, p. 1863-6. 1984. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2154238/pdf/canfamphys00223-0157.pdf>. Acesso em: 27 nov 2018

CAPÍTULO 3

PLANEJAMENTO FAMILIAR À MULHER COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

FAMILY PLANNING FOR WOMEN WITH DIABETES MELLITUS IN PRIMARY CARE

Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses¹

Mikaely Malaquias de Melo²

Camila Almeida Neves de Oliveira³

Débora Guedes Oliveira⁴

Glícia Uchôa Gomes Mendonça⁵

Helmo Robério Ferreira de Meneses⁶

Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães⁷

Fernando Magno Bitú Magalhães⁸

Francisco Rafael Augusto⁹

Elissandra Couras Angélico¹⁰

Maria Leidiana Alves de Lucena¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.3

1 jayanacastelobranco@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5807-2259>

2 miklmelos2@hotmail.com

3 camilaandeoliveira@gmail.com

4 deboraguedesurca@hotmail.com

5 glicia_efm@yahoo.com.br

6 helmo_rob@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9326-8548>

7 thalitasevia22@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8977-1650>

8 fernandobitu@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3034-1645>

9 tecgraf@outlook.com.br, <https://orcid.org/0000-0001-9405-1033>

10 elissandra.couras@yahoo.com.br, <https://orcid.org/0000-0003-2077-1438>

11 leidiana.lucena@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3396-006X>

1 PLANEJAMENTO FAMILIAR À MULHER COM DIABETES NO BRASIL

O planejamento familiar consiste na oportunidade ideal para o preparo da mulher para a gestação, desde que realizado de forma adequada pela equipe saúde da família.

Conforme a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, todo cidadão brasileiro tem direito a serviços e estratégias de concepção e anticoncepção, por meio do livre exercício do planejamento familiar (BRASIL, 2013). Este é abordado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, objetivando garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania: o direito de ter ou não filhos (BRASIL, 2002a).

Dessa forma, o planejamento familiar socializa o acesso aos meios de anticoncepção ou de concepção nos serviços públicos de saúde e regulamenta essas práticas na rede privada, sob o controle do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os princípios desta política, encontram-se a garantia do acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, os serviços de acompanhamento clínico e ginecológico e ações educativas para escolha perspicaz (BRASIL, 2002b).

O estímulo ao planejamento familiar deve ser uma orientação constante fornecida às mulheres, principalmente quando se tratarem de grupos vulneráveis, como mulheres adolescentes, com diabetes, hipertensão ou complicações gestacionais prévias (BRASIL, 2017b).

Portanto, mulheres com diabetes em idade fértil devem ser acompanhadas e orientadas por profissionais de saúde, acerca do planejamento familiar, bem como sobre a condução do tratamento do DM antes e durante a gestação (BRASIL, 2010). É indispensável fornecer aconselhamento a estas mulheres acerca da manutenção de um adequado controle metabólico antes da concepção para redução do risco de complicações durante o período gestacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD, 2018).

Por tratar-se de uma doença metabólica sistêmica, o diabetes mellitus (DM) acarreta mudanças no corpo e na rotina de quem a possui. É um problema de saúde que tem aumentado em todo o mundo. Estima-se, ainda, que metade das pessoas que têm a doença encontram-se sem diagnóstico. A previsão para 2040 é de 23,2 milhões de pessoas com DM no Brasil (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES - FID, 2015).

Para além do impacto geral do DM, tem-se o impacto negativo em grupos etários ou situações específicas. Mulheres e idosos são os mais atingidos pelo DM, alcançando percentuais de 9,9% e 27% respectivamente (BRASIL, 2017a).

Nas mulheres, quando associado à gravidez, o DM contribui para modificações nas atividades de vida diária (AVDs) das mulheres, como a necessidade do monitoramento glicêmico rotineiro, instituição de alimentação saudável e equilibrada, instituição e ou adesão à insulino terapia, dentre outros aspectos (SANTOS et al., 2014).

As gestações em mulheres com diabetes têm sido cada vez mais comuns nas últimas décadas, apontando o diabetes mellitus tipo 1 (DM1) presente em 7% e o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), em 4,7% das gestações complicadas no início dos anos 2000 (ALBRECHT et al., 2010).

Quando a mãe não controla o DM, o bebê tem maior chance de apresentar hipoglicemia nos primeiros dias de vida, podendo desenvolver a doença na vida adulta. Ademais, eleva-se o risco de parto cesariano prematuro e complicado, internação do recém-nascido em unidade de terapia intensiva (UTI) por hipoglicemia ou imaturidade pulmonar, malformação fetal, aumento das chances de tocotraumatismo, aborto e morte fetal ou neonatal (SBD, 2018).

Não obstante, deve ser considerado também o impacto do DM sobre a saúde materna, incluindo a progressão da retinopatia, nefropatia ou neuropatia para as mulheres que já possuem estas complicações, bem como o risco acrescido para síndrome do túnel do carpo ou pré-eclâmpsia (BEZERRA, 2012).

Para minimizar estes riscos, faz-se necessário um acompanhamento pré-natal e parto seguros, sendo indispensável a realização do controle glicêmico materno antes, durante e após o parto. Dessa forma, o DM não impossibilita a mulher de gestar, mas a gravidez deve ocorrer quando o diabetes estiver bem controlado, manifesto por valores de hemoglobina glicada dentro da normalidade (SBD, 2018).

2 A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO FAMILIAR DE MULHERES COM DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Grande parte das mulheres com DM não tomam ou não sabem os devidos cuidados a serem tomados antes de engravidar, e que isso pode ter relação com uma atenção inadequada por parte das equipes de saúde (EVANGELISTA, 2009).

A Federação Internacional de Diabetes (2015) adverte que se deve manter atenção e cuidados necessários às hiperglicemias nas gestações por seu efeito no período da organogênese, com riscos de malformação congênita até a sétima semana, além de abortos, estimando que 16,2% das mulheres que dão à luz a crianças vivas, apresentaram alguma forma de hiperglicemia durante a gravidez.

Nomura et al. (2002) aponta em seu estudo que mulheres com hiperglicemias gestacionais apresentaram índice de líquido amniótico (ILA) elevado, podendo con-

duzir a quadros de polidrâmnio. Já a Organização Pan-americana de Saúde (2017) resalta o antecedente obstétrico de polidrâmnio como um fator de risco para a ocorrência de hiperglicemia na gestação.

Segundo Waldow e Borges (2011), o cuidado permite conceber uma forma completa e essencial do nosso desenvolvimento e realização como seres humanos e a enfermagem destaca-se, especialmente, por instituir atividades que lidam com o ser humano em situações de vulnerabilidade, assistindo-o de forma holística na integração de ações éticas e humanas.

Desse modo, a enfermagem deve estar atenta e atuante na assistência às mulheres com DM que querem gestar, de modo a fornecer informação para autonomia no processo de gestação, parto e puerpério, minimizando o risco de complicações materno-fetais neste percurso.

O enfermeiro deve ofertar orientações pré-concepcionais importantes voltadas a mulheres e companheiros em planejamento familiar, constituindo a forma mais precoce de prevenir complicações na gestação, no parto e para o bebê (BRASIL, 2006).

Para tal, a Sociedade Brasileira de Diabetes (2018) recomenda o controle estrito da HbA1C antes da gestação, definindo como nível ideal os valores menores que 6%, se utilizado o método de cromatografia líquida de alta eficiência.

Mosca et al., (2006) apontam o enfermeiro da ESF como um dos profissionais corresponsáveis pelo controle glicêmico destas mulheres. Com isso, além de ser recomendado o acompanhamento multiprofissional como citado pelos participantes, o enfermeiro deve elaborar um programa de educação continuada em DM que alcance mulheres que estejam em planejamento familiar e contemple uma dieta equilibrada, contagem de carboidratos, aplicação de insulina e monitoramento de glicemia capilar (KITZMILLER et al., 2008).

Devido à segurança e à eficácia comprovadas da insulina no controle da glicemia, recomenda-se a descontinuação do uso de antidiabéticos orais com imediata substituição por insulina antes da gravidez ou logo após seu diagnóstico (AMARAL et al., 2015; SBD, 2018).

Apesar da mudança na prescrição ser uma prerrogativa médica, o enfermeiro deve estar apto para instruir a mulher sobre esta mudança. Esta informação pode pesar na decisão da mesma sobre qual o momento certo para gestar e não pode ser omitida durante a preparação pré-concepcional.

A realização de atividades físicas poderá ser mantida durante a gravidez, porém com intensidade moderada, sendo contraindicadas, apenas, na presença de complicações crônicas limitantes (GOLBERT; CAMPOS, 2008).

Ademais, a modificação na alimentação constitui outro artifício relevante na obtenção do controle glicêmico. Lessmam, Silva e Nassar (2012) alertam que a dieta deve ser prescrita por nutricionista, enfocando a restrição do consumo de carboidratos e lipídios, bem como controle do peso corporal, como fatores favoráveis ao controle do diabetes em mulheres que pretendem engravidar.

Outrossim, a monitorização da glicemia com o uso de glicosímetros foi responsável por grande avanço no manejo de pessoas com diabetes. São recomendadas, pelo menos, três a sete medidas por dia, pré e pós-prandiais. Não sendo possíveis monitorizações domiciliares com essa frequência, sugere-se a realização de um perfil glicêmico semanal em serviços de saúde (GOLBERT; CAMPOS, 2008).

Durante a consulta, na coleta do histórico de enfermagem, devem ser investigadas informações sobre estilo de vida, focando nos fatores de risco para complicações como: hábito alimentar, obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo e condições sócio-econômico-culturais. (PAIVA et al., 2006).

O exame detalhado dos pés não deve ficar à parte deste atendimento, observando se há presença de manifestações clínicas do pé diabético e o grau de acometimento. Da mesma forma, o exame minucioso da pele, incluindo os locais de aplicação de insulina, e a investigação de complicações microvasculares como neuropatias diabéticas também devem fazer parte da consulta de enfermagem à mulher com DM (BRASIL, 2002b).

É necessário ofertar cuidado pré-concepcional e aconselhamento às pacientes com diabetes que planejam engravidar, de modo que os níveis glicêmicos estejam controlados antes da gestação (SBD, 2018). Para tal, a equipe de saúde deve ter conhecimento sobre as mulheres com diabetes em idade fértil residentes em sua área de abrangência, de forma a embasar o planejamento de ações efetivas.

Reforçando a necessidade de uma equipe multidisciplinar, Menezes (2013) destaca especialistas em educação alimentar, cirurgia vascular e endocrinologia como essenciais ao controle metabólico adequado e prevenção de complicações. A disponibilidade desta equipe multidisciplinar contribui para um cuidado mais eficiente e adequado.

Heilborn et al. (2009) ressalta que o acompanhamento pré-concepcional adequado, auxilia o planejamento da gestação, diminuindo riscos e complicações maternas e fetais. Desse modo, um cuidado pré-concepcional efetivo para mulheres com DM deve considerar suas particularidades e intervir mediante os parâmetros especificados até aqui.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, S. S. et al. Diabetes trends among delivery hospitalizations in the U.S., 1994-2004. **Epidemiology/health services research**, v.33, n.4, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845025/>> Acesso em: 04 out 2017.

AMARAL, A. R. et al. Impact of gestational diabetes on neonatal outcomes: a retrospective cohort study. **Scientia Medica**. v.25, n.1. 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/19272>> Acesso em: 30 out 2017.

BEZERRA, C. G. Atenção pré-concepcional de mulheres com diabetes Mellitus pré-gestacional assistidas no Sistema Único de Saúde. 2012. **Universidade Federal do Ceará**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de farmácia, odontologia e Enfermagem) Universidade Federal Do Ceará. 2012. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/6569>> Acesso em: 21 out 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Caderno de atenção básica. Brasília-DF. 2013. V.36. p.160. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf> Acesso em 18 jun 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. v.5, Brasília-DF. 2006. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio> 3. ed. Acesso em: 09 out 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**. Área Técnica de Saúde da Mulher. n. 40. s. a. 4. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus**. s. C. n. 59. Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Brasília-DF, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**. Brasília-DF. 2017a.

BRASIL. São Paulo. **Pré-natal e puerpério. Manual técnico**. c.3; p.22. São Paulo. 2017b. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br>> Acesso em: 06 nov 2017.

EVANGELISTA, D. R; **Pré-concepção e práticas anticoncepcionais de mulheres portadoras de diabetes mellitus**: avaliação de impacto. 2009. 96p. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem) – Universidade Federal Do Ceará, Fortaleza, 2009.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES. **Atlas do Diabetes 2015**: Atualização 7ª ed. Disponível em: < <http://www.diabetes.org.br/images/2015/atlas-idf-2015.pdf>> acesso em: 21 set 2017.

GOLBERT, A. CAMPOS, M. A. A. Diabetes *mellito* tipo 1 e gestação. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, 2008. v. 52, n. 2, p.307-314. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000200018> Acesso em 17 jun 2018.

HEILBORN, M. L. et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25, p.269-278. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/09.pdf>>. Acesso em: 02 dez 2017.

KITZMILLER; et. al. Managing Preexisting Diabetes for Pregnancy. **Diabetes Care**. v. 31, n. 5, maio, 2008. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/31/5/1060.full.pdf>>. Acesso em: 07 nov 2017.

LESSMANN, J.C. SILVA, D.M.G.V. NASSAR, S. M. Mulheres com Diabetes *mellitus* tipo 2: perfil sociodemográfico, biométrico e de saúde. **Acta Paul Enferm**. 2012. v.25. p. 81-6. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_13.pdf> Acesso em 18 jun 2018.

MENEZES, L. C. G. **Autocuidado da pessoa com diabetes e pé em risco**: contribuição ao cuidado clínico de enfermagem. 2013. 144f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

MOSCA, A. et. al. Reference intervals for hemoglobin A1c in pregnant women: Data from an Italian multicenter study. **Clinical Chemistry** 52, n 6. p 1138–1143 2006. Disponível em: <<http://clinchem.aaccjnls.org/content/52/6/1138>> Acesso em: 07 nov 2017.

NOMURA, R. M. Y. et al. Vitalidade Fetal em Gestações Complicadas com Diabete Mellito Pré-Gestacional: Um Estudo Longitudinal. **Rbgo**. São Paulo. 2002. v. 2, n. 24, p.113-120. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n2/a07v24n2.pdf>>. Acesso em: 21 jun 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Federação brasileira das associações de ginecologia e obstetrícia. Sociedade brasileira de diabetes. **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília, DF. 2017.

PAIVA, D. C. P. et al. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo. **Caderno de Saúde**

Pública. v. 2, n. 22, p.377-385. Rio de Janeiro. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v22n2/15.pdf>> Acesso em: 14 out 2017.

SANTOS, A. L., et al. Diabetes pré-gestacional: experiências de grávidas com o controle da doença. **Cogitare Enferm.** Paraná. 2014. p 561-568. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33459/23246>> Acesso em: 18 set 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **SBD 2017-2018:** Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo - SP: Clannad, 2018.

WALDOW, V. R. BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem.** Porto Alegre. v. 3, n. 24, p.414-418, 2011.

CAPÍTULO 4

PREVENÇÃO AO PÉ DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

DIABETIC FOOT PREVENTION IN PRIMARY HEALTH CARE

Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses¹

Maria Selma Alves Bezerra²

Sabryna Ernesto Moreira³

Joseph Dimas Oliveira⁴

Helmo Robério Ferreira de Meneses⁵

Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães⁶

Fernando Magno Bitú Magalhães⁷

Francisco Rafael Augusto⁸

Vicente Saraiva dos Santos Neto⁹

Samuel Alves Bezerra Neto¹⁰

Elissandra Couras Angélico¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.4

1 jayanacastelobranco@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5807-2259>

2 selmahri@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5090-1232>

3 sabrynaernesto@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8923-4783>

4 josephdimas@urca.br, <https://orcid.org/0000-0001-5807-2259>

5 helmo_rob@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9326-8548>

6 thalitasevia22@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8977-1650>

7 fernandobitu@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3034-1645>

8 tecgraf@outlook.com.br, <https://orcid.org/0000-0001-9405-1033>

9 vicentesaraiva23@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6106-4249>

10 samuelbezerraneto@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1063-419X>

11 elissandra.couras@yahoo.com.br, <https://orcid.org/0000-0003-2077-1438>

Na ótica da qualificação do cuidado ao paciente diabético, são indispensáveis práticas efetivas por meio de uma abordagem integral incluindo o processo fisiopatológico, psicossociais, educacionais e, principalmente, da reorganização da atenção à saúde.

O Diabetes Mellitus (DM) é uma condição crônica de saúde e um determinante muito importante na saúde pública e vem mostrando acréscimos em prevalência e mortalidade ao longo dos anos, configurando-se como um dos problemas de saúde pública a conferir maior impacto negativo aos sistemas de saúde (COSTA et al., 2018).

A história natural da doença é marcada pelo aparecimento de complicações agudas, que incluem a cetoacidose diabética, a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não-cetótica e a hipoglicemia, e as complicações crônicas como retinopatia, nefropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular, a doença vascular periférica e neuropatia (BRASIL, 2013).

A neuropatia diabética é definida pela presença de sinais ou sintomas, como por exemplo, dor contínua e constante; sensação de queimadura e ardência; ou formigamento; que caracterizam a disfunção do nervo periférico em pessoas com diabetes – quando descartadas outras causas – e tal complicação predispõe ao aparecimento do Pé Diabético que é definido pela infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos, associadas a anormalidades neurológicas e Doença Arterial Periférica (DAP) em membros inferiores (NASCIMENTO et al., 2018).

A perda da sensibilidade diminui ou anula a percepção de ferimentos ou traumas, predispostos pelo padrão anormal da marcha decorrente de deformidades osteomusculares e por fissuras e rachaduras devidas ao ressecamento da pele. Isso aumenta o risco de ulceração, a qual pode ser complicada por infecções e DAP associadas (GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001).

Para efetivação da prestação e qualidade de assistência ao cliente, as consultas de prevenção iniciam com anamnese, avaliação dos sinais vitais, orientações quanto ao cuidado com o pé diabético, controle glicêmico e alimentação. Um dos pilares do cuidado ao paciente com diabetes é a prevenção do pé diabético que pode ser realizado pelas equipes da APS (MANHÃES et al., 2018).

O objetivo do cuidado do DM na APS é fortalecer e qualificar a assistência ao usuário através da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos da rede de saúde. Diante deste contexto, cabe ao profissional enfermeiro, enquanto gerente da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do médico, realizar a avaliação clínica do sujeito que envolve a inspeção dos pés e das possíveis lesões, o acompanhamento frequente e as orientações às pessoas com DM e aos seus cuidadores quanto à impor-

tância de atentar-se aos pés, de ter uma alimentação saudável, da prática de atividade regular e de manter o controle glicêmico (BRASIL, 2013).

A prevenção do Pé Diabético, não é apenas uma atribuição do enfermeiro e sim uma responsabilidade de toda a equipe de saúde, os demais membros da equipe devem estar aptos a trabalhar a educação para o autocuidado preventivo e a qualidade de vida dessas pessoas. Para tal, deve-se buscar medidas que incentivem as pessoas com DM a adotarem formas adequadas de cuidados com os pés e implementarem estratégias de adesão às medidas preventivas (PEREIRA et al., 2017).

