

REVISTA ESFERA ACADÊMICA SAÚDE
VOLUME 7, NÚMERO 1 - ISSN 2526-1304

REVISTA CIENTÍFICA



ISSN 2526-1304

REVISTA ESFERA ACADÊMICA SAÚDE

Volume 7, número 1

**Vitória
2021**

EXPEDIENTE

Publicação Semestral

ISSN 2526-1304

Temática: Saúde

Revisão Português

Andressa Borsoi Ignez

Capa

Marketing Centro Universitário Multivix- Vitória

Elaborada pela Bibliotecária Alexandra B. Oliveira CRB06/396

Os artigos publicados nesta revista são de inteira responsabilidade de seus autores e não refletem, necessariamente, os pensamentos dos editores.

Correspondências

Coordenação de Pesquisa e Extensão Centro Universitário Multivix- Vitória

Rua José Alves, 301, Goiabeiras, Vitória/ES | 29075-080

E-mail: pesquisa.vitoria@multivix.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO MULTIVIX - VITÓRIA

DIRETORA GERAL

Leila Alves Côrtes Matos

COORDENAÇÃO ACADÊMICA

Michelle Oliveira Menezes Moreira

COORDENADOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

Hêmyle Rocha Ribeiro Maia

CONSELHO EDITORIAL

Alexandra Barbosa Oliveira
Karine Lourenzone de Araujo Dasilio
Michelle Moreira
Patricia de Oliveira Penina

ASSESSORIA EDITORIAL

Cecília Montibeller Oliveira
Daniele Drumond Neves
Helber Barcellos Costa
Karine Lourenzone de Araujo Dasilio

ASSESSORIA CIENTÍFICA

Ana Cristina de Oliveira Soares
Helber Barcellos da Costa
Ketene W. Saick Corti
Maycon Carvalho
Patricia de Oliveira Penina
Tania Mara Machado
Vinicius Santana Nunes

APRESENTAÇÃO

A saúde sempre será um objeto de estudo interessante, uma vez que os avanços dessa área resultam em melhora da qualidade de vida de pacientes e em políticas públicas que contribuem para o progresso dos aspectos socioeconômicos e até mesmo culturais da humanidade.

Nessa perspectiva, lançamos a Revista Esfera Acadêmica Saúde, que aborda temas da saúde impactantes para a sociedade atual. Esperamos que a revista seja uma fonte de informação, bem como um meio de conhecimento profundo, com a finalidade de contribuir para a transformação da sociedade.

Boa leitura!

Sumário

UMA ANÁLISE ACERCA DOS RETROCESSOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL	6
ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS NO DOENTE RENAL CRÔNICO	22
ABORDAGEM E ATRIBUIÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	33
APLICAÇÃO DO JEJUM INTERMITENTE COMO ESTRATÉGIA NA REDUÇÃO DO PESO CORPORAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	39
IMPACTO DA OSTEOPOROSE EM IDOSOS E SUA RELAÇÃO COMA VITAMINA D – NO CONTEXTO DE 2017 A 2021 – REVISÃO	58
O USO DA TOXINA BOTULÍNICA COMO TERAPIA MEDICAMENTOSA NAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	74
PIOMETRIA ABERTA EM CADELA IDOSA: ESTUDO DE CASO.....	87
LIPIDOSE HEPÁTICA EM FELINA	94
O ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DURANTE O PUERPÉRIO.....	123

UMA ANÁLISE ACERCA DOS RETROCESSOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

Carlos Marcelo Assis Souza¹, Karina da Silva Jacobina¹, Lorena Muniz Teixeira Coutinho¹, Adriana Elisa de Alencar Macedo².

Graduando do Curso de Psicologia da Faculdade Multivix - Campus Vitória

² Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Pará - Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Multivix Campus Vitória

RESUMO

O presente artigo analisa as políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil, visando produzir uma reflexão sobre normatizações do Ministério da Saúde, divulgadas no período de 2016 a 2019. A metodologia utilizada é pautada na pesquisa documental explicativa, em que se propõe analisar as políticas que têm regido os serviços de atenção psicossocial no Brasil nos últimos anos e refletir sobre as consequências que implicam num retrocesso das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, conquistados com tanto esforço a partir da luta popular.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica, retrocessos, políticas de saúde mental.

ABSTRACT

This article examines the political scene's influences on the creation of mental health, alcohol and other drugs' public policies in Brazil aiming to create a reflection on normativization from the Ministry of Health published between 2016-2019. The methodology applied is based on the documental explicative research, which seeks to analyze the policies that have ruled the psychosocial services of attention in Brazil over the last few years and reflect over the consequences that imply in setbacks of the Psychiatric Reformation's guidelines, accomplished with such effort by popular request.

Keywords: Psychiatric reformation, setbacks, mental health politics.

INTRODUÇÃO

De acordo com Amarante (1995), durante a década de 1970 o Brasil vivia um processo de redemocratização e mobilização de lutas sociais contra o regime ditatorial vigente. No decorrer desse processo, os movimentos de Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) ganham força e promovem grandes mudanças no cenário das políticas de saúde e saúde mental no país.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 institui como dever