No tocante ao cuidado preventivo quanto aos exames relacionados à prevenção do pé diabético tem-se o exame dos membros inferiores (MMII), inicia-se com a palpação dos pulsos podais, busca identificar a presença de DAP; a inspeção que visa detectar a presença de manifestações dermatológicas, como ressecamento e fissuras, unhas hipotróficas ou encravadas e micose, calosidades, alteração de coloração e temperatura, assim como lesões; enquanto o teste de sensibilidade, é realizado por meio do uso de monofilamentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

O paciente é diagnosticado com Pé Diabético quando é identificado uma das manifestações da tríade neuropatia, deformidades e trauma, estes são fatores determinantes para o problema, e geralmente encontra-se acompanhado por ulceração complicada por infecção, ou dificuldade de cicatrização, que pode evoluir para amputação (SILVEIRA et al., 2017).

Esta condição de saúde surge como resultado, de variadas comorbidades, que mal controladas, colaboram para colocar os pés em risco. Isso ocorre em decorrência do não tratamento e controle delas, que evoluem para complicações do diabetes, alterações na biodinâmica dos pés. É possível associar ainda aos fatores de risco, as más condições de sociais, ausência de cuidadores e orientação qualificada sobre o manejo da doença (RIBEIRO et al., 2017).

Contudo, considera-se “pés em risco” aqueles com presença de neuropatia diabética periférica, apresentação de pontos de pressão anormal, calosidades, as deformidades ósseas, a doença vascular periférica, as dermatoses, fissuras, higiene prejudicadas, entre outros fatores. Ao detectar o “Pé em Risco” o paciente é encaminhado a uma equipe multiprofissional composta por médicos (cirurgião vascular, endocrinologista), nutricionista, psicólogos e enfermeiro conforme sua singularidade (PIZA; ELEOTÉRIO; GOMES, 2018).

Percebe-se que estudos que traçam o perfil epidemiológico no mundo, de casos de pé diabético ainda são escassos e de difícil acesso, no entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima que o número total de pessoas com diabetes mellitus

no mundo irá aumentar de 171 milhões no ano de 2000 para 380 milhões em 2030. Com isso surge também a hipótese do aumento do número de complicações da doença e entre estas o pé diabético (BRASIL, 2013).

Quanto à prevalência do Pé Diabético, não se dispõe de dados uniformes a nível nacional. Nos países em desenvolvimento, grande proporção dos leitos hospitalares é ocupada por casos de pacientes com pé diabético, situação agravada pelo baixo nível de capacitação de profissionais para condução dos casos e por registros e monitorização de úlceras e amputações por DM inexistentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

Em 1991, foi implementado no Distrito Federal um ambulatório de pé diabético, seguindo modelo adaptado das experiências americana e britânica, denominado “Projeto Salvando o Pé Diabético” (GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001). A experiência rendeu uma redução local nas amputações em torno de 77% no período de 2000 a 2004, e resultou em várias capacitações de profissionais da saúde por todo o país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

Com isso, a assistência ao pé diabético ganhou maior visibilidade a nível nacional, culminando no enfoque preventivo como forma mais eficaz de minimizar o impacto econômico e social da doença. Nessa linha, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2013 a publicação “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes mellitus – Caderno de Atenção Básica nº 36”, a qual preconizou ações de prevenção e cuidados com os pés de pessoas com DM para a Atenção Primária à saúde, dentre as quais, o acompanhamento dos casos detectados de DM, o monitoramento e o controle dos índices glicêmicos e a educação em saúde destacam-se (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, é preciso romper o silêncio da evolução do diabetes com vistas a motivar o paciente à adoção de cuidados com os pés para prevenção de complicações (CISNEROS; GONÇALVES, 2011). Para tal, recomenda-se que, durante a consulta de acompanhamento de pessoas com diabetes na atenção primária, o profissional oriente a retirada dos calçados e meias para inspeção dos pés e avaliação dos calçados e realize o exame físico minucioso dos pés, avaliando fatores de risco dermatológicos, osteomusculares, vasculares e neurológicos.

Por fim, deve-se classificar o risco de futuras complicações, avaliar a necessidade de referência a serviço especializado e definir a periodicidade de acompanhamento e avaliação dos pés (BRASIL, 2013). A classificação de risco mais utilizada atualmente foi validada em 2001, pelo Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético, e sofreu recentes alterações para o seguimento com base na pesquisa de Perda de Sensibilidade Protetora (PSP) e DAP (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

Entretanto, dados vêm demonstrando falhas na execução das diretrizes propostas, ao passo que se verificou associação entre amputações e a assistência prestada pela ESF a indivíduos portadores de pé diabético internados para tratamento vascular clínico ou cirúrgico. A maioria dos pacientes relatou que não teve os pés examinados nas consultas do último ano, não recebeu orientação sobre os cuidados com os pés, apresentando valores de glicemia superiores a 126 mg/dl à admissão (SANTOS et al, 2013).

Com isso, ressalta-se que a atenção ao paciente com DM é complexa e precisa ir muito além do controle glicêmico, sendo essencial a atuação de uma equipe de saúde multiprofissional na APS, devido seus riscos de morbimortalidade. Isto requer uma assistência integrativa, com envolvimento tanto dos profissionais quanto do indivíduo e sua família. Como já citado anteriormente cabe aos profissionais de saúde a avaliação clínica e educação e saúde dos pacientes com pé diabético, e aos demais profissionais a busca ativa, monitoramento e ações educativas, lembrando que as atribuições configuram uma corresponsabilidade da equipe (CUBAS et al., 2017).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus**. Brasília (DF), 2013.

CISNEROS, L. de L.; GONCALVES, L. A. O. Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. **Ciência & Saúde coletiva, Rio de Janeiro**, v. 16, p. 1505-1514, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 02 nov 2018.

COSTA, J.R.B. et al. Diabetes? Prazer em Conhecer! **Revista JOPIC UNIFESO**, v.1, n.3, 2018.

CUBAS, M.R., et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioterapia em movimento**, v. 26, n. 3, 2017.

GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. **Consenso Internacional sobre Pé Diabético**. Publicado sob a direção de Hermelinda Cordeiro Pedrosa; tradução de Ana Claudia de Andrade, Hermelinda Cordeiro Pedrosa. Brasília Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br>>. Acesso em: 10 jan 2019.

MANHÃES, I. et al. Papel Do Enfermeiro No Cuidado Ao Paciente Acometido Pelo Pé Diabético: Revisão Integrativa Da Literatura. **Biológicas & Saúde**, v. 8, n. 27, 2018.

NASCIMENTO, R.T.L, et al. Neuropatia Diabética Dolorosa-Aspectos Clínicos, Diagnóstico E Tratamento: Uma Revisão De Literatura. **Revista Uningá**, v. 43, n. 1, 2018.

PEREIRA, L.F., et al. Nurse's actions in diabetic foot prevention: the perspective of the person with diabetes mellitus Ações do enfermeiro na prevenção do pé diabético: o olhar da pessoa com diabetes mellitus. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 4, p. 1008-1014, 2017.

PIZA, L.F.; ELEOTÉRIO, B.D.; GOMES, L. C. Avaliação dos pés de idosos com diabetes mellitus: estudo descritivo. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 3, 2018.

RIBEIRO, P., et al. Conhecendo o grau de risco para o desenvolvimento do pé diabético em pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2. **Enfermagem Brasil**, v. 16, n. 2, 2017.

SANTOS, I. C. R. V. *et al.* **Prevalência e fatores associados a amputações por pé diabético.** *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 18, n.10, p. 3007-3014. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 15 nov 2018.

SILVEIRA, A.O.S.M., et al. Complicações crônicas em diabetes, estratégias e qualidade dos serviços. **Blucher Education Proceedings**, v. 2, n. 1, p: 1-15, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018)** - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2018. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em 15 nov 2018.

CAPÍTULO 5

EVIDÊNCIAS SOBRE A EFICÁCIA DO POLIHEXAMETILENO-BIGUANIDA PARA ELIMINAÇÃO DO BIOFILME EM FERIDAS: REVISÃO INTEGRATIVA

EVIDENCE ON THE EFFECTIVENESS OF POLYHEXAMETHYLENE-BIGUANIDE FOR BIOFILM ELIMINATION IN WOUNDS: INTEGRATIVE REVIEW

Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses¹

Jeyzianne Franco da Cruz Silva²

Otávia Maria dos Santos Souza³

Rosa Maria Granjeiro Martins⁴

Sabryna Ernesto Moreira⁵

Luis Rafael Leite Sampaio⁶

Helmo Robério Ferreira de Meneses⁷

Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães⁸

Fernando Magno Bitú Magalhães⁹

Francisco Rafael Augusto¹⁰

Samuel Alves Bezerra Neto¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.5

1 jayanacastelobranco@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5807-2259>

2 jeyziannekelly@gmail.com

3 Otavia_souza@hotmail.com

4 rosamaria13gm@gmail.com

5 sabrynaernesto@hotmail.com

6 rafael.sampaio@urca.br

7 helmo_rob@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9326-8548>

8 thalitasevia22@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8977-1650>

9 fernandobitu@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3034-1645>

10 tecgraf@outlook.com.br, <https://orcid.org/0000-0001-9405-1033>

11 samuelbezerraneto@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1063-419X>

1 INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade acompanhada de maus hábitos de vida tem elevado a incidência e a prevalência de doenças crônicas. Tendo em vista essa mudança de perfil populacional, feridas crônicas consequentes destes agravos geram altos custos à saúde pública, aumentando o número de aposentadorias precoces e, conseqüentemente, perda de mão de obra ativa (ROCHA, 2014).

Tais lesões são definidas como feridas que não conseguem avançar no processo de reparação ordenado para produzir integridade anatômica e funcional durante um período de 3 meses. Dentre elas, destacam-se as Lesões por Pressão (LP), Úlcera Diabética e Úlcera Vasculogênica Crônica, que merecem especial atenção, uma vez que são as mais frequentes (VIEIRA; ARAÚJO, 2018).

Vale salientar que as feridas crônicas estão sempre sujeitas à colonização por microrganismos, pois a pele é normalmente colonizada por bactérias não patogênicas ou comensais. Sempre que há uma solução de continuidade na superfície cutânea, há migração bacteriana para o leito da ferida e quanto mais tempo uma ferida permanece aberta, maior o risco de fixação microbiana patogênica ou não patogênica. Dessa forma, as feridas crônicas estão em alto risco de colonização crítica e infecção, necessitando serem cuidadosamente gerenciadas para garantir a cura e prevenir o desenvolvimento de complicações adicionais (JUSTINIANO, 2010; PERCIVAL; SULEMAN, 2015).

Nesse contexto, os Biofilmes microbianos são definidos como um grupo organizado de micro-organismos envolvidos por uma matriz exopolimérica protetora e aderidos a uma superfície, a qual pode ser tanto biótica quanto abiótica. Eles podem ser formados por populações desenvolvidas a partir de uma ou múltiplas espécies de microrganismos, sendo predominantes as bactérias, visto sua grande capacidade de reprodução e adaptação (RAMA; FONSECA; BLANCK, 2018).

O Biofilme bacteriano é um dos aspectos mais importantes da patogenicidade das feridas crônicas, sendo a sua remoção crucial para a cicatrização, visto que ele estimula uma resposta inflamatória crônica e prolongada, que prejudica a progressão da cicatrização da pele (PINTO, 2016).

Acredita-se que 65% a 80% das feridas devam a sua cronicidade e complicações infecciosas adjacentes, à formação de biofilmes, visto que o biofilme geralmente é resistente aos mecanismos de defesa do hospedeiro e às intervenções dos antimicrobianos, aproveitando-se das condições da ferida para ganhar vantagem e proliferar. Essa capacidade de resistência e proliferação pode levar a complicações desastrosas como amputação e até mesmo morte do paciente (PEDRO; SARAIVA, 2012; MORI et al. 2019).

Técnicas de desbridamento são as maneiras mais eficazes de remover o biofilme, pois permitem o equilíbrio dos materiais biológicos e melhoram a microcirculação. Podem ser realizadas por métodos físicos, estimulação elétrica, ou ultrassons, incluindo técnicas cirúrgicas, cortantes, enzimáticas, mecânicas, autolíticas e biológicas. Entretanto, apesar do desbridamento remover a maioria das bactérias do biofilme, a completa erradicação deste pode não acontecer, ocorrendo repovoamento do biofilme no leito da ferida em 24 horas (PINTO, 2016; RAMA, FONSECA; BLANCK, 2018).

Realizado o desbridamento, obtêm-se o momento ideal para utilização de agentes com ação antimicrobiana, momento este crítico para evitar a reconstituição do biofilme e reduzir o número de bactérias planctônicas que foram desagregadas mecanicamente. Nesse período é recomendado o uso de coberturas antimicrobianas combinados com antissépticos, contribuindo para uma resposta satisfatória na evolução das feridas e prevenção de infecções. Atualmente, algumas substâncias com atividade bactericida de largo espectro apontadas pela literatura são prata, iodo, PHMB (polihexametileno-biguanida) e mel (PINTO, 2016; RAMA; FONSECA; BLANCK, 2018).

O PHMB é um polímero sintético semelhante aos peptídeos antibacterianos (AMPs). Este composto tem excelente atividade antimicrobiana e pode ser incorporado a uma variedade de produtos, incluindo curativos. A variedade de possibilidades de aplicações do PHMB se deve ao fato de ele ser solúvel em água, estável ao calor, inodoro, compatível com ampla faixa de valores de pH (entre 1,0 e 9,0), além de apresentar baixa toxicidade, custo razoável e ser de baixo impacto ambiental (BUENO; ROSA; MORAES, 2014).

O mesmo foi registrado pela primeira vez na Agência de Proteção Ambiental dos EUA em 1982 e, desde 2005, foi classificado para uso geral devido à falta de evidência de efeitos mutagênicos, genotóxicos e neurotóxicos em seu banco de dados (HURLLOW, 2017). As moléculas do PHMB exercem seu efeito bactericida através da interação com as cargas elétricas negativas e positivas presentes na superfície da parede celular bacteriana. Tornando a bactéria incapaz de manter suas funções, através do desequilíbrio do seu sistema biológico. Embora letal para um largo espectro de bactérias, possui baixa toxicidade para células humanas (SANTOS, 2017).

Questiona-se, entretanto, quais as evidências científicas sobre a eficácia do PHMB no combate ao biofilme? Desse modo, este estudo se destina a revisar cuidadosamente a literatura na busca de estudos que apontem os efeitos do PHMB no combate ao biofilme. Justifica-se pelo impacto negativo que o biofilme tem causado sobre o prognóstico das lesões anteriormente mencionado. Ademais, pretende contribuir com uma assistência à saúde embasada nas melhores evidências científicas disponíveis.

2 METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, a qual consiste em um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema investigado. Para isso, foram seguidas seis etapas: 1) Identificação da questão de pesquisa; 2) Busca na literatura; 3) Categorização dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) Interpretação dos resultados; 6) Apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para elaboração da questão de pesquisa, seguiu-se os passos da estratégia PVO (Paciente, variável de interesse, outcome - desfecho) descritos no quadro 1.

Quadro 1 - Estratégia PVO.

ETAPA	DESCRIÇÃO	DECS/MESH
População	Pessoas que possuam feridas com presença de biofilme; OU células de biofilme microbiano	Feridas; Heridas; Biofilme; Biofilms; Biofilm.
Variáveis de interesse	Coberturas ou soluções para limpeza de feridas à base de PHMB	Dressing.
Outcomes (Desfechos)	Cicatrização; ou combate ao biofilme;	-

Fonte: Elaborados pelos autores, 2020.

A partir da estratégia acima descrita, foi possível formular a seguinte questão de pesquisa: “Quais as evidências sobre a eficácia de coberturas ou soluções de limpeza à base de PHMB no tratamento do biofilme de feridas?”

A busca dos estudos foi realizada em 18 de junho de 2019, mediante pesquisa online das publicações científicas que respondessem à questão da pesquisa, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciencias de la Salud (IBECS) e SCOPUS.

Para busca dos estudos elegíveis, foram utilizados descritores não controlados e controlados dos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Heading (MeSH), dispostos no quadro 1. Estes foram conectados pelos operadores booleanos OR, se pertencentes a uma mesma categoria da estratégia PVO, e AND, para associação de descritores de categorias diferentes. A estratégia de busca resultante foi adequada às especificidades de cada base de dados. Como exemplo, a estratégia de busca utilizada para MEDLINE via PubMed foi: “biofilms AND dressing”.

Os artigos selecionados, além de responderem à questão de pesquisa, deveriam atender aos seguintes critérios: artigos originais, publicados em inglês, português ou espanhol, na última década. Destes, foram excluídas publicações do tipo revisões narrativas e integrativas, revisões sistemáticas sem metanálise, editoriais, comentários e cartas ao editor. Além disso, as referências dos estudos selecionados foram utilizadas na busca de estudos elegíveis, pesquisando-se títulos de interesse.

Os estudos sensibilizados foram agrupados no gerenciador de referências Endnote Web, excluindo-se os artigos duplicados. O rastreamento inicial dos artigos, com base no título e resumo, foi realizado por uma dupla de pesquisadores independentes. Artigos com título sugestivo e sem resumo disponível, foram mantidos para avaliação posterior. Os artigos triados nessa fase, foram posteriormente avaliados em texto completo por cada revisor quanto à aplicação aos critérios definidos.

Após as avaliações em separado, a seleção final dos estudos a serem incluídos foram definidos em consenso. O processo de seleção dos artigos foi documentado utilizando o fluxograma PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (MOHER et al., 2009).

Para extração os dados, foi utilizado um instrumento previamente elaborado. Os dados coletados incluíram: autores, ano de publicação, país em que a pesquisa foi realizada, tipo de estudo, objetivo geral, participantes, intervenção, principais resultados, conclusões/recomendações e patrocínio de empresas, constantes em um formulário de extração dos dados. Os dados obtidos foram compilados em forma de quadro.

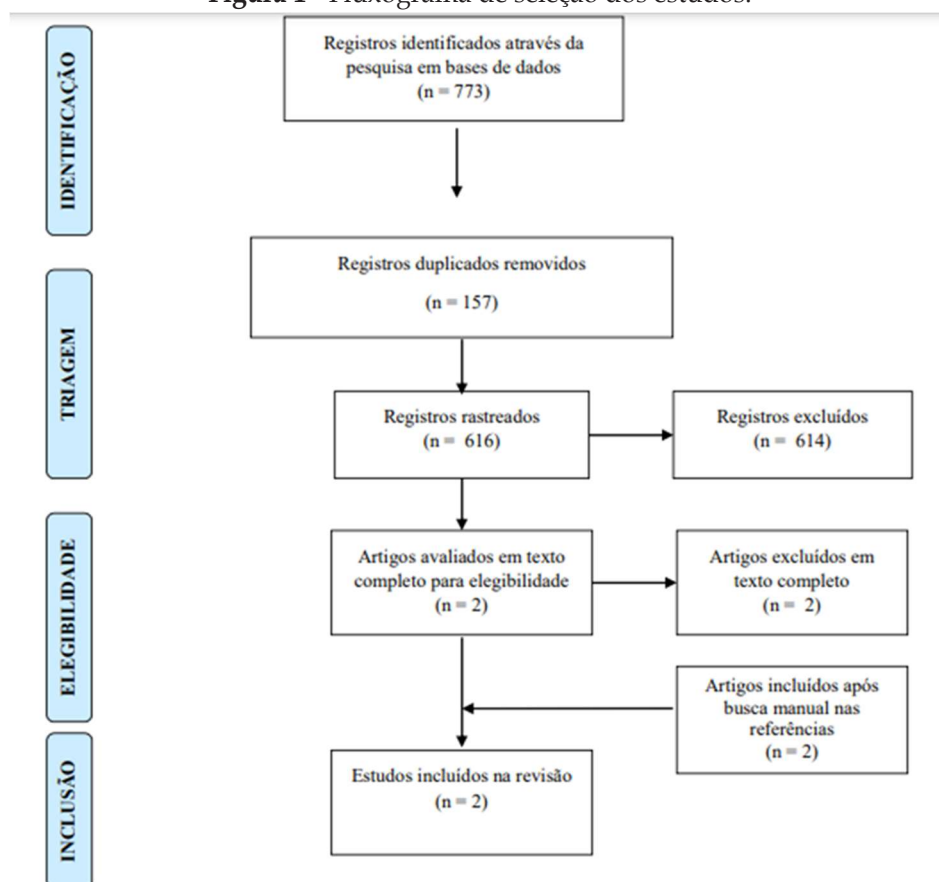
Nesta etapa, os estudos selecionados foram exaustivamente lidos e analisados. Posteriormente, foi realizada a síntese dos dados, a apresentação dos resultados e posterior interpretação e integração dos mesmos. A avaliação dos resultados quanto ao nível de evidência (NE), observará as diretrizes da Oxford Centre Evidence-Based Medicine (2009).

Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar nesta etapa prioridades para estudos futuros. Não obstante, o pesquisador deve salientar suas conclusões e inferências, bem como explicitar as limitações dos estudos incluídos (URSI, 2005). Desse modo, os resultados obtidos foram discutidos de forma crítica e as lacunas do conhecimento científico atual foram identificadas e apontadas para recomendação de estudos futuros.

3 RESULTADOS

O processo de captação e elegibilidade dos artigos encontra-se descrito em forma de fluxograma (FIGURA 1).

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos.



Fonte: MOHER et al., 2009.

Neste processo, foram excluídas duas publicações por se tratarem de uma revisão narrativa (HURLLOW, 2017) e de estudo com animais (DAVIS, 2017). Não houve discordância entre os revisores nas etapas anteriormente referidas. A amostra final foi composta por dois estudos.

Por conseguinte, foram reunidos os dados extraídos das publicações no quadro 2, de modo a fornecer embasamento científico ao estudo. Para tanto, estão dispostos a seguir ano de publicação, autores, país a sediar o estudo, objetivo, informações sobre o delineamento, principais resultados e conclusões dos estudos.

Quadro 2 - Características dos estudos incluídos.

Autor / Ano/ País	Tipo de Estudo	Objetivo	Participantes	Intervenção	Resultados	Conclusão
Bellingeri et al., 2016. Itália	estudo controlado randomizado cego	avaliar a eficácia clínica de uma solução de propilbetaina-polihexanida (PP) versus solução salina normal na preparação do leito da ferida.	289 pacientes com lesões por pressão (LP) ou úlceras vasculares nas pernas.	Propilbetaina-polihexanida (Prontosan®)	Obteve-se diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro e quarto dias na avaliação das lesões para redução de itens inflamatórios, do tamanho da ferida e melhora do tecido de granulação a favor da PP. A avaliação da dor não mostrou diferença significativa.	Evidenciou-se eficácia maior da solução de PP versus a solução salina, na redução dos sinais inflamatórios e na aceleração da cicatrização das úlceras vasculares das pernas e das LP.
Chindera et al., 2016. Inglaterra	Experimental	Examinar como o antimicrobiano polihexametileno biguanida (PHMB) mata bactérias seletivamente sobre as células hospedeiras.	Células bacterianas e de mamíferos	PHMB	Observou-se a entrada celular do PHMB, com consequente parada celular e condensação cromossômica, sugerindo a ligação ao DNA cromossômico, e supressão de seus efeitos sobre o crescimento por combinação com o ligante do DNA Hoechst 33258. Em células de mamíferos, ficou preso nos endossomos e excluído do núcleo.	O PHMB, seletivamente, liga e condensa os cromossomos bacterianos. A condensação seletiva dos cromossomos fornece um paradigma não previsto para a ação antimicrobiana que pode não sucumbir à resistência.

Fonte: Elaborados pelos autores, 2020.

A amostra limitada deve-se ao fato de ter-se considerado apenas estudos realizados com humanos ou células de humanos, publicados na última década. Esta opção foi feita tendo em mente abordar os estudos de maior relevância clínica, tendo em vista a considerável quantidade de publicações já realizadas sobre o tema.

O estudo de Bellingeri et al. (2016) avaliou a eficácia da propilbetaina-polihexanida (PP) comparada à solução salina no preparo do leito de lesões. Foi possível observar redução da resposta inflamatória e do tamanho da ferida, além de aumento da qualidade do tecido de granulação (NE: 1B)

Chindera et al. (2016) expôs células bacterianas e humana ao PHMB, observando, ao contrário do modelo aceito de rompimento de membranas microbianas por PHMB, a entrada deste em ambas as células. No entanto, o comprometimento e a destruição celular ocorreram apenas em células bacterianas por condensação cromossômica, sugerindo a ligação do DNA cromossômico e supressão de seus efeitos sobre o crescimento por combinação de pares com o ligante de ligação ao DNA Hoechst 33258 (NE: 5)

4 DISCUSSÃO

A formação de biofilme implica em agravamento da infecção e consequente aumento do tempo de cicatrização. Pode causar menor irrigação sanguínea da área infectada, resultando em decréscimo da resposta do hospedeiro, com consequente aumento da virulência e necrose tecidual. Além disso, os biofilmes podem influenciar a senescência de fibroblastos, prejudicar os queratinócitos e levar à falha do início da angiogênese (LOCK, 2015).

Apesar de nenhum método de limpeza ou desbridamento conseguir remover o biofilme de maneira definitiva, pode-se obter uma maior vulnerabilidade a antimicrobianos durante o processo de recuperação (PINTO, 2016).

Para tal, a utilização de terapêuticas adequadas no tratamento de feridas é essencial, tendo em vista a variedade de produtos no mercado. O PHMB dispõe de diferentes apresentações e indicações, creditando-se a ele uma diminuição da carga microbiana e da dor. Porém, não se descarta a necessidade de realização de novas pesquisas a fim de avaliar melhor a efetividade deste composto (SANTOS, 2018).

O ensaio clínico randomizado cego realizado por Bellingeri et al. (2016), com 289 pacientes, mostrou eficácia significativamente maior da solução de propilbetaina-polihexanida (PP) em relação à solução salina normal, na redução dos sinais inflamatórios e na aceleração da cicatrização das úlceras vasculares das pernas e de úlceras por pressão.

Já o estudo experimental realizado por Chindera et al. (2016) demonstra que o PHMB é capaz de entrar em células bacterianas, interromper a divisão celular e condensar os cromossomos, resultando em nanopartículas de DNA. O autor relata que esse foi o primeiro exemplo de qualquer droga que liga e condensa cromossomos bacterianos. Além disso, confirmou-se a seletividade deste composto, tendo em vista sua entrada na célula humana sem interferência no funcionamento da normal desta. A distribuição do PHMB nas células de mamífero é particionada. Especificamente, localiza-se dentro dos endossomas e é excluído dos núcleos. Assim sendo, a seletividade antibacteriana do PHMB parece envolver o acesso diferenciado ao alvo por meio da partição da droga dentro das células, ao invés dos princípios bem estabelecidos de reconhecimento de alvos e conservação de estruturas (CHINDERA et al., 2016).

Assim, relata a vasta utilização de soluções de limpeza, bem como de gazes impregnadas com PHMB no tratamento de lesões, observando-se em ambos os casos uma ampla efetividade contra microorganismos e rápida absorção, reduzindo focos infecciosos em feridas (SANTOS, 2018; PINTO, 2016).

Santos et al. (2011) ratifica que a polihexanida possui efetividade na terapêutica de ferimentos colonizados/infetados, por favorecer ambiente adequado ao processo cicatricial, proporcionando redução dos sinais flogísticos e atuando no controle de odores. Desse modo, os resultados associados ao uso do PHMB continuam sendo animadores quanto ao potencial clínico deste composto no tratamento do biofilme sem relatos, até o presente momento, de desenvolvimento de resistência bacteriana.

Adverte-se que o método escolhido para preparação do leito da ferida pode variar de acordo com o tipo de lesão e, para aumentar a eficácia, é necessária a combinação de várias técnicas bem como uma manutenção das mesmas para reduzir a carga necrótica, microbiana, a exsudação excessiva e o biofilme (PINTO, 2016).

Por fim, recomenda-se o desenvolvimento de mais pesquisas clínicas de maior rigor metodológico sobre as tecnologias à base de PHMB, considerando o potencial deste componente no combate ao biofilme microbiano em lesões crônicas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se redução de sinais flogísticos, bem como redução do tamanho das lesões associados ao uso do PHMB, achados estes não acompanhados por desfechos negativos com aumento da dor. Estes efeitos podem ser creditados à ação seletiva do PHMB, ligando-se e suprimindo o DNA cromossômico bacteriano, sem qualquer interferência no metabolismo celular de mamíferos. Recomenda-se o desenvolvimento de mais tecnologias à base de PHMB, acompanhada de mais pesquisas clínicas adequadamente delineadas.

REFERÊNCIAS

- BELLINGERI, A. et al. Effect of a wound cleansing solution on wound bed preparation and inflammation in chronic wounds: a single-blind RCT. **Journal of Wound care**, v. 25, n. 3, p. 160-168, Mar 2016.
- BUENO, C.Z; ROSA, P. T. V; MORAES, A.M. Adsorção de polihexametileno biguanida (PHMB) em membranas porosas de quitosana e alginato. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Engenharia química**, 2014.
- CHINDERA, K. et al. The antimicrobial polymer PHMB enters cells and selectively condenses bacterial chromosomes. **Scientific Reports**, v. 6, n. 23121, p. 1-13, Mar 2016.
- DAVIS, S. C. et al. Effectiveness of a polyhexanide irrigation solution on methicillin-resistant Staphylococcus aureus biofilms in a porcine wound model. **Int Wound J**, v. 14, n. 6, p. 937- 944, Dec 2017.
- HURLOW, J. The benefits of using polyhexamethylene biguanide in wound care. **Br J Community Nurs**, v. 22, n. 3, p. 16-18, 2017.
- JUSTINIANO, A. Feridas crônicas – Fisiopatologia e Tratamento. **Cadernos de Saúde – número especial infecção associada à prática de cuidados de saúde**, v. 3, p. 69-75. 2010.
- LOCK, G. de A. Infecções bacterianas associadas a biofilmes em superfícies bióticas: critérios diagnósticos, tratamentos e perspectivas. 74f. **Trabalho de Conclusão de Curso**: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MORI, Y. et al. Effectiveness of biofilm-based wound care system on wound healing in chronic wounds. **Wound Repair Regen**. 2019 May 30. P. 1-8.
- PEDRO, I; SARAIVA, S. Nursing Intervention for Biofilm management en Complex Wounds. **Journal of Aging & Inovation**, v. 1, n. 6, p. 78-88, 2012.
- PERCIVAL, S.L; SULEMAN, L. Slough and biofilm: removal of barriers to wound healing by desloughing. **Journal of Wound Care**, v. 24, n. 11, p. 498-510. 2015.
- PINTO, G. P. N. M. Biofilme e Feridas Crônicas. **Dissertação de Mestrado**: Ciências Farmacêuticas. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade Fernando Pessoa, 2016. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5816/1/PPG_25983.pdf. Acesso em: 04 de junho de 2019.
- RAMA, D; FONSECA, B; BLANCK, M. **Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética-SOBENFeE**. 1ª Recomendação Brasileira para o Gerenciamento de Biofilme em Fe-

ridas Crônicas e Complexas. São Gonçalo, RJ, Brasil; 2018. Disponível em: <https://medicinahiperbarica.com/wp-content/uploads/2018/11/Manual-de-Recomendacoespara-Gerenciamento-do-Biofilme-Sobenfee.pdf>. Acesso em: 03 de junho de 2019.

ROCHA, A C. A. et al Tratamento domiciliar de feridas crônicas: relato de experiência da extensão na prática do cuidar. **Rev. Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, v. 1 n. 2, p. 20 - 30, 2014.

SANTOS, E. J. F. dos.; SILVA, M. A.; NUNES, C. G. M. M. da. Tratamento de feridas colonizadas/infetadas com utilização de polihexanida. **Rev. Enf. Ref. [online]**, v. 3, n. 4, p. 135-142, 2011.

SANTOS, M. C. Efetividade do polihexametileno-biguanida (PHMB) na redução do biofilme em feridas crônicas: revisão sistemática. **Dissertação Mestrado:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2018. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/54778/R%20-%20D%20-%20MICHELLE%20CAROLINE%20SANTOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 de agosto de 2019.

VIEIRA, C. P. de B.; ARAUJO, T. M. E de. Prevalência e fatores associados a feridas crônicas em idosos na atenção básica. **Rev. esc. enferm. USP, São Paulo**, v. 52, e03415, 2018. Disponível em Acesso em: 02 junho de 2019.

CAPÍTULO 6

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À DEMARCAÇÃO PRÉ- OPERATÓRIA DE ESTOMAS INTESTINAIS

NURSING ASSISTANCE FRONT OF PRE-OPERATIVE DEMARCATION OF INTESTINAL STOMATA

Sabryna Ernesto Moreira¹
Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses²
Maria Selma Alves Bezerra³
Luis Rafael Leite Sampaio⁴
Helmo Robério Ferreira de Meneses⁵
Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães⁶
Fernando Magno Bitú Magalhães⁷
Francisco Rafael Augusto⁸
Vicente Saraiva dos Santos Neto⁹
Samuel Alves Bezerra Neto¹⁰
Paulo Florentino Teixeira Neto¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.6

1 sabrynaernesto@hotmail.com
2 jayanacastelobranco@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5807-2259>
3 selmahri@hotmail.com
4 rafael.sampaio@urca.br
5 helmo_rob@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9326-8548>
6 thalitasevia22@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8977-1650>
7 fernandobitu@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3034-1645>
8 tecgraf@outlook.com.br, <https://orcid.org/0000-0001-9405-1033>
9 vicentesaraiva23@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6106-4249>
10 samuelbezerraneto@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1063-419X>
11 pauloftneto@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4172-3892>

1 ESTOMAS INTESTINAIS DE ELIMINAÇÃO: CARACTERÍSTICAS ANATOMO-FISIOLÓGICAS

Intervenções cirúrgicas que resultam em estomas intestinais, efetuam-se diante da necessidade de desviar o trânsito normal de alimentação ou eliminação do paciente. Representa um procedimento comum, realizado por diversas especialidades cirúrgicas, frente à necessidade da redução da morbimortalidade pós-operatória, sobretudo em situações de urgências (AGUIAR et al., 2011).

As principais indicações médicas para criação do estoma intestinal são: obstruções intestinais (agenesias e atresias anorretais, megacólon congênito, neoplasias, volvo, doença diverticular, colite isquêmica); perfurações do cólon (neoplasias, doença inflamatória intestinal, doença diverticular, colite isquêmica); traumas: penetrante (arma branca ou de fogo), fechado e empalação; fístulas (anorretais, reto-vaginais, reto-vesicais) e proteção de anastomoses de alto risco (colorretais, colo-anais e ileo-anais) (ROCHA, 2011).

Suas características físicas quanto ao tipo, localização, tamanho, forma, superfície, contorno e protrusão podem variar de acordo com a técnica cirúrgica utilizada, o segmento exteriorizado, a causa básica e o tempo de permanência. (LUZ, 2009).

As causas dos estomas intestinais de eliminação são numerosas e diversificadas, e os mesmos possuem várias formas de classificação: quanto ao segmento exteriorizado, ao tempo de permanência, à forma de exteriorização, à continência, à maturação e à via de acesso (LUZ, 2009).

Quanto a exteriorização, eles podem ser classificados em colostomia (segmento cólico) e ileostomias (seguimento ileal). A colostomia pode ser ascendente, realizada com a parte ascendente do cólon (lado direito do intestino grosso); transversa (porção entre o cólon ascendente e descendente); descendente (lado esquerdo do intestino grosso) e na região do sigmoide. Já a ileostomia é a exteriorização da parte final do intestino delgado, decorrente de qualquer motivo que impeça a passagem das fezes pelo intestino grosso (ESPIRITO SANTO, 2016).

Em relação ao tempo de permanência, eles podem ser temporários ou definitivos (permanentes). Os temporários são confeccionados para proteger e prevenir complicações como deiscência e infecção na região das anastomoses. Os definitivos são confeccionados quando é necessária a ressecção do cólon e do reto (CAMPOS et al., 2016).

A forma de exteriorização vai depender da técnica cirúrgica adotada. Os de eliminação intestinal podem ser terminais: exteriorização do segmento intestinal em boca única, em alto relevo em relação à pele, de modo que o conteúdo eliminado dre-

ne diretamente na bolsa coletora. Em alça, essa modalidade é muito usada por servir como proteção para área de risco, há exteriorização de toda a alça e abertura apenas de sua parede anterior, ficando duas bocas unidas pela parede posterior. E em duas bocas separadas, os quais são realizados quando os riscos de reconstituição imediata do trânsito cólico forem muito elevados, por contaminação fecal ou infecciosa da cavidade abdominal, também com propósito de descompressão, para evitar a síndrome da alça cega (ROCHA, 2011; COSTA; SILVA, 2012; SANTOS; CESARRATI, 2015).

Em relação a continência, eles podem ser continentes ou incontinentes, dessa forma devem-se averiguar as características dos efluentes, quanto à frequência de eliminação e à consistência. Em geral, essas observações subsidiarão a indicação do dispositivo coletor e adjuvante mais apropriado, para prevenir as lesões cutâneas. Na colostomia ascendente localizada no Quadrante Inferior Direito (QID) abdominal, os efluentes fecais são de consistência semilíquida, nos primeiros dias, e pastosa depois da readaptação intestinal; na transversa, localizada no Quadrante Superior Direito (QSD) ou no Quadrante Superior Esquerdo (QSE), os efluentes são de consistência pastosa; na descendente, localizada no Quadrante Inferior Esquerdo (QIE) as eliminações têm consistência formada; na sigmoide, as eliminações são de consistência formada e sólida com ph neutro (CAMPOS et al., 2016).

Por sua vez, a ileostomia, localizada no QID da parede abdominal, os efluentes fecais são de consistência semilíquida, nos primeiros dias da cirurgia, e pastosa depois da readaptação intestinal. Os efluentes com Potencial hidrogeniônico (Ph) alcalino e rico em enzimas proteolíticas, que, em contato com a pele periestoma, causam dermatites e lesões. Apresentam frequência de eliminação maior do que na colostomia; pode ser observada cerca de 20 minutos depois da alimentação, o que impossibilita a continência desses pacientes (CAMPOS et. al., 2016).

Quanto à maturação, eles podem ser precoces ou tardios. Ao se exteriorizar um estoma, este tenderá a fixar-se à pele do orifício de exteriorização num espaço de 30 dias, se ultrapassar desse período a maturação é tardia. Já em relação à via de acesso, o estoma pode ser realizado por laparotomia ou laparoscopia. O resultado final é o mesmo, a diferença da laparoscopia é representada pelo menor tamanho das incisões necessárias para a abordagem do interior da cavidade abdominal (COSTA; SILVA, 2012).

2 O ESTOMATERAPEUTA E A DEMARCAÇÃO CIRÚRGICA DO ESTOMA INTESTINAL

Dessa forma, ter uma estomia bem construída e localizada na parede abdominal vai depender de uma boa técnica de demarcação. A boa localização do estoma é um direito do paciente, pois irá lhe proporcionar uma série de vantagens como a

facilidade no manuseio da bolsa coletora, nas atividades de higiene do estoma e pele ao redor, prevenção de complicações e a possibilidade de uma reintegração social. O procedimento de demarcação deve ser realizado de preferência por um cirurgião coloproctologista ou por um enfermeiro estomaterapeuta (SANTOS; CESARETTI, 2015).

Vale destacar que a estomaterapia é uma especialização para capacitação de enfermeiros, fundada em 1980 nos Estados Unidos da América. No Brasil foi implantado o primeiro curso em 1990, na Universidade de São Paulo. Entre as funções da Enfermeiro/a Estomaterapeuta, estão às ações assistenciais relacionadas ao planejamento da assistência no Peri operatório. Uma das prioridades de intervenção dos estomaterapeutas nesse período, é a demarcação dos estomas, antes do ato cirúrgico (OLIVEIRA, 2014).

A localização pré-operatória é vital para o processo de reabilitação dos pacientes com estoma. O aconselhamento do estomaterapeuta nesse período fornece a oportunidade de estabelecer uma relação de confiança, do profissional com os pacientes e a família. Nesse período o estomaterapeuta avaliar os conhecimentos do paciente, sobre a razões para cirurgia e construção de estoma; avalia as características físicas do paciente e necessidades psicológicas (o que pode afetar a escolha da localização do estoma); e inicia um processo educacional voltado para o provimento de autonomia na gestão do estoma (ROVERON; TOMA; BARBIERATO, 2016).

3 COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO ESTOMA INTESTINAL E A PELE PERIESTOMA

Embora até mesmo um estoma considerado perfeito, poder levar a complicações, essas estão mais associadas à falta de demarcação pré-operatória, à técnica cirúrgica e aos cuidados pós-operatórios, principalmente em condições de emergência (WASSERMAN; MCGEE, 2017).

Estas complicações podem ser classificadas em imediatas, precoces e tardias. As imediatas são aquelas que ocorrem nas primeiras 24 horas do pós operatório; as precoces aparecem ainda no período hospitalar, geralmente entre o primeiro e o sétimo dia, e as tardias, no período após alta hospitalar. As principais imediatas, são sangramento, isquemia, necrose e edema. As precoces são retração, deslocamento, evisceração e fístulas. As tardias são: retração, estenose, prolapso, hérnia, recidiva da doença, lesões pseudoverrucosas, varizes e dermatites (SANTOS; CESARRATI, 2015).

O sangramento é ocorre, normalmente, nas primeiras horas depois da confecção do estoma e pode ser proveniente das bordas, do estoma ou da parede abdominal, geralmente em decorrência da hemostasia inadequada no ato cirúrgico. A isquemia é suspeitada pela presença de alteração da coloração da mucosa, geralmente relaciona-

da com o preparo inadequado da alça intestinal no procedimento cirúrgico. O edema é uma das complicações mais comuns no pós-operatório imediato, causada pela mobilização da alça intestinal, por trauma local ou ligadura dos pedículos venosos (CAMPOS et al., 2016).

A retração ou afundamento do estoma, pode ser circunferencial ou pode ocorrer em apenas uma seção, causas usuais são a tensão do intestino ou a obesidade. Para evitar a retração, é importante evitar a colocação de estoma em pregas cutâneas profundas ou paredes abdominais grossas. O deslocamento mucocutâneo ocorre quando o estoma se separa da pele; as causas estão relacionadas à baixa capacidade de cicatrização de feridas, como desnutrição, terapia com esteroides, diabetes, infecção ou radiação da região abdominal e também tensão da linha de sutura (JORDAN; BURNS 2013).

A evisceração é uma complicação grave e rara que pode ocorrer geralmente entre o 2º e 30º dia de pós operatório; há exteriorização das vísceras ou do grande omento pela abertura da estomia. Para a sua prevenção, são importantes os cuidados na antisepsia e assepsia, fatores técnicos mecânicos, como tipo de incisão, diâmetro do orifício, exteriorização da estomia, manuseio dos tecidos, fio e tipo de sutura. A fístula é uma complicação pouco frequente ocorrida por lesão do seguimento exteriorizado, se trata de uma comunicação anormal através do subcutâneo, entre a parede da alça e a pele periestoma (SANTOS; CESARRATI, 2015).

A retração é uma complicação tanto precoce quanto tardia e causa grandes transtornos ao indivíduo pela dificuldade de aderência dos dispositivos, vazamentos e dermatites. A estenose é o estreitamento ou constrição do estoma ou do seu lúmen. Esta condição pode ocorrer na pele ou nível fascial do estoma; e as causas incluem hiperplasia, aderências, sepse, radiação do intestino antes da cirurgia, inflamação local, hiperqueratose e técnica cirúrgica (JORDAN; BURNS 2013; SANTOS; CESARRATI, 2015).

O prolapso ocorre quando o estoma se move ou se desloca de sua posição correta; se trata de uma complicação frequente e geralmente ocorre nas colostomias de alça. As causas do prolapso do estoma incluem grandes aberturas da parede abdominal, fixação inadequada do intestino à parede abdominal, aumento da pressão abdominal, falta de suporte fascial, obesidade, gravidez e tônus muscular fraco. Uma hérnia paraestomal pode ser vista como uma protuberância em torno do estoma, que pode ser pequeno ou grande. Uma hérnia parassérmica pode aumentar o tamanho do estoma; entre os fatores de risco para seu desenvolvimento estão tamanho da abertura e o caráter emergencial ou eletivo da cirurgia (BURCH, 2014; JORDAN; BURNS 2013).

Entre as complicações de pele periestomal estão a malignidade; ocorrência de neoplasia maligna na área periestomal, pouco frequente, ocorre geralmente por ressecção da margem cirúrgica, implante tumoral no intraoperatório ou tumor secundário. As lesões pseudoverrucosas ocorrem por hiperplasia tecidual na borda mucocutânea da estomia, com aspecto de nódulos ou pápulas; aparecem pelo contato crônico do efluente com a pele. A varizes são complicações pouco frequentes, geralmente ocorre em indivíduos com doenças hepáticas; e são caracterizadas por veias cutâneas dilatadas ao redor do estoma (SANTOS; CESARRATI, 2015).

A dermatite é a complicação periestomal mais encontrada. Ela pode ser irritativa, por contato de efluentes ou agentes químicos; traumática, que ocorre pela técnica de cuidados de higiene com a estomia e o mal uso de equipamentos. Ainda vale ressaltar como complicação perilesão; a foliculite que se caracteriza pela inflamação do folículo piloso e por último, a infecção fúngica que está relacionada com a dermatite e imunossupressão (STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017).

A maioria das complicações do estoma é evitável e resulta da má colocação do estoma; até 20% dos pacientes com complicações do estoma requerem revisão cirúrgica. Todos os pacientes com estomias, necessitam de avaliação contínua e precisa e, se necessário, intervenção precoce por clínicos treinados (JORDAN; BURNS 2013).

Por outro lado, a criação de estoma está infelizmente associada a altas taxas de complicações de curto e longo prazo. As complicações mais prevalentes incluem problemas de pele periestomais. Lembrando que existem muitas complicações mais etéreas, como ansiedade e depressão, observadas na maioria dos novos estomatizados. A educação pré-operatória do paciente e a marcação do local do estoma, em conjunto com a supervisão cirúrgica conscienciosa, são fundamentais para a satisfação do paciente e resultados cirúrgicos bem-sucedidos (WASSERMAN; MCGEE, 2017).

4 DEMARCAÇÃO DO ESTOMA INTESTINAL

Dessa forma, o correto posicionamento e construção do estoma, bem como aconselhamento pré-operatório, promove ao paciente a capacidade de alcançar mais rapidamente autonomia na gestão do seu estoma e retomar atividades diárias normais (ROVERON; TOMA; BARBIERATO, 2016).

No pré-operatório, a prática simples de marcação de estomas, em cirurgias eletivas ou de emergência, pode reduzir drasticamente complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Como os estomaterapeutas têm um papel fundamental na marcação e aconselhamento pré-operatório, eles podem estar em posição de conscientizar os cirurgiões sobre a importância do correto posicionamento cirúrgico (AROLFO et al., 2018).

A marcação pré-operatória do local do estoma oferece inúmeras vantagens para o cirurgião e para o paciente e, como resultado, a localização do estoma deve idealmente ser feita no pré-operatório em nível ambulatorial, o que possibilita ao paciente participar ativamente em um ambiente de baixo estresse (WASSERMAN; MCGEE, 2017).

Antes da marcação é fundamental atenção às características físicas que podem afetar a boa fixação do estoma, mantendo uma distância de pelo menos 2 cm delas: tamanho e dobras do abdômen, vincos, cicatrizes, hérnias ventrais, cintura, umbigo, seios pendentes e proeminências ósseas. Também deve ser considerada a visão do paciente, destreza, ocupação, estilo de vida, preferências de vestuário, nível de independência, mobilidade, preferência pela localização do estoma, tipo e número de estomas a serem construídos, técnica cirúrgica. Se o número, tipo, ou localização final do estoma for incerto, vários sítios podem ser marcados (WASSERMAN; MCGEE, 2017).

Por isso, a localização do estoma depende do tipo de cirurgia. Geralmente colostomias escamosas e sigmoidostomias são criadas no QIE do abdômen; e ileostomias, colostomias ascendentes e cecostomias no QID. Por sua vez, é importante avaliar a forma do abdome em diferentes posições, quando o paciente está deitado, sentado e em pé, para identificar melhor as áreas adequadas para confecção (ROVERON; TOMA; BARBIERATO, 2016).

Assim, os passos para a confecção do estoma são: Organizar os materiais necessários para a realização do procedimento; orientar o paciente sobre o procedimento, estimulando sua participação; realizar exame cuidadoso no abdômen, em várias posições, avaliando qualquer ponto que deva ser evitado; traçar uma linha imaginária no possível local da incisão, selecionando um ponto 5cm da linha onde a base adesiva possa ser colocada; localizar o músculo reto abdominal; selecionar uma área de boa visibilidade para o paciente, de preferência abaixo da cintura; se o abdômen for grande, selecionar o local no ápice, parte alta da saliência infra umbilical, ou se for obeso no quadrante superior (SANTOS; CESARRATI, 2015).

Dando prosseguimento, demarcar de preferência os dois lados do abdômen, prevendo uma possível mudança cirúrgica, lembrando de identificar a primeira escolha; fazer antisepsia do local com álcool e então marcá-lo com caneta demográfica ou marcador cirúrgico; terminando o processo de demarcação, solicitar ao paciente para sentar, fazer movimentos com o tronco e deitar, para confirmar que o local de marcação é adequado (SANTOS; CESARRATI, 2015).

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, E. S. S. de. *et al.* Complicações do Estoma e Pele Periestoma em Pacientes com Estomas Intestinais. **Rev Estima**. 2011; 9 (02). Disponível em: <https://www.revista-estima.com.br/index.php/estima/article/view/66>. Acesso em 04 de abril de 2019.
- AROLFO, S. *et al.* Preoperative stoma site marking: a simple practice to reduce stomarelated complications. **Techniques in Coloproctology**. 2018, Sep; 22(9):683-687.
- BURCH, J. Care of patients with peristomal skin complications. **Nurs Stand**. 2014, May;28(37):51-7.
- CAMPOS, M. G. das C. A. *et al.* **Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico**. João Pessoa: Ideia, 2016. 398 p.
- COSTA E SILVA, I. T; PEREIRA, R. E.; CARDOSO, M. V. C.; MEDEIROS, D. B. Módulo X: **Estomas intestinais - Noções**. Tipos. Módulos de Coloproctologia. Disciplina de Clínica Cirúrgica I. Universidade Federal do Amazonas. Disponível em: <<http://home.ufam.edu.br/dcc1/modulos/X/10tipos.htm>>. Acesso em: 08 de junho de 2019.
- ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de Orientação aos Serviços de Atenção às Pessoas Ostomizadas**. Vitória, 2016. 77p. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Manual%20ostomizados%202016%201.pdf> . Acesso em 05 de maio de 2019.
- JORDAN, R. S; BURNS, J. L. **Wound care advisor** -Practical Issues in Wound, Skin and Ostomy Management. 2013; 2 (04). Disponível em: https://woundcareadvisor.com/understanding-stoma-complications_vol2-no4/. Acesso em: 29 de maio de 2019.
- LUZ, M. H. B. A . *et al.* Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público de Teresina-PI. **Texto Contexto Enferm**. 2009;18(1):140-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a17.pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2019.
- OLIVEIRA, M. S. de. **As complicações precoces e tardias e a demarcação de estoma intestinal**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06022015-193522/pt-br.php> . Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.
- ROCHA J. J. R. **Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais**. Medicina, Ribeirão Preto. 2011;44(1):51-6. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47335/51071>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2019.
- ROVERON, G; TOMA, G DE; BARBIERATO, M. Italian Society of Surgery and Association of Stoma Care Nurses joint position statement on preoperative stoma siting. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**. 2016; 43 (2): 165-169.

SANTOS, V.L.C.G; CESARETTI, I.U.R. **Assistência de enfermagem em estomaterapia: cuidando de pessoas com estoma**. 2ª ed. São Paulo (SP): Editora Atheneu, 2015. p.407-16.

STEINHAGEN, E; COLWELL, J ; CANNON, L.M . Intestinal Stomas - Postoperative Stoma Care and Peristomal Skin Complications. **Clin Colon Rectal Surg**. 2017 Jul; 30 (3): 184-192.

WASSERMAN, M. A; MCGEE, M.F. Preoperative Considerations for the Ostomate. **Clinics in Colon and Rectal Surgery**. New York, USA; 2017; 30 (03): 157-161.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs**. v.52, n.5, p.546-53, 2005.

CAPÍTULO 7

MANEJO DE ESTOMATERAPIA NA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL E INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

MANAGEMENT OF STOMATHERAPY IN INTESTINAL CONSTIPATION AND MIXED URINARY INCONTINENCE: AN EXPERIENCE REPORT

Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses¹

Sabryna Ernesto Moreira²

Maria Selma Alves Bezerra³

Luis Rafael Leite Sampaio⁴

Helmo Robério Ferreira de Meneses⁵

Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães⁶

Fernando Magno Bitú Magalhães⁷

Francisco Rafael Augusto⁸

Vicente Saraiva dos Santos Neto⁹

Samuel Alves Bezerra Neto¹⁰

Paulo Florentino Teixeira Neto¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.7

1 jayanacastelobranco@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5807-2259>

2 sabrynaernesto@hotmail.com

3 selmahri@hotmail.com

4 rafael.sampaio@urca.br

5 helmo_rob@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9326-8548>

6 thalitasevia22@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8977-1650>

7 fernandobitu@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3034-1645>

8 tecgraf@outlook.com.br, <https://orcid.org/0000-0001-9405-1033>

9 vicentesaraiva23@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6106-4249>

10 samuelbezerraneto@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1063-419X>

11 pauloftneto@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4172-3892>

1 INTRODUÇÃO

As disfunções do trato urinário inferior (DTUI) são alterações funcionais da uretra e da bexiga que podem se apresentar com sintomas de armazenamento, esvaziamento vesical ou pós-miccionais, assim como alterações urodinâmicas, um dos sintomas mais frequentes é a incontinência urinária. A Sociedade Internacional de Continência (ICS) define a IU como perda involuntária de urina, sendo um dos mais constrangedores e estressantes sintomas urinários e a principal disfunção do assoalho pélvico (OLIVEIRA et al., 2011; PEIXINHO; SANTOS; TRIPPO 2018).

A incontinência urinária (IU) é um desvio de saúde que atinge grande parte da população, especialmente o do sexo feminino e idosas. Essa enfermidade apresenta crescente prevalência em todo o mundo, despertando a preocupação e o interesse de pesquisadores, mediante as significativas alterações que provoca na vida das pessoas, as quais comprometem o seu cotidiano nos aspectos físico, psicossocial, econômico, funcional e cultural (BENÍCIO et al., 2016).

Estudos internacionais apontam prevalência de 42% de IU entre mulheres, aumentando para 44% naquelas com 65 anos ou mais. Cerca de 50% dos idosos institucionalizados apresentam IU, o dobro daqueles que vivem em comunidade (CARVALHO et al., 2014).

Ela pode ser classificada em três tipos mais comuns de IU são: de esforço (IUE), quando há perda involuntária de urina com esforços como ao tossir ou espirrar; de urgência (IUU), quando a paciente refere o desejo repentino de urinar e não obtém controle sobre o músculo detrusor; e mista (IUM), que é uma associação concomitante das duas formas supracitadas (MATOS et al., 2019).

Existem alguns fatores que estão diretamente relacionados com as perdas urinárias: a idade, raça, hereditariedade, índice de massa corporal (IMC), obesidade, tipo de parto, climatério, constipação intestinal, uso de anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e drogas, uso do tabaco, consumo de cafeína, prática de exercícios físicos intensos, doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, e histórico de infecção urinária (MOURÃO et al., 2017).

A IU é multifatorial, mas algumas questões como idade avançada, multiparidade, cirurgias prévias e hipoestrogenismo, deformidades pélvicas, contribuem para a perda da função esfinteriana. Além desses fatores, alterações decorrentes do envelhecimento, como a atrofia dos músculos e tecidos, o comprometimento funcional do sistema nervoso e circulatório e a diminuição do volume vesical podem contribuir para o surgimento da IU, pois reduzem a elasticidade e a contratilidade da bexiga. A diminuição do estrogênio sérico em mulheres idosas acarreta atrofia da musculatura

uretral e facilitam, com isso, o desenvolvimento da incontinência (CARVALHO et al., 2014; PEREIRA et al., 2019).

O excesso de peso também tem forte impacto sobre as perdas urinárias, pois o acúmulo de gordura, especialmente abdominal, sobrecarrega as estruturas do assoalho pélvico através do aumento da pressão intra-abdominal, levando a menor ativação da musculatura pélvica, dificultando as contrações voluntárias (MANSOUR et al., 2018).

O diabetes mellitus (DM) é causa importante de DTUI. A etiologia das disfunções vesicais associadas ao DM é multifatorial e pode ser resultado de uma alteração na fisiologia da célula do músculo detrusor, na função do componente neuronal ou urotelial, assim como de um processo inflamatório microvascular. A cistopatia diabética clássica é descrita como uma diminuição da sensibilidade vesical e um aumento da capacidade vesical com hipoatividade do detrusor. Entretanto, a alta incidência de hiperatividade do detrusor na avaliação cistométrica de pacientes diabéticas sugere que o aumento da atividade do detrusor é uma característica comum da cistopatia diabética, logo as DTUI encontradas nas mulheres diabéticas podem variar da cistopatia diabética clássica à bexiga hiperativa, levando à incontinência urinária (OLIVEIRA et al., 2011).

Dentre os fatores de risco que causam a Incontinência Urinária destaca-se uma causa subestimada, a constipação intestinal (CI). Para identificar e classificar a constipação crônica, usa-se os critérios de Roma III, que utiliza a combinação de sintomas: esforço evacuatório frequência semanal, manobras manuais para a defecação, fezes secas, sensação de evacuação incompleta e sensação de obstrução (NETO et al., 2020).

A CI é um mal que acomete todas as faixas etárias e sua prevalência tende a aumentar a partir dos 50 anos de idade, especialmente a partir dos 70 anos. É nessa fase da vida que são necessários cuidados adicionais; com o envelhecimento, o organismo sofre alterações de ordens anatômicas e funcionais, acarretando reduções da capacidade funcional que podem alterar os gostos primários dos alimentos até processos metabólicos do organismo (GARCIA; KÜMPEL; PUERARI, 2017).

A prevalência pode atingir 15% a 20% em geral aos 65 anos, podendo chegar a 50% em idosos institucionalizados. Na população idosa, a constipação constitui um problema sanitário importante se tornando responsável por cerca de 2,5 milhões de visitas médicas, e, indiretamente, por 92 mil hospitalizações nos Estados Unidos a cada ano (KLAUS et al., 2015).

Ao relacionarmos a CI com mulheres que apresentam incontinência urinária, podemos observar no quadro fisiológico um estiramento do reto comprimindo a bexiga, contribuindo para a retenção urinária, causando infecção do trato urinário e, fre-

quentemente, a força realizada durante a evacuação intestinal pode lesar a musculatura pélvica, e através da distensão, traumatizar e causar isquemia muscular. Contudo, pode causar também transbordamento, pois quando as fezes enchem o reto, o colo da bexiga e a uretra são pressionados causando o bexigoma e escape incontrolável de pequenas quantidades de urina de uma bexiga cheia (FELDKIRCHER; OSÓRIO, 2014).

Tendo em vista a prevalência e o impacto da incontinência urinária e da constipação intestinal na qualidade de vida das pessoas, em especial de mulheres idosas, objetivou-se relatar a experiência da assistência de enfermagem em estomaterapia a uma paciente com ambos os quadros clínicos, além de outros fatores de risco, como obesidade e DM, de modo a enfatizar a importância do Estomaterapeuta na abordagem especializada a esses distúrbios.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a assistência de enfermagem em estomaterapia a um caso de constipação intestinal e incontinência urinária mista, apresentado através de uma abordagem descritiva. O acompanhamento foi realizado no Ambulatório de Enfermagem em Estomaterapia da Universidade Regional do Cariri - URCA, em Crato, Ceará, entre o período de maio a julho de 2021.

O projeto Laboratório de Enfermagem em Estomaterapia (LENFE) é um projeto amplo que envolve ensino, pesquisa e extensão por meio de um serviço de Enfermagem em Estomaterapia sem fins lucrativos, que presta atendimento ambulatorial especializado a pessoas com feridas, estomias e incontinências. Iniciou seus atendimentos em abril de 2018, sob o comando de um coordenador, estando responsáveis pelos atendimentos, dois docentes, três enfermeiras estomaterapeutas e 10 alunos bolsistas (URCA, 2018).

A assistência à participante foi direcionada pela avaliação realizada à admissão no ambulatório. No primeiro dia de atendimento foi preenchida a ficha de avaliação do “Prontuário de atenção à pessoa com incontinência”, impresso padronizado para o atendimento no setor, incluindo uma anamnese detalhada, exame físico geral e o exame uroginecológico.

O histórico de enfermagem incluiu características sociodemográficas como: nome, procedência, idade, sexo, escolaridade, renda, estado civil, profissão e etnia. Também foram consideradas informações referentes às queixas principais, antecedentes clínicos e obstétricos, uso de alimentos que pudessem comprometer a função do trato urinário inferior (TUI), medicações, histórico de eliminações urinárias e evacuações e atividade sexual. De modo a complementar essas informações, solicitou-se à

paciente que registrasse entrada e saída de líquidos no diário vesical por três dias e retornasse com ele preenchido ao ambulatório.

O exame físico foi coletado em diversos momentos, na tentativa de melhor elucidar o caso que, por diversas vezes, pareceu bem controverso. Incluiu avaliação abdominal, pélvica e perineal. O exame uroginecológico possibilitou avaliar aspectos anatômicos, bem como tonicidade e troficidade da musculatura do assoalho pélvico (MAP) por meio de toque vaginal bidigital. Como instrumentos auxiliares, utilizou-se a escala de Oxford modificada e o anagrama PERFECT (power, endurance, repetition, fast, every, co-contraction, timing) para complementar a avaliação (VIRTUOSO; MAZO; MENEZES, 2012).

O toque vaginal bidigital foi realizado com gel lubrificante e luvas de procedimento por professor e aluno, em local reservado. Foi solicitado à participante que, em decúbito dorsal, contraísse a musculatura do assoalho a fim de segurar os dois dedos do examinador para mensurar a força muscular.

Todos os atendimentos foram realizados por professores, enfermeiros pós-graduandos em Estomaterapia e graduandos em Enfermagem da Referida IES. As intervenções realizadas com a paciente e relatadas na seção Resultados, foram sempre direcionadas pela evolução evidenciada e autoreferida, de modo a constatar o alcance das metas traçadas pelos profissionais e almejadas pela paciente.

3 RESULTADOS

A.V.O, sexo feminino, 67 anos, parda, divorciada, baixa escolaridade, aposentada, residente em Juazeiro do Norte, Ceará. Foi admitida no setor em 13/05/2021 com queixas de constipação e perda de urina.

Como antecedentes clínicos, possui hipertensão arterial, diabetes mellitus (descompensada), Obesidade, Ansiedade, Depressão, ITU de repetição, tabagismo, limitação funcional (dificuldade para deambular sem apoio). Refere uso frequente de laxativos para evacuar. Medicamentos em uso: losartana, hidroclorotiazida, metformina, Insulina regular, Insulina NPH, citalopram, pregabalina, cilostazol, atorvastatina. Seus antecedentes obstétricos são 8 gestações e 8 partos normais.

Quanto à alimentação, relatou consumir alimentos irritantes vesicais como condimentos, café preto, molho de pimenta, frutas e sucos cítricos, cheiro verde, coentro, cominho, folha de louro gengibre, noz-moscada, orégano, pelo menos uma vez ao dia. Sua ingesta hídrica diária era de, aproximadamente, 3,9l.

Quanto às evacuações, referiu ficar sem evacuar por até 5 dias e relatou sangramento ao defecar. Refere não ter relações sexuais no momento. Apresenta perda involuntária de urina há 1 ano. Relata que costumava fazer xixi 10 vezes por dia em

média, no início do acompanhamento e levanta à noite para urinar por volta de 5 vezes. Refere episódios de urge-incontinência urinária e usa absorventes para evitar que molhe a roupa com frequência. Relata também que apresenta perda de urina ao tossir espirrar ou rir, mas afirma que não limita suas atividades diárias por esse motivo.

Em suma, a paciente relatou desejo de urinar, com perdas antes de chegar ao banheiro, uso de absorventes para retenção da urina e exclusão da vida social em decorrência do quadro clínico, além de perda de urina ao espirrar, tossir e rir.

Ao exame físico, observou-se ausência de cicatrizes; pele e mucosas íntegras e úmidas; presença de leucorreia importante; ausência de prolapso; distância anovulvar de 30mm; abertura vulvo-vaginal: ++/+++; troficidade: +/+++; tonicidade da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP): normal. Tonicidade do esfíncter estriado anal: normal

O Oxford da paciente foi de Grau 2 - contração de pequena intensidade mas que se sustenta, com 1 minuto de Relaxamento e 7 segundos de Sustentação. Em relação ao esquema PERFECT, que avaliou a força, manutenção, repetições, rapidez e contrações relacionadas a tempo e quantidade de manobras com uma escala de 0 a 4 pontos, o pior resultado foi 0 e o melhor resultado da paciente foi 4, demonstrando evolução progressiva a partir da conduta utilizada, o que pode ser observado no quadro 1.

Quadro 1 - Esquema PERFECT a partir da evolução da paciente e número de sessões, Crato, Ceará, Brasil, 2021.

Paciente	Avaliação	Power (P)	Endurance (E)	Repetitions (R)	Fast (F)
A.V.O	Inicial	0	7s	1	7
67 anos	Final	4	10s	10	10

Fonte: elaborado pelos autores, 2021.

3.1 Diagnósticos de enfermagem e intervenções prescritas

Os Diagnósticos de Enfermagem traçados para a paciente em questão foram (NANDA, 2020):

- Incontinência Urinária de Esforço
- Incontinência Urinária de Urgência
- Constipação
- Obesidade

Para tais diagnósticos, foram propostas as seguintes intervenções de Enfermagem:

- Treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP): 3 séries de 10 contrações por dia de forma sustentada.

- Treinamento com cones vaginais, o qual foi posteriormente suspenso a pedido da paciente.
- Eletroestimulação intracavitária: sessão de 20min conforme protocolo institucional para incontinência urinária mista (FES; F: 65/8Hz; LP: 500µs; rise: 2s; on: 6s; decay: 1s; off: 12s).
- Diário miccional para orientação da terapia comportamental: orientada ingestão hídrica adequada (aproximadamente, 3l por dia considerando o peso da paciente).
- Tratar a poliúria, por meio da compensação glicêmica, para ajudar no controle da incontinência.
- Reduzir ingestão hídrica 3h horas antes de dormir, para reduzir noctúria.
- Encaminhamento para acompanhamento nutricional e endocrinológico, visando seleção adequada de alimentos laxativos que não sejam irritantes vesicais, nem elevem a glicemia, e a redução do peso.
- Sentar no vaso sanitário com a coluna ereta, abdômen relaxado, pés apoiados em um banco para simular a posição de cócoras, em uma angulação de 35°, 10 a 20 min após a principal refeição do dia e aguardar o movimento intestinal (Reflexo gastrológico), sem fazer força.
- Ingerir uma banana, uma laranja com bagaço por dia e os vegetais que conseguir.
- Inserir supositório de glicerina antes do café da manhã por 7 dias. Evacuar sete dias com auxílio do supositório e depois seguir todos os passos sem o supositório.

A paciente teve 10 atendimentos e respondeu satisfatoriamente às condutas implementadas tendo em vista a melhora da IU e CI. Observou-se, ainda, a melhora clínica em relação à leucorreia, ressecamento na região perineal e lacerações.

A experiência de acompanhamento de uma paciente poliqueixosa, como a paciente em questão, foi significativa para a aprendizagem dos graduandos e pós-graduandos, uma vez que requisitou habilidades específicas para o raciocínio clínico sobre o caso e a tomada de decisão para intervenções adequadas em tempo oportuno, culminando em resolução de grande parte das queixas da paciente em tempo adequado.

4 DISCUSSÃO

A prevalência da IU é maior em mulheres, com particular atenção para aquelas com idade maior que 55 anos o que torna a idade um importante fator de risco (BATMANI et al., 2021), corroborando os dados desta pesquisa.

Além da idade, outros fatores tornam-se importantes no desenvolvimento de incontinência urinária, são eles: obesidade, diabetes, nível de educação, parto, hipertensão e tabagismo (BATMANI et al., 2021; LOWESTEIN et al., 2021). Nesse sentido, os dados do estudo em tela demonstraram a obesidade, presença de diabetes descontrolada e tabagismo, além de multiparidade e hipertensão arterial como fatores que podem ter desencadeado a incontinência nesta paciente.

O tipo de incontinência mais vista na literatura é a incontinência de esforço, perfazendo uma população de até 40,6%. Além disso, idosas geralmente apresentam noctúria e tontura com perdas repentinas de urina, além de atrasos nas atividades de vida diárias (GUEDES et al., 2021). Esses dados estão de acordo com aqueles encontrados no estudo em tela.

Em relação ao tratamento, o manejo da paciente fundamentou-se no uso de cinesioterapia e eletroestimulação. A cinesioterapia ou treinamento dos músculos do assoalho pélvico tem sido recomendada para o tratamento das disfunções do assoalho pélvico, com nível de evidência “A” para o tratamento da incontinência urinária. A eletroestimulação pode ser indicada para indução da contração passiva, favorecendo melhor funcionalidade e consciência muscular, sendo potencializada quanto associada a treinos perineais (FITZ et al., 2012; MAIA et al., 2018).

Os estudos relatam a presença da eletroestimulação como benéfica ao tratamento da IU, especialmente quando relacionada a frequência de micção em 24 horas. Nesse sentido, decaí o número de episódios de urgência, bem como a frequência de noctúria além de eventos adversos quase inexistentes (WANG et al., 2020; YANG; ZHAO; QIU, 2021).

O tratamento foi conduzido em total de dez atendimentos. Observou-se número semelhante de atendimentos no tratamento de mulheres pós-menopausa, com melhora significativa (MARTINHO, 2014). Contudo, ressalta-se que os estudos atuais revelam a necessidade da aplicação da eletroestimulação em, pelo menos, duas vezes na semana e com mínimo de 20 sessões para melhores resultados, aumentando assim a qualidade de vida (SANTOS et al., 2019).

No caso em questão, obteve-se resultado positivo tanto para a incontinência quanto a constipação com o uso do TMAP associado à eletroterapia. Um ensaio triplo randomizado conduzido no Brasil mostrou que a estimulação parassacral e a estimulação percutânea foram significativamente importantes para a incontinência, pois dentre os grupos avaliados o desfecho foi a redução da noctúria com avaliação progressiva pelo diário vesical e resultados em três dias pós tratamento, além de redução da incontinência urinária de urgência (JACOMO et al., 2020).

Em outros estudos envolvendo a eletroestimulação, houve redução da frequência diurna de micção, relacionada a exercícios e retração de prolapsos. Além do mais, houve melhora na frequência de defecação e aumento da qualidade de vida quanto ao estilo de vida, comportamento, constrangimento e riscos de depressão, todas melhorias com foco no início precoce do tratamento (VERA et al., 2020).

Na assistência prestada, o TMAP foi método preponderante de reabilitação. A literatura ressalta que devem-se priorizar as atividades de reabilitação pélvica (BATMANI et al., 2021). Ademais, que o treinamento muscular foi eficaz no tratamento da incontinência urinária, aumentando a eficácia do método (MAZO et al., 2018).

Em relação ao esquema PERFECT, estudo de caso com duas pacientes também obteve as mesmas indicações com elevação da resistência opositora mais contração em relação à fase inicial, evidenciando resultados positivos assim como os evidenciados no caso em questão (PEIXINHO; SARAIVA; TRIPPO, 2018).

A escala de OXFORD modificada também foi utilizada para avaliação do caso. Estudo que teve como participantes pacientes adultos com Oxford grau 2, semelhantes à paciente acompanhada, obtiveram resultados satisfatórios em 60% dos casos, demonstrando bons prognósticos a partir dos exercícios implementados (CALDERIN et al., 2019). Estudo similar com 122 mulheres com prevalência do grau 3 de Oxford, observou que 29 mulheres apresentaram melhora em relação à incontinência após aplicação de exercícios (ROMERO-CULLÉRS et al., 2019).

No presente estudo também se observou a presença da constipação intestinal. Mudanças anatômicas relacionadas à idade, como atrofia da parede intestinal, redução do suprimento sanguíneo e alterações neuronais intrínsecas podem contribuir para um atraso no tempo de trânsito intestinal e redução no teor de água das fezes resultando em constipação (SOUZA; PORTO, 2016).

Anamnese criteriosa é essencial para o reconhecimento da constipação. Uma escuta qualificada exige melhor determinação não somente da frequência evacuatória e consistência fecal, mas também das dificuldades enfrentadas (dor, sangramento, tamanho das fezes). O manejo da constipação visa esclarecimento de pacientes e familiares e melhora da qualidade de evacuação. Quando identificadas causas secundárias, é imperativo o tratamento destas causas. Quando não for possível o tratamento causal, pode-se recorrer às mudanças alimentares e de hábitos de vida e, se necessário, laxativos (BRUNING; KALIL; MAHMUD, 2013).

A paciente em questão mostrou hábitos inadequados de eliminação evacuatória. A Inatividade física, obesidade, hábito alimentar, ingestão hídrica e polifarmácia, são fatores que podem ser considerados agravadores da constipação. Entre os fatores secundários da constipação, podemos ressaltar o DM. Isso porque pacientes diabéticos com neuropatia autonômica têm maior tendência a desenvolver constipação, levando à ausência de resposta gastrocólica pós-prandial e a um trânsito intestinal lentificado (KLAUS et al., 2015; SOUZA; PORTO, 2016).

Quanto aos aspectos dietéticos, tanto o consumo de fibras quanto a ingestão hídrica adequada mostraram-se importante no bom funcionamento intestinal, sendo recomendados para a pacientes em questão (KLAUS et al., 2015).

Ao relacionarmos a constipação intestinal a IU atualmente, a CI tem sido estudada como um fator que aumenta o risco de IU em mulheres, em virtude da íntima relação entre o trato anorretal e o trato urinário inferior. A constipação crônica afeta a função urológica, pois leva ao estiramento do reto pode comprimir a bexiga, contribuindo assim para retenção urinária, causando com isso a infecção do trato urinário (ITU), e frequentemente a força realizada durante a evacuação pode lesionar a MAP (FELDKIRCHER; OSÓRIO, 2014).

Em relação às práticas de ensino e/ou orientações dispensadas ao público com incontinência e constipação, observado neste estudo, pode-se inferir que as intervenções surtem efeito à medida que o paciente se torna protagonista dos cuidados e assume a responsabilidade conjunta do processo.

Estudo com 100 mulheres observou que a conversa e as orientações para medidas comportamentais apropriadas são eficazes no tratamento da incontinência. Além do mais, elas demonstraram controle de pelo menos um dos músculos assessórios e 50% de dois grupos musculares assessórios (NGUYEN et al., 2019). Esses dados ressaltam a importância de orientações voltadas ao fortalecimento do vínculo e continuidade do cuidado para com as mulheres.

O tempo de ensino e o nível de aprendizagem depende da estratégia didática com que é repassado o conteúdo e não, necessariamente, da formação do instrutor. Isso se dá devido a condições socioeconômicas, sociais e culturais dos agentes envolvidos no processo (ARMSTRONG et al., 2021). Neste estudo, o redirecionamento dos cuidados em saúde sempre se dava após a conversa entre profissional e paciente, considerando os resultados clínicos evidenciados, bem como a vontade da paciente para conseguirmos manter os avanços.

Por fim, entende-se a necessidade do manejo do paciente com incontinência e constipação. Revisão sistemática evidenciou a necessidade de cuidados específicos de enfermagem na prevenção da IU, como na supervisão do uso indevido de dispositivos de assistência à saúde, fraude geriátrica e até a subnotificação de problemas (GÓES et al., 2019).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de experiência contemplou a assistência de Enfermagem em Estomaterapia a uma paciente com Incontinência Urinária Mista e Constipação intestinal, além de outras comorbidades.

As intervenções de Enfermagem executadas tiveram como foco a resolução dos diagnósticos de Enfermagem Incontinência Urinária de Esforço, Incontinência Urinária de Urgência, Constipação e Obesidade.

O plano de cuidados da paciente contemplou mudanças comportamentais, treinamento do assoalho da musculatura pélvica e eletroestimulação intracavitária. Observou-se melhora clínica da paciente com a progressão do tratamento, atestando a adequação das condutas selecionadas para o caso em questão.

A experiência de acompanhamento do caso para os autores foi de grande valia para a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para o raciocínio clínico em Enfermagem em Estomaterapia.

REFERÊNCIAS

ARMSTRONG, A. A.; NGUYEN, M. M.; WIESLANDER, C. K.; TARNAY, C. M. All Levels of Providers Can Effectively and Efficiently Teach Pelvic Floor Strength Assessment at Time of Pelvic Examination. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**, v. 25, n. 2, p. 154–156, 2019.

ASSIS, G.M.; SILVA, C.P.C.; MARTINS, G.. Proposal of a protocol for pelvic floor muscle evaluation and training to provide care to women with urinary incontinence. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. 1–9, 2021. DOI: 10.1590/s1980-220x2019033503705.

BATMANI, S.; JALALI, R.; MOHAMMADI, M; BOKAEE, S. Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. **BMC Geriatrics**, v. 21, n. 1, p. 212, 2021. DOI: 10.1186/s12877-021-02135-8.

BENÍCIO, C. D. A. V.; LUZ, M. H. B. A.; LOPES, M. H. B. de M.; CARVALHO, N. A. R. de. Incontinência Urinária: Prevalência e Fatores de Risco em Mulheres em uma Unidade Básica de Saúde. *Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, v. 14, n. 4, 2016. Disponível em: n.aestima.com.br/estima/article/view/428. Acesso em: 10 aug. 2021.

BOTELHO DE MATOS, M. A.; ALVES BARBOSA, B. L.; COSTA, M. C.; ROCHA, F. C. V.; LANDIM ALMEIDA, C. A. P.; AMORIM, F. C. M. The Urinary Incontinence Repercussions Towards the Elderly's Life Quality. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 3, p. 567–575, 2020. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i3.567-575.

BRUNING, G. E.; KALIL M. B.; MAHMUD, S. J. **Intercorrências agudas no domicílio: constipação**. Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA. São Luís, 2013.

CALDERIN, O. C.; PÉREZ RODRÍGUEZ, M.; FIGUEREDO VILLA, K.; LLORI OTERO, K. M.; TORRES PÉREZ, M.; TORRES PÉREZ, M. Efectividad de la reeducación del suelo pélvico en adultas mayores con incontinencia urinaria de esfuerzo. **Rev. cuba. med. gen. integr**, v. 35, n. 1, p. 1–14, 2019.

CARVALHO, P. M.; ANDRADE, P. F.; PERES, W.; MARTINELLI, T.; SIMCH,; ORCY, B. R.; SELEME, R. M. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro**, v. 17, n. 4, 2014.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes público e privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 15 out. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 15 de agosto de 2021.

FELDKIRCHER, R.; OSÓRIO, A. C. Interferência da constipação intestinal em mulheres com incontinência urinária. **Fiep bulletin**, v. 84, Special Edition - Article II, 2014.

FERRARESI GARCIAS, B.; ARGENTA KÜMPPEL, D.; PUERARI, G. Consumo de fibras e constipação crônica funcional em idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 13, n. 3, 30 jun. 2017.

FITZ, F.F. et al Effect the adding of biofeedback to the training of the pelvic floor muscles to treatment of stress urinary incontinence. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 34, n. 11, 2012.

GÓES, R.P.; PEDREIRA, L.C.; DAVID, R.A.R.; SILVA, C.F.T.; TORRES, C.A.R.; AMARAL, J.B. Hospital care and urinary incontinence in the elderly. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. suppl 2, p. 284–293, 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0273.

GÓES, R.P.; PEDREIRA, L.C.; FONSECA, E.O.S.; COIFMAN, A.H.M.; AMARAL, J.B.; SOUZA, M.L. Fatores inerentes ao surgimento da incontinência urinária no idoso hospitalizado analisados à luz da tríade donabediana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. 1–8, 2021. DOI: 10.1590/s1980-220x2020004003773.

GUEDES, T. S. R.; GUEDES, M. B. O. G.; DE OLIVEIRA, H. K. M.; SOARES, R. L.; DA CUNHA, V. L.; LOPES, J. M. et al. Urinary incontinence in physically active older women of Northeast Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 11, p. 1–12, 2021. DOI: 10.3390/ijerph18115878.

JACOMO, R. H.; ALVES, A. T.; LUCIO, A.; GARCIA, P. A.; LORENA, D. C. R; DE SOUSA, J. B. Transcutaneous tibial nerve stimulation versus parasacral stimulation in the treatment of overactive bladder in elderly people: A triple-blinded randomized controlled trial. **Clinics**, v. 75, n. 7, p. 1–5, 2020. DOI: 10.6061/clinics/2020/e1477.

KLAUS, J. H.; NARDIN, V.; PALUDO J.; SCHERER F.; DAL BOSCO, S M. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 18, n. 4, 2015.

LOWENSTEIN, E.; JEPSEN, R.; ANDERSEN, L.A.; LAIGAARD, J.; MOLLER L.A.; GAED,P. Prevalence of urinary incontinence among women with diabetes in the Lolland-Falster Health Study. **Denmark. Neurology Urodinamycs**, v. 40, n. 3, p. 855-67, 2021.

MARTINHO, N. M. O treinamento por meio de realidade virtual melhora a funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico de mulheres na pós-menopausa? **Dissertação de Mestrado**: Universidade Federal de Alfenas, 2014.

MANSOUR, K. M. K.; et al. Influência das variáveis antropométricas sobre a força muscular do assoalho pélvico na Incontinência Urinária. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 8, n. 3, p. 330-335, 2018.

MATOS, M. A. B.; et al. As Repercussões Causadas pela Incontinência Urinária na Qualidade de Vida do Idoso. **Rev. Fund. Care Online**, v. 11, n. 3, 2019.

MAZO, G. Z.; MENEZES, E. C.; SILVESTRE, M. V.; FRETTE, T. B.; COZZA, J.; SEVERO, A. A. D et al. Efeitos do treinamento muscular do assoalho pélvico associado à musculação na perda urinária e nos aspectos psicológicos em mulheres idosas: ensaio clínico randomizado. **Fisioterapia Brasil**, v. 19, n. 6, p. 830-838, 2019.

MOURÃO, L. F.; ARAÚJO LUZ, M. H. B.; MARQUES, A. D. B.; VASCONCELOS BENÍCIO, C. D. A.; TEIXEIRA NUNES, B. M. V.; PEREIRA, A. F. M. Caracterização e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres atendidas em uma clínica ginecológica*. **Estima - Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 15, n. 2, 2017.

NETO, I. J. F. C, et al. Study of defecation disorders in elderly patients. **J. Coloproctol.**, v. 40, n. 3, p. 273-277, 2020.

NGUYEN, M. T.; ARMSTRONG, A. A.; WIESLANDER, C. K.; TARNAY, C. M. Now Anyone Can Kegel. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**, v. 25, n. 2, p. 149-153, 2019.

OLIVEIRA, E. G. de.; et al. Diabetes melito como fator associado às disfunções do trato urinário inferior em mulheres atendidas em serviço de referência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro**, v. 33, n. 12, p. 414-420, 2011.

ORTIZ OC, GUTNISKY R, NUNEZ FC, COTESE G. Valoración dinámica de la disfunción perineal en la mujer. Propuesta de clasificación. **Bol Soc Latinoam Uroginecol Cir Vaginal**, v. 1, n. 2, p. 7-9, 1994.

PEIXINHO, T.A.M.; SANTOS, A.S.A.; TRIPPO, K.V. Efeitos da realidade virtual na função muscular em mulheres com incontinência urinária: relatos de caso. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 8, n. 3, p. 387-396, 2018.

PEREIRA, P. B.; CAMAC, L. A. L.; MESQUITA, F. A. de S.; COSTA M. C. B. da. Incontinência urinária feminina: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 14, p. e1343, 2019.

ROMERO-CULLERÉS, G.; JANÉ-FEIXAS, C.; ANNA, V.G.; ARNAU, A.; MONTESINOS, J.; ABENOZA-GUARDIOLA, M. et al Inter-Rater Reliability Of The Digital Palpation Of Pelvic

Floor Muscle By The Modified Oxford Grading Scale In Continent And Incontinent Women. *Arch. Esp. Urol*, v. 72, n. 6, p. 602-7, 2019.

SANTOS, B. R.; GOMES, J. L.; POMPERMAYER, R. C. L.; ABREU, G. K. P. Os benefícios da eletroestimulação transcutânea via nervo tibial posterior e parassacral no tratamento de bexiga hiperativa. *Fisioterapia Brasil*, v. 20, n. 2, p. 239-248, 2019.

SOUZA, M.S; PORTO, C.S.P. Constipação Intestinal: Prevalência e fatores associados em pacientes atendidos ambulatoriamente em hospital do Nordeste brasileiro. *Nutr. clín. diet. hosp.* v. 36, n. 1, p. 75-84, 2016.

URCA - UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI. Portal da Urca: **Ambulatório de Enfermagem em Estomaterapia da URCA inicia atendimentos**. Crato, CE: URCA, 2018. Disponível em: <http://www.urca.br/portal2/blog/ambulatorio-de-enfermagem-em-estomaterapia-da-urca-inicia-atendimentos/>. Acesso em: 29/08/2021

VERA, V. Á.; GONZÁLEZ ORIA, M. O.; CARVAJAL RAMOS, E.; MURCIANO CASAS, M. P.; GUILLEN HAYNES, C.; GARCÍA OBRERO, M. I. Percutaneous posterior tibial nerve electrostimulation in urge urinary incontinence and faecal incontinence. *Rehabilitacion*, v. 54, n. 1, p. 3-10, 2020.

VIRTUOSO, J. F.; MAZO, G. Z.; MENEZES, E. C. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. *Fisioter Mov.*, v. 25, n. 3, p. 571-582, 2012.

WANG, M.; JIAN, Z.; MA, Y.; JIN, X.; LI, H.; WANG, K. Percutaneous tibial nerve stimulation for overactive bladder syndrome: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, v. 31, n. 12, p. 2457-2471, 2020.

YANG, DING-YUAN; ZHAO, LIU-NI; QIU, MING-XING. Treatment for overactive bladder. *Medicine*, v. 100, n. 20, p. e25941, 2021.

CAPÍTULO 8

OS RISCOS DE MEDICAMENTOS PARA EMAGRECER: REVISÃO DE LITERATURA

THE RISKS OF MEDICATION FOR WEIGHT LOSS: LITERATURE REVIEW

Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses¹
Escarlet Evangelista de Souza²
Luan Alberto de Souza Vieira³
Maria Eduarda Ferreira Bezerra⁴
Maria Edna Teixeira Queiroz⁵
Helmo Robério Ferreira de Meneses⁶
Vicente Saraiva dos Santos Neto⁷
Samuel Alves Bezerra Neto⁸
Elissandra Couras Angélico⁹
Silmara Tavares Bandeira¹⁰
Paulo Florentino Teixeira Neto¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.8

1 jayanacastelobranco@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5807-2259>
2 escarlet.souza@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-7926-7212>
3 ralberto.vieira@yahoo.com.br, <https://orcid.org/0000-0002-2204-0826>
4 mariaedu4652@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3912-3828>
5 ednatqueiroz@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4616-7856>
6 helmo_rob@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9326-8548>
7 vicentesaraiva23@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6106-4249>
8 samuelbezerraneto@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1063-419X>
9 elissandra.couras@yahoo.com.br, <https://orcid.org/000-0003-2077-1438>
10 silmara_tavares2010@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4486-7098>
11 pauloftneto@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4172-3892>

A obesidade é provavelmente a enfermidade mais antiga que se conhece. Durante muito tempo a obesidade representava saúde e fartura, sendo apresentada como padrão de beleza. Porém, com o desenvolvimento de pesquisas médicas, observou-se que doenças cardíacas e morbidade estavam sempre associadas a obesidade, gerando preocupações clínicas e a necessidade de mudança de paradigmas no século XXI (DUTRA, 2015).

O excesso de peso e a obesidade estão relacionados ao crescimento de condições adversas à saúde, como a hipertensão arterial, hipercolesterolemia, hipertriglicéridemia e resistência à insulina. O aumento do acúmulo de gordura ocorre quando o indivíduo ingere uma porção de calorias superior às necessidades energéticas do seu organismo, acomodada nos adipócitos sob a forma de triglicerídeos armazenada. A obesidade apresenta uma desordem alimentar mais comum nos dias de hoje (OLIVEIRA, 2014).

Na atualidade, com a evolução da tecnologia, as crianças que não têm hábitos de vida saudáveis e tornam-se adolescente com sobrepeso. Nessa fase, comidas cada vez mais industrializadas unidas à falta de exercícios físicos regulares contribuem para o desenvolvimento de adultos com peso acima do recomendado causando assim problemas de saúde. O excesso de peso é considerado um problema de saúde pública por predispor a várias doenças (UNIVERSIDADE DE CAMPINAS - UNICAMP, 2005).

Em consequência disso, as pessoas lançam mão de dietas, porém sem acompanhamento profissional, as quais apresentam resultados inicialmente, no entanto, o emagrecimento é temporário e pode ser seguido de um efeito rebote, que é o que acontece quando o peso perdido é readquirido e muitas vezes duplicado. Na maioria dos casos, o cotidiano das pessoas é prejudicado por conta do peso, desencadeando uma baixa autoestima e transformando tarefas comuns do dia a dia em desafios (UNICAMP, 2005).

A maioria dos remédios para emagrecer é a base de anfetaminas, substância que começou a ser sintetizada em laboratório a partir de 1928, sendo utilizada para combater a obesidade, depressão e até mesmo constipação nasal. O uso da substância tornou-se cada vez mais comuns entre jovens que buscavam aumentar sua disposição, porém, sua maior finalidade é no tratamento da obesidade (PIRES, 2000).

Com a utilização da anfetamina, ocorre a estimulação do sistema nervoso central (SNC), causando quadros de euforia, falta de sono e alteração da frequência cardíaca. Algumas são capazes de atuar no sistema serotoninérgico, aumentando a liberação de dois importantes neurotransmissores, a noradrenalina e a dopamina. A biodisponibilidade aumentada desses neurotransmissores nas fendas sinápticas reduz o sono e a fome e provoca um estado de agitação psicomotora. Os usuários ficam mais

desinibidos, excitados e hiperativos, podendo apresentar irritabilidade, euforia, fala exacerbada e elevação da pressão arterial (PITANGA, 2004).

Caso o usuário faça um uso exagerado, pode desenvolver ansiedade, depressão, intoxicação ou até mesmo overdose. Com o longo período de consumo dos medicamentos, o organismo se acostuma com o mesmo e, na falta deste, entra em estado de abstinência (PIRES, 2005).

A automedicação entre os indivíduos que buscam atingir os altos padrões definidos como belo pela mídia leva o uso excessivo de moderadores de apetite sem a devida orientação de um profissional da saúde, podendo provocar efeitos adversos e indesejáveis ao organismo, portanto, a automedicação e a indicação incerta consistem na prática cotidiana por parte da população

Alguns dos fármacos registrados no Brasil para o tratamento da obesidade, são: os que minimizam a fome (anfepramona, femproporex e mazindol) ou alteram a saciedade (sibutramina) e os que diminuem a digestão e a absorvência de nutrientes (orlistat). No tratamento da obesidade, do sobrepeso e dos componentes da síndrome metabólica a sibutramina é eficaz e quando é empregada junto com aconselhamento nutricional e a realizações de exercícios físicos, possui os seus efeitos ampliados. Ela inibe a recaptação de serotonina e noradrenalina, tendo sua forma de funcionamento atribuída, em específico, ao crescimento da saciedade e resultante redução da absorção calórica, diferente das outras drogas anorexígenas que agem de imediato na eliminação da fome (OLIVEIRA, 2014).

A sibutramina não tem por função controlar o apetite, somente causa a satisfação mais rápida. A administração da sibutramina é feita por via oral, presente no mercado em forma de cápsulas de 10 mg e 15 mg. A dose inicial indicada para o tratamento da obesidade é 10 mg uma vez ao dia, na maior parte dos ensaios clínicos a sibutramina foi usada pela manhã, com ou sem alimento. Se a perda de peso for inadequada (no mínimo 2 kg), a dose pode ser aumentada após quatro semanas até no máximo de 15mg uma vez ao dia. Os efeitos colaterais mais comuns são: secura, na boca, pressão alta, fadiga, constipação, taquicardia, anorexia, dores de cabeça e insônia (OLIVEIRA, 2014).

O orlistate é usado para o tratamento em longo prazo de pacientes com sobrepeso ou obesidade, incluindo pacientes com fatores de risco associados à obesidade, em conjunto com uma dieta levemente hipocalórica. Ele não permite que a gordura seja absorvida, a cápsula gruda na gordura que é consumida, sendo eliminadas conjuntamente nas fezes. Tem como efeito colateral a presença de gordura nas fezes e não inibe a fome, pode ser utilizado por até 4 meses (OLIVEIRA, 2014).

Para pessoas que precisam perder muitos quilos, os quais, na maioria dos casos, têm compulsão alimentar, o medicamento mais indicado é o topiramato, que tem como efeitos colaterais: perda da sensibilidade do paladar, redução da produção do cortisol, anorexia, confusão mental, sonolência, nervosismo, redução na eficácia do anticoncepcional, aumento na formação de cálculo renal e dor ocular (OLIVEIRA, 2014).

Em casos de pessoas que precisam perder mais que 30 kg, a Liraglutida foi um dos primeiros medicamentos aprovados e licenciados pela ANVISA no Brasil para o tratamento da obesidade e da diabetes tipo 2. Ela é comercializada de forma injetável e tem capacidade para regular o índice glicêmico (quando o alimento aumenta o nível de glicose no sangue). Assim é diminuído o acúmulo de gordura no organismo, o que ajuda na perda de peso. Efeitos colaterais podem ser náuseas, vômitos, pancreatite, empagliflosina, glicosúria, maior risco de hipoglicemia, desidratação, aumento de vontade de urinar e infecção vaginal ou urinária.

Foram analisados diversos artigos a fim de observar os riscos dos medicamentos para emagrecer a consequência do uso indiscriminado dos mesmos. É importante salientar que o uso de uma série de substâncias que não apresentam respaldo científico. Entre elas se incluem diuréticos, os laxantes, os estimulantes, os sedativos e uma série de outros produtos frequentemente recomendados como “fórmulas para emagrecimento”. Essa estratégia, além de perigosa, não traz benefícios em longo prazo, fazendo com que o paciente retorne ao peso anterior ou até ganhe mais peso que o inicial. Nesse sentido, o mais correto seria uma mudança substancial do Estilo de Vida de cada um (PITANGA, 2004).

Fica clara a importância do papel do médico e de uma equipe especializada, para que a adesão aos medicamentos nos casos necessários seja consciente, para melhores resultados, recomenda-se a utilização de dietas naturais, a reformulação dos alimentos ingeridos, a utilização de exercícios físicos e a reorganização dos hábitos diários. Esses são capazes de manter o corpo dentro do peso desejado e ainda promover a saúde metabólica do organismo (PIRES, 2000).

Vale ressaltar que pessoas que fazem o uso de medicamentos de controle por um longo período de tempo podem desenvolver dependência. A síndrome de abstinência chega a atingir 87% dos usuários de anfetamina. Sintomas depressivos e exaustão podem suceder períodos prolongados de uso ou abuso da droga. Sintomas mais pronunciados de abstinência foram observados em usuários de metanfetaminas pela via inalatória. Alguns dos sinais da abstinência de anfetaminas são: fissura interna, ansiedade, agitação, pesadelos, redução da energia e até mesmo depressão (SCHURT, 2004).

A busca pelo “corpo perfeito” pregado pela mídia motiva o uso de emagrecedores. Muitas pessoas buscam em farmácias, fórmulas rápidas para emagrecer, sem realizar atividades físicas regularmente e sequer adotar uma dieta específica. Desse modo, o consumo inadvertido e desorientado de medicamentos para emagrecimento pode resultar em consequências danosas ao organismo, como agravamento de arritmias cardíacas, surtos psicóticos, elevação na pressão sanguínea, força de contração do miocárdio e dependência química podem ser observados. Sendo assim, esses fármacos devem ser utilizados apenas em situações especiais, de acordo com a prescrição médica.

Ficou clara a necessidade da adoção de medidas de conscientização para que as pessoas não façam o uso indiscriminado de medicamentos para emagrecer. É de conhecimento geral que a obesidade é uma porta para diversos outros problemas de saúde. Desse modo, políticas públicas devem ser implantadas para que a qualidade de vida e o emagrecimento saudável sejam estimulados, diminuindo assim complicações com o uso de medicamentos e aumentando a estimativa maior de longevidade.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Parecer técnico científico do Grupo Assessor de Estudos sobre Medicamentos Anorexígenos de 21/07/2002**. Disponível em: <http://w.abeso.org.br/informes/informe2.html> - acesso em 17 setembro, 2018.

BERLEZE, L. **Termogênicos: Um ponto de partida para o desenvolvimento de novos fármacos anti obesidade**, 2013.

BERNARDES, Q. C.; et al. O crescente uso de medicamento e produtos emagrecedores: Base científicas X dados empíricos. **Interdisciplinaridade, Saberes e Práticas, Itumbiara**, v. 1, n. 1, 2014.

DUTRA, J. R.; et al. **A influência dos padrões de beleza veiculadas pela mídia: fator decisório na automedicação com moderadores de apetite por mulheres**, 2015.

GUEDES, L. **Medicamentos anorexígenos: aspectos relevantes de utilização dentro do contexto regulatório brasileiro**. 2011.

MARCUZZO, Miquela et al. A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. **SciELO Brasil, Botucatu**, v. 16, n. 43, 2012.

OLIVEIRA, C. B. A. C. **Obesidade: um olhar social**. BDM - Biblioteca Digital de Monografias, 2014.

OLIVEIRA, C. B. A. Celestino. *Obesidade: um olhar social*. BDM - Biblioteca Digital de Monografias, **Monografia** (Curso de Graduação em Serviço Social) - Universidade de Brasília- UnB, Departamento de Serviço Social - SER, Brasília, 2014.

PIRES, W. R. **Drogas**: Existe uma saída, São Paulo: Komedi, 2000.

PITANGA, F.J.G. **Epidemiologia da Atividade Física, Exercício Físico e Saúde**. São Paulo: Phorte, 2004.

SCHURT, A. et al. Exercício contra resistência e sua eficácia no tratamento da obesidade: Uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo**, v. 10. n. 59. p. 215-223, 2016.

CAPÍTULO 9

O USO DAS PLANTAS MEDICINAIS PARA FINS TERAPÊUTICOS

THE USE OF MEDICINAL PLANTS FOR THERAPEUTIC PURPOSES

Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses¹
Antonio Cleivan Queiroz Dantas²
Elza Cristianne Batista Braga Ricarte³
Grace Kelly de Macedo Silva⁴
Helmo Robério Ferreira de Meneses⁵
Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães⁶
Fernando Magno Bitú Magalhães⁷
Francisco Rafael Augusto⁸
Vicente Saraiva dos Santos Neto⁹
Samuel Alves Bezerra Neto¹⁰
Silmara Tavares Bandeira¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.9

1 jayanacastelobranco@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5807-2259>
2 cleivanqantas@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3041-0540>
3 elzacristianne@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6179-2203>
4 grace.macedo@outlook.com, <https://orcid.org/0000-0003-1059-7499>
5 helmo_rob@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9326-8548>
6 thalitasevia22@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8977-1650>
7 fernandobitu@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3034-1645>
8 tecgraf@outlook.com.br, <https://orcid.org/0000-0001-9405-1033>
9 vicentesaraiva23@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6106-4249>
10 samuelbezerraneto@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1063-419X>
11 silmara_tavares2010@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4486-7098>

1 INTRODUÇÃO

As plantas medicinais e os fitoterápicos estão entre os principais recursos terapêuticos da medicina complementar que vêm sendo utilizados há muito tempo pela maioria da população brasileira no cuidado à saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) conta com programas públicos de fitoterápicos, alguns com mais de 20 anos de existência, que também enfocam as plantas medicinais, que são os mais presentes no Sistema (BRASIL, 2012).

O crescimento destes produtos vem sendo estimado em 10% a 20% por ano e uma das principais razões para esse uso aumentar a cada década é a valorização de uma vida com hábitos mais saudáveis, sendo fácil entender por que cresce diariamente o interesse das empresas sobre estes produtos. Estima-se que, no Brasil, temos cerca de 50 mil espécies de plantas (20% de todas as existentes no planeta e apenas, aproximadamente, 2% já estudadas). Representando grande alvo para os fornecedores de matéria-prima para a produção de antibióticos, anti-inflamatórios, diuréticos, analgésicos, laxantes, antidepressivos, anti-hipertensivos, entre outros (GRYNBERG; ENCHEVARRIA, 1999).

Vale ressaltar que, no Brasil, o uso de plantas medicinais é significativo na população carente, pela crise econômica que afeta o país, aliada ao difícil acesso da população à assistência farmacêutica, em decorrência do grande custo dos medicamentos industrializados. Além disso, têm-se observado uma tendência crescente dos consumidores utilizarem produtos de origem natural decorrente de uma “consciência ecológica” estabelecida nos últimos anos (SIMÕES et al., 1998).

As plantas medicinais são definidas como aquelas capazes de produzir princípios ativos que possam alterar o funcionamento de órgãos e sistemas, restaurando o equilíbrio orgânico e fazendo parte do cotidiano da população por seu uso consagrado (FERRO, 2006; MACIEL et al., 2002).

Segundo Calixto (2000), o uso de plantas para tratamento de enfermidades é de origem milenar, estando alicerçado na tradição popular e em evidências científicas, as quais definem com clareza a eficácia e a segurança como medicinal.

Entretanto, alerta-se para o fato de que, em alguns casos, as propriedades farmacológicas anunciadas não possuem comprovação científica. Existiam mais de 5000 plantas suspeitas de reações adversas conforme dados da OMS antes de 1996. Um dos fatores que contribui para a não notificação foram os médicos que nem sempre reconhecem os eventos adversos associados com o uso destas e os pacientes que não informaram o uso de plantas durante a consulta (RAHMAN; SINGHAL, 2002; ADUSUMILLI et al., 2002).

No Brasil, as plantas medicinais da flora nativa são consumidas com pouca ou nenhuma comprovação de suas propriedades fitoterápicas, sendo, muitas vezes, comparadas com medicamentos usados em tratamentos convencionais. Além disso, existem plantas com toxicidade elevada que chegam a ser um problema sério de saúde pública, com efeitos adversos que possuem adulterações e toxidez, bem como alterações sinérgicas (AMARAL, 2005).

Cunha (2003) relata que há uma generalização acerca do uso das plantas medicinais por se entender que tudo que é natural não é tóxico e nem faz mal à saúde. Este conceito é mito, uma vez que existe uma imensa variedade de plantas medicinais são prejudiciais ao organismo humano, com grande teor de toxicidade pela presença de constituintes farmacologicamente ativos, sendo considerados muito tóxicos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), ao passo que respalda a fitoterapia como uma prática da medicina tradicional, adverte que seu uso requer a identificação e a classificação botânica correta, para evitar que os usuários cometam erros no seu uso devido ao princípio ativo, o qual varia de planta para planta em função de biodiversidade, código genético, condições climáticas, mudanças sazonais, índice pluviométrico, luminosidade, lençol freático, condições do solo, dentre outras condições.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), há um interesse governamental e profissional em associar o avanço tecnológico com o conhecimento popular, seguindo a ótica do desenvolvimento sustentável e visando uma política de assistência à saúde eficaz, abrangente, humanizada e independente da tecnologia farmacêutica. Para tal, o Estado brasileiro instituiu a Portaria nº 22/1967 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Resolução-RDC nº17/2000 que classifica os fitoterápicos como medicamentos.

Por estes motivos, Marinho et al. (2011) aponta que os estudos relacionados com as plantas medicinais vêm tendo cada vez mais atenção, em virtude da gama de informações e esclarecimento que a população necessita. Para tanto, este estudo objetiva analisar o uso de plantas medicinais respaldados pela literatura científica, com enfoque especial para algumas espécies mais utilizadas. Com isso, visa contribuir com a informação acadêmica e popular sobre propriedades farmacológicas, vantagens e desvantagens desta prática tão disseminada em todos os tempos.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo revisão bibliográfica que é desenvolvida ao longo de uma série de etapas e, no seu encadeamento, depende de muitos fatores, tais como a natureza do problema, o nível de conhecimentos que o pesqui-

sador dispõe sobre o assunto, o grau de precisão que se pretende conferir à pesquisa (GIL, 2017).

Foram utilizadas como fontes de pesquisa artigos, livros e documentos publicados na internet sobre o uso de plantas medicinais para fins terapêuticos. Os recursos utilizados para a busca foram o Google acadêmico e a Scientific Electronic Library Online (SciELO). As buscas foram conduzidas nos meses de outubro e novembro do corrente ano. Por fim, a discussão será amparada pela literatura pertinente ao assunto.

Cabe ressaltar que esta pesquisa enfatizou algumas das espécies de plantas medicinais mais utilizadas, quais sejam: Amora (*Morus nigra* L.), Guaco (*Mikania glomerata* Spreng.) e Espinheira Santa (*Maytenus ilicifolia* Martius).

Quanto aos aspectos éticos e legais, serão respeitados todos os direitos de autoria, citando corretamente todos os autores das obras consultadas para a pesquisa justapostas às citações selecionadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

a) AMORA: Segundo PETLEVSKI, et al. Amoreira é uma árvore que apresenta as folhas alternas, bastante adstringentes, pecioladas, cordiformes, agudas, dentadas, pubescentes e ásperas, mostrando na base do pecíolo duas estípulas opostas, lanceoladas e pubescentes, além de se constituir alimento para o Bicho da Seda. As flores são dispostas em amentilhos densos. O fruto é adstringente e quando maduros apresentam a cor preta e são comestíveis, oferecendo uma ótima geléia e constitui de matéria-prima para o preparo do xarope de Amoras.

Nome científico: *Morus nigra* L.

Nome popular: Amoreira, amoreira negra, amora preta, amora-silva, amora-miúra.

Família: Moraceae.

Parte Utilizada: Folhas e caule.

Composição Química: Flavonóides, dentre eles a rutina; ácido ascórbico, ácidos graxos, ácido málico, aminoácidos, caroteno, frutose, glicose, sais minerais, taninos e triterpenos.

Indicações: É utilizado para aliviar sintomas do climatério, o que pode estar relacionado à presença de constituintes flavonoídicos, especialmente as isoflavonas. As isoflavonas glicosiladas são hidrolisadas no intestino por glicosidases intestinais, liberando agliconas como, por exemplo, daidzeína, genisteína e gliciteína, que são formas biologicamente ativas e se comportam como estrógenos na maioria dos sistemas biológicos.

Forma de Preparo: Preparação do chá das folhas de *Morus nigra* L. (CF-Mn). A escolha da parte da planta e do tipo de extração a ser utilizada foi baseada nas informações de uso popular, pois a planta é consumida na forma de chá (decocto). O chá das folhas foi preparado diariamente da mesma maneira como é preparado pela população. As folhas foram secas à sombra e depois foram trituradas manualmente. Em seguida, o pó (12 g) foi submetido a uma extração por decocção em água (1000 mL) a 100°C durante 10 minutos. Após o resfriamento do material, o decocto foi administrado diariamente aos animais.

b) GUACO: Lorenzi, H. et al. 2002. Relata que a planta é também conhecida como erva-de-serpentes, cipó-catinga ou erva-de-cobra. O guaco sempre foi muito conhecido pelos índios brasileiros, que usavam a planta para combater o veneno das serpentes (daí vêm alguns dos seus nomes populares). Ainda hoje, em algumas regiões do Brasil, o macerado das folhas é aplicado em forma de cataplasma sobre picadas de cobras e outros animais peçonhentos. Existe também a tradição de usar a planta fresca e nova (cujas folhas emanam um aroma intenso e agradável) para manter as cobras afastadas.

Nome científico: *Mikania glomerata* Spreng.

Família: Compositae (Asteraceae).

Propriedades: Ação tônica (restaura energia), depurativa (eliminação de toxinas do sangue), febrífuga (combate a febre) e peitoral, estimulante do apetite e antigripal.

Características: Trepadeira sub-lenhosa, de grande porte, perene. Apesar de ser nativo da região sul do Brasil, seu uso medicinal tem feito com que seja cultivado em vários estados, inclusive na região nordeste, aonde em muitos locais a planta não chega a florescer. Contraindicações do guaco

Indicação: Problemas respiratórios como bronquites, tosse, asma e alergias (extratos alcoólicos e aquosos); Aftas; Diarréias e cólicas; Leishmaniose e tripanossomíase; Candidíase (uso externo e interno).

Contraindicado: Para indivíduos com doenças no fígado, indivíduos que utilizam anticoagulantes e para crianças menores de 1 ano de idade.

Efeitos colaterais: Os efeitos colaterais do guaco incluem hemorragias, aumento dos batimentos cardíacos, vômitos e diarreia. O guaco contém cumarina que pode apresentar um agravamento nos quadros de falta de ar e tosse em pacientes com alergia a cumarina.

c) ESPINHEIRA SANTA: Conforme Pessuto (2006), as folhas de espinheira-santa possuem taninos, e as substâncias químicas dessa classe são a epicatequina-(4 β →8)-catequina (Procianidina B1) e a epicatequina-(4 β →8)-epicatequina (Procianidina B2).

Nome científico: *Maytenus ilicifolia* Martius.

Sinonímia científica: *Maytenus buchananni* Loes.

Nome popular: Espinheira Santa, Cancrosa, Cancerosa, Cominho-do-campo, Espinho-de-deus, no Brasil; Congorosa e Cangorosa, no Paraguai; Mayten, no Chile; Sombra de Toro, Salva-vidas, Quebrachillo e pus pus, na Argentina.

Família: Celastraceae.

Parte Utilizada: Folha e caule.

Composição Química: Alcalóides: maitanprina, maitansina, maitanbutina e cafeína; Terpenos: maitenina, tingenona e isotenginona III, congorosina A e B, ácido maitenóico, ácido salasperônico, friedelina e friedelinol; flavonóides; leucoantocianidinas; ácido clorogênico; delta-amirina; taninos; traços de sais minerais e oligoelementos.

Indicações: É indicada principalmente nas úlceras gástricas, gastralgias e dispepsias. É usada também como antiasmática, contraceptiva e antitumoral.

Modo de Preparo: - Infusão: 20g para cada 1 litro de água, tomar três a quatro vezes ao dia.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização das plantas com fins terapêuticos vem influenciando o tratamento e prevenção de doenças desde os primórdios da humanidade. Ao longo dos anos, vêm sendo registrados vários procedimentos com a utilização destas espécies. Consequentemente, cresce também a comercialização de plantas medicinais e fitoterápicas em lojas de produtos naturais e farmácias, as quais são, em sua maioria, manipuladas para fins terapêuticos.

Desse modo, evidencia-se um aumento acentuado do consumo de fitoterápicos marcante em todo mundo. Destaca-se que, apesar da grande evolução da medicina, ainda existe grande obstáculo financeiro para a população carente obter medicamentos, emergindo os fitoterápicos nesse contexto como uma alternativa mais economicamente viável em sua maioria.

REFERÊNCIAS

ADUSUMILLI PS, LEE B, PAREKH K, FARRELLY PA. Acalculous eosinophilic cholecystitis from herbal medicine: A review of adverse effects of herbal medicine in surgical patients. **Surgery**, v. 131, p. 352-356, 2002.

AMARAL, A. C. F.; SIMÕES, E. V.; FERREIRA, J. L. P. **Coletânea Científica de Plantas de Uso Medicinal**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005.

AMORIM MFD, DINIZ MFFM, ARAÚJO MST, PITA JCLR, DANTAS JG, RAMALHO JA, XAVIER AL, PALOM ARO TV, JÚNIOR NLB. The controvertible role of kava (*Piper methysticum* G. Foster) an anxiolytic herb, on toxic hepatitis. *Rev Bras Farmacogn* 17:448-454, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 17 de 24 de fevereiro de 2000**. Aprova o Regulamento técnico visando normatizar o registro de medicamentos fitoterápicos junto ao sistema de vigilância sanitária. Diário Oficial da União, 2000.

BRASIL. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CALIXTO, J. B. Efficacy, safety, quality control, marketing and regulatory guidelines for herbal medicines (phytotherapeutic agents). **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 33, p. 179-189. 2000.

CAPASSO, R.; IZZO, A. A.; PINTO, L.; BIFULCO, T.; VITOBELLO.; C, MASCOLO, N. **Phytotherapy and quality of herbal medicines**, 2000.

COELHO, H. L. Farmacovigilância: um instrumento necessário. **Cad Saúde Pública**, n. 14, p. 871-875, 1998.

CORDEIRO, C. H. G.; CHUNG, M. C.; SACRAMENTO, L. V. S. Interações medicamentosas de fitoterápicos e fármacos: *Hypericum perforatum* e *Piper methysticum*. **Rev Bras Farmacogn**, v. 15, p. 272-278, 2005.

CUNHA, P. C.; SILVA, A. P.; ROQUE, O. R. **Plantas e produtos vegetais em fitoterapia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2003.

FERRO, D. **Fitoterapia: conceitos clínicos**. São Paulo: Atheneu, 2006.

LORENZI, H.; SOUZA, V. C. **Botânica Sistemática: guia ilustrado para identificação das famílias de Fanerógamas nativas e exóticas no Brasil, baseado em APG II**. 2ª ed. Nova Odessa, Instituto Plantarum. 2008

MACIEL, M. A. M.; et al. **Plantas medicinais: a necessidade de estudos multidisciplinares**. São Paulo: Química Nova, v. 25, p.429-438, 2002.

MARINHO, M. G. V.; SILVA, C. C.; ANDRADE, L. H. C. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais em área de caatinga no município de São José de Espinharas, Paraíba, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 13, n. 2, 2011.

PESSUTO, M. B. Análise fitoquímica de extratos de folhas de *Maytenus ilicifolia* Mart. Ex Reiss. e avaliação do potencial antioxidante. 2006. 104 f. **Dissertação Mestrado**: Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2006.

PETLEVSKI, R.; HADAZIJA, M.; SLIJEPCEVIC, M.; JURETIC, D. Effect of "antidiabetis" herbal preparation on serum glucose and fructosamine in OD mice. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 75, n. 2, p. 181-184, 2001.

RAHMAN, S.Z.; SINGHAL, K. C. Problems in pharmacovigilance of medicinal products of herbal origin and means to minimize them. **Uppsalla Reports**, v. 17, January Supplement, 2000.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 136-140, 2010.

SIMÕES, C. M. O.; MENTZ L. A.; SCHENKEL E. P.; IRGANG B. R.; STEHMANN J. R. **Plantas da Medicina Popular do Rio Grande do Sul**. 5ª Edição, Porto Alegre, 1998.

SOUZA, P. M.; et al. Fármacos em idosos. In: BRASIL. **Formulário terapêutico Nacional 2008: Rename 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 26-29.

VEIGA, JR. V. F.; MACIEL, M. A. M.; PINTO, A. C. **Plantas medicinais: cura segura?** Quim Nova. 2005.

CAPÍTULO 10

TRATAMENTOS HOMEOPÁTICOS: ASPECTOS CONCEITUAIS

HOMEOPATHIC TREATMENTS: CONCEPTUAL ASPECTS

Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses¹
Eder Batista de Oliveira²
Patrícia Uchôa de Araújo³
Joseneide Correia Clemente⁴
Willame Oliveira de Moura⁵
Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães⁶
Fernando Magno Bitú Magalhães⁷
Francisco Rafael Augusto⁸
Vicente Saraiva dos Santos Neto⁹
Samuel Alves Bezerra Neto¹⁰
Silmara Tavares Bandeira¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558893318.10

1 jayanacastelobranco@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5807-2259>
2 ederlions@outlook.com, <https://orcid.org/0000-0001-6692-7843>
3 patriciaaraujopps2@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5764-7196>
4 joseneideclemente@outlook.com, <https://orcid.org/0000-0001-8864-5097>
5 willamemoura2@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5772-6094>
6 thalitasevia22@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8977-1650>
7 fernandobitu@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3034-1645>
8 tecgraf@outlook.com.br, <https://orcid.org/0000-0001-9405-1033>
9 vicentesaraiva23@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6106-4249>
10 samuelbezerraneto@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1063-419X>
11 silmara_tavares2010@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4486-7098>

Esse estudo tem como objetivo, apresentar um pouco sobre a homeopatia e sua forma de tratamento como mais uma alternativa na busca da saúde e bem-estar, conhecer um pouco de como esse método age de forma significativa no nosso corpo e na nossa saúde. Pouco conhecido e tratado ainda como placebo, o que acaba por desmerecer o método e favorecer uma construção de representações equivocadas, é compreendido por desconhecidos como tratamento natural com aspecto místico religioso, indicado apenas por doenças crônicas ou psicossomáticas (TEIXEIRA, 2004).

Os tratamentos homeopáticos, embora ainda pouco conhecidos e de eficácia duvidosa para algumas pessoas, despertam nos cientistas desaprovações por serem medicamentos dinamizados (doses infinitesimais) e não serem detectados resquícios de matéria grosseira nos medicamentos, passando a serem ignorados por não serem considerados seus resultados clínicos (RUIZ, 2002; JONAS, 2001).

Mas essa medicina tem sido reconhecida por sua prática curativa desde 1980 pelo Conselho Federal de Medicina, observando-se resultados positivos que comprovam eficácia e veracidade à teoria da similitude. Desse modo, a partir de 1985, esses medicamentos passaram a serem disponibilizados em hospitais, ambulatórios e postos de saúde da rede pública. Ademais, desde 2004 é oferecido um programa de residência médica com uma a duas vagas anuais, como capacitação em serviço (UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2004).

A homeopatia é uma especialidade médica e farmacêutica no qual se ministra doses mínimas do medicamento ao doente a fim de evitar intoxicação e estimular uma reação adversa no organismo. Homeopatia é uma palavra de origem grega formada pelos termos homeos (semelhante, igual, da mesma natureza, análogo) e pathos (o que sofre, sofrimento, doença) (PAULO, 1997).

Representa uma prática bicentenária que surgiu há mais de 200 anos na Alemanha, a partir do médico francês Cristian Friedrich Samuel Hahnemann (1755-1843) considerado o pai da homeopatia, o qual fundamentou-se na teoria da “Cura pelos Semelhantes” (similia similibuscurantur), método pelo qual um indivíduo doente é tratado com uma substância semelhante a que causa os mesmos sintomas da sua doença em doses altamente dinamizadas (LYRIO, 2007).

Mas antes de Hahnemann, outros estudiosos apresentaram teorias que embasaram e deram clareza ao conceito de homeopatia, como Hipócrates e outros filósofos. Hahnemann fazia seus testes em si mesmo, rejeitando o aprisionamento de cobaias para testes de análises. Em seus testes obteve êxito, dando início a um novo conceito de medicina que, a partir daí, ganhou popularidade. Os estudos evoluíram juntamente com a tecnologia que tem papel significativo na descoberta de novas substâncias,

em testes de análises, maquinários que facilitam o estudo sobre o mesmo, princípios ativos e descoberta de como esses agentes funcionam no nosso corpo (LYRIO, 2007).

Benoit-Jules Mure, mais conhecido como Bento Mure, foi o fundador da primeira escola de homeopatia no Rio de Janeiro. No ano seguinte, abriu a primeira farmácia de homeopatia no Rio de Janeiro juntamente com João Vicente Martins. Após três anos, a escola foi substituída pela academia médico-homeopática do Brasil, sob direção de João Vicente. Nessa época, Bento Mure foi muito criticado no meio médico por tentar difundir ideias totalmente desconhecidas no país e decidiu ir embora desgostoso com a situação. Porém, deixou a semente da homeopatia lançada e fez muitos discípulos, os quais continuaram seu trabalho. Dentre eles alguns nomes bastante conhecidos são: João Vicente Martins (1820-1869), Domingos de Azevedo Duque Estrada (1812-1900), Sabino Olegário Ludgero Pinho (1820-1869), Maximiano Marques de Carvalho (1820-1896), Antônio do Rego (1820-1896) entre outros (CORREIA; EIZAYAGA, 1997).

No Brasil, foi decretada como obrigatória a inclusão da farmacotécnica homeopática nas faculdades do país em 1966. Posteriormente, em 1980, o Conselho federal de Medicina reconheceu a Homeopatia como especialidade médica, deixando de ser uma terapia alternativa. Com o decorrer dos anos, a homeopatia tem ganhado seu espaço na medicina, sendo reconhecida e inserida como disciplina optativa em faculdades de medicina brasileiras (TEIXEIRA; LIN, 2005).

Atualmente, o tratamento homeopático é iniciado com a consulta no médico homeopata, na qual este irá analisar o paciente de forma sistêmica, observando os sintomas psíquicos, emocionais e físicos, com auxílio de exames laboratoriais. O medicamento é indicado a partir das informações passadas pelo paciente, das características dos sintomas que o paciente descreve ao médico. O tempo de tratamento varia de acordo com o tipo de doença pela qual a pessoa é acometida. A exemplo, um tratamento individualizado em qualquer tipo de doença crônica varia de seis a doze meses com avaliações da evolução da doença e ajustes na prescrição (TEIXEIRA, 2004).

A homeopatia, vendo o indivíduo como um todo e não somente no determinado local a ser tratado, baseando-se no princípio vitalista que busca o equilíbrio vital da energia que fora afetada, pois o organismo funciona como um todo, de forma equilibrada, e se algo não está certo gera o desequilíbrio e o adoecimento do indivíduo. O medicamento age de forma a estimular o organismo a reagir, como uma batalha em que ele mesmo tenha que lutar para combater o inimigo. A substância é semelhante ao que causa a doença e o corpo entende que se deve realmente lutar contra esses agentes, tornando o corpo mais ativo (TEIXEIRA; LIN, 2005).

Os efeitos causados pelos medicamentos homeopáticos são semelhantes aos sintomas da doença. As substâncias para fabricação do medicamento homeopático são de fontes animais, minerais, plantas e algumas substâncias químicas ultra diluídas. A homeopatia é uma medicina com tratamentos individualistas, empregando substâncias únicas e simples. Este ramo da ciência destaca-se por buscar uma atenção voltada à saúde completa do indivíduo (TEIXEIRA, 1995).

Essa medicina pode trazer novas descobertas relacionadas ao corpo, ensinando a forma adequada de se conseguir a cura através do equilíbrio completo do organismo, e não somente em determinada região a ser acometida.

Desse modo, é importante a disseminação de conhecimentos sobre a homeopatia e suas práticas, como já visto anteriormente. Ela representa uma opção menos danosa ao organismo e, portanto, pesquisas que esclareçam suas indicações e seu mecanismo de ação tendem a contribuir com a difusão deste método já consagrado pela literatura.

Para tanto, este estudo bibliográfico objetivo apresentar o respaldo da literatura quanto à homeopatia como opção terapêutica, no sentido de esclarecer potenciais dúvidas e mitos disseminados devido ao desconhecimento do método.

O tratamento homeopático é eficaz em pacientes com idade de dois e oito anos, com problemas de asma, rinite e nasofaringite decorrentes de tuberculismo infantil (CARILLO JÚNIOR, 2003).

Observou-se que, ao tratar as patologias crônicas, como a asma infantil, com medicamentos homeopáticos, gerou-se uma redução dos custos com medicamentos alopáticos clássicos e constatou-se a queda das crises asmáticas e do número de atendimentos emergenciais, obtendo-se a melhora da qualidade de vida (CARILLO JÚNIOR, 2003).

A literatura apresenta vários trabalhos relatando a eficácia da homeopatia no controle de sintomas climatéricos (fase da menopausa). O tratamento não hormonal está indicado quando a mulher não optar pelo tratamento hormonal ou quando não for possível por contraindicações médicas ou efeitos colaterais. Os profissionais têm direito de fazer a opção pela homeopatia no controle dos sintomas climatéricos, mas é fundamental que esses profissionais alertem suas pacientes sobre limites e os riscos, em decorrência de que, por ser um medicamento, além dos possíveis benefícios, também podem ocorrer efeitos adversos (BAGNOLI, 2014).

A ciência da homeopatia tem conhecimentos e recursos tecnológicos também compatíveis com a perspectiva da agricultura sustentável, como ferramenta aos sistemas em fase de transição aos modelos ecológicos de produção. A ciência tem sido

aceita em procedimentos agrícolas que contam com poucos recursos e que dispõem de critérios seletivos que agem em benefício da unidade orgânica. A homeopatia é ferramenta ao desenvolvimento rural sustentável (ANDRADE; CASALI, 2011).

Em um estudo realizado mediante avaliação clínica de 40 pacientes de idade entre três e sete anos de idade, com adenoide obstrutiva e submetidos ao tratamento homeopático, verificou-se que 85% não foram eficazes no tratamento e foram indicados para a cirurgia (FURUTA, 2003).

A homeopatia na prevenção e no tratamento da dengue não teve evidências suficientes, seja para a prevenção, seja para o tratamento da doença, pois os estudos publicados não apresentaram qualidade metodológica e não têm força de recomendação, ou seja, não há resultados que indicam a homeopatia para o tratamento da dengue (MARTINEZ, 2014).

REFERÊNCIAS

CORREIA, A. D.; QUINTAS, L. E. M. Princípios e conceitos atuais da medicina homeopática. **Rev, Bras Med.**, v. 51, p. 914-920, 1994.

EISAYAGA, F. X. **História de la similitud em medicina**. In Eisayaga FX: Tratado de medicina homeopática, 3ª ed. Buenos Aires, Ediciones Marecel, 1992.

JONAS, W. B.; LEVIN, j. s. **Tratado de medicina complementar e alternativa**. São Paulo: Manole, 2001.

LYRIO, C. **Homeopatia por você**. Rio de Janeiro: Mauad, 2007.

PAULO, A. L. D. **o que você precisa saber sobre medicamento homeopático**. São Paulo: Organon, 1997.

RUIZ, R. **Da Alquimia à Homeopatia**. São Paulo: Edusc, 2002.

TEIXEIRA, M. Z. Estudos sobre doses e potências homeopáticas. **Rev. Homeopatia**, v. 60, p. 3-23, 1995.

TEIXEIRA, M. Z. Homeopatia, desinformação e preconceito. In: **Anais do VIII Encontro Internacional de Pesquisas Institucionais em Homeopatia**; São Paulo, Brasil, 2004.

TEIXEIRA, M. Z.; LIN, C. A, M. M. Homeopathy and acumpuncture teaching at Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Med J.**, v. 123, n. 2, p. 77-82, 2005.

UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Edital do concurso de seleção para médicos residentes (2004)**. Disponível em: http://www.Unirio.br/prog/posgrad/editais/editares_medica_2004.dac Acesso:15 out. 2018.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acesso 19, 20, 21, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 47, 48, 58, 59, 68, 81, 82, 84, 103

Ansiedade 11, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 66, 87, 88

D

Diabetes 11, 28, 31, 36, 37, 39, 40, 41, 44, 45, 46, 47, 48, 65, 72, 73, 75, 77, 82, 88

Doença 13, 17, 24, 27, 36, 37, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 62, 64, 100, 101, 102, 103

E

Enfermagem 20, 29, 30, 31, 32, 38, 39, 41, 58, 69, 74, 76, 80, 82, 84

Estoma 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69

Estudo 11, 19, 20, 25, 27, 29, 30, 37, 48, 51, 53, 54, 56, 57, 77, 78, 79, 80, 93, 100, 101, 102, 103

Estudos 13, 18, 19, 24, 27, 28, 29, 30, 45, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 78, 93, 97, 100, 103

M

Mulheres 16, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 72, 73, 74, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 89

O

Obesidade 28, 39, 65, 72, 74, 77, 79, 86, 87, 88, 89, 90

P

Paciente 16, 17, 18, 41, 44, 45, 46, 47, 50, 62, 63, 64, 66, 67, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 88, 101

Pacientes 13, 17, 19, 39, 46, 47, 56, 63, 64, 66, 68, 73, 79, 80, 84, 87, 92, 95, 102, 103

Pesquisa 11, 24, 30, 46, 52, 53, 58, 74, 77, 93, 94

Plantas 11, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 102

S

Saúde 11, 13, 16, 17, 18, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 36, 37, 39, 40, 41, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 58, 72, 80, 86, 87, 88, 89, 92, 93, 100, 102

T

Tratamento 13, 17, 20, 36, 45, 47, 52, 56, 57, 78, 79, 80, 81, 84, 86, 87, 88, 90, 92, 96, 100, 101, 102, 103

U

Urinária 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 88

V

Vida 11, 13, 16, 18, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 37, 39, 45, 50, 66, 67, 72, 73, 74, 76,

78, 79, 86, 89, 92, 102

SOBRE OS ORGANIZADORES

Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (2009); mestrado em Sistemas Agroindustriais (2018); especialização em Enfermagem em Estomaterapia pela Universidade Regional do Cariri (2022). Atualmente é diretora da Empresa Curae Soluções em Saúde e Docente dos cursos de Pós-graduação lato sensu das Faculdades Integradas do Ceará- UniFIC.

Helmo Robério Ferreira de Meneses

Possui graduação em Direito pela Universidade Regional do Cariri-URCA (2012); Especialização em Direito Administrativo e Gestão Pública pela Universidade Regional do Cariri-URCA (2017); Mestre em Sistemas Agroindustriais – PPGSA, Universidade Federal de Campina Grande-UFCG (2019); Advogado, inscrito na OAB/CE 28.609. Professor do Curso de Direito das Faculdades Integradas do Ceará - UniFIC na cidade de Iguatu - CE. Atualmente está Coordenador do Curso de Direito das Faculdades Integradas do Ceará - UniFIC.

Thalita Sévia Soares de Almeida Magalhães

Graduada em Farmácia - FSM, Mestre em Sistemas Agroindustriais – PPGSA/ UFCG e Doutora em Ciências Farmacêuticas - PPGCF/UFRN. Atualmente é professora das Faculdades Integradas do Ceará - UniFIC e Coordenadora de Curso de Bacharelado em Farmácia nas Faculdades Integradas do Ceará - UniFIC, Iguatu-CE.

Fernando Magno Bitú Magalhães

Graduado em Farmácia - FSM, Mestre em Sistemas Agroindustriais – PPGSA/ UFCG. Farmacêutico Clínico em Farmácia Comercial/Drogaria. Professor do Magistério Superior do Curso de Bacharelado em Farmácia nas Faculdades Integradas do Ceará - UniFIC, Iguatu-CE.

Sandra Maijane Soares de Belchior

Bacharel em Ciências Econômicas pela Faculdade Integrada de Patos – UNIFIP, Patos/PB; Licenciada em Pedagogia pela Universidade Tiradentes - UNIT; Mestre em Sistemas Agroindustriais pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Campus Pombal/PB, Pós-Graduada em Gestão Econômica e Estratégias de Negócios – UNIFIP; e Doutoranda em Engenharia de Processos – UFCG; Diretora Presidente das Faculdades Integradas do Ceará – UniFIC.

Vicente Saraiva dos Santos Neto

Graduado em Farmácia - FSM, Mestre em Sistemas Agroindustriais – PPGSA/ UFCG. Farmacêutico Clínico em Farmácia Comercial/Drogaria. Professor do Magistério Superior do Curso de Bacharelado em Farmácia nas Faculdades Integradas do Ceará - UniFIC, Iguatu-CE.

Samuel Alves Bezerra Neto

Graduado em Biomedicina - Faculdade Leão Sampaio. Especialista em Bioquímica - Faculdade Leão Sampaio. Especialista em Gestão da Vigilância Sanitária - IEP Sírio-Libanês. Mestre em Genética – UFPR. Coordenador Executivo da Vigilância Sanitária de Iguatu. Professor do Curso de Bacharelado em Farmácia nas Faculdades Integradas do Ceará - UniFIC, Iguatu- CE.

Paulo Florentino Teixeira Neto

Graduado em Farmácia - UFC; Mestre em Patologia - UFC; Especialização em Hematologia Clínica e Laboratorial (em andamento) - UFPE; Título de Especialista em Análises Clínicas (TEAC) - SBAC; Analista Clínico Laboratório LABJAB- Iguatu-CE. Professor do Magistério Superior nas Faculdades Integradas do Ceará - UniFIC, Iguatu-CE.

Silmara Tavares Bandeira

Graduada em Farmácia - FSM, Mestre em Sistemas Agroindustriais – PPGSA/ UFCG. Professora do Magistério Superior do Curso de Bacharelado em Farmácia nas Faculdades Integradas do Ceará - UniFIC, Iguatu-CE.

Elissandra Couras Angélico

Graduada em Biologia - URCA, Mestre em Sistemas Agrossilvipastoril no Semiárido – UFCG. Professora do Magistério Superior de Curso de Bacharelado em Farmácia nas Faculdades Integradas do Ceará - UniFIC, Iguatu-CE. Analista ambiental na Secretaria de Meio Ambiente, Sustentabilidade e Proteção Animal- SEMASPA.

Francisco Ivo Gomes de Lavor

Pedagogo pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Sobral – CE; Mestre em Sistemas Agroindustriais pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Campus Pombal/PB; Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional pela UniFIC - Iguatu/CE; Formador de profissionais da Educação (incluindo professores e gestores) nas áreas de: inteligência emocional, comunicação e oratória, didática, tecnologias digitais, inovações pedagógicas e BNCC; Coordenador do Curso de Pedagogia e Coordenador Acadêmico das Faculdades Integradas do Ceará - UniFIC.



PESQUISA MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE

O PROTAGONISMO ACADÊMICO EM EVIDÊNCIA

RFB Editora
Home Page: www.rfbeditora.com
Email: adm@rfbeditora.com
WhatsApp: 91 98885-7730
CNPJ: 39.242.488/0001-07
Av. Augusto Montenegro, 4120 - Parque Verde, Belém - PA, 66635-110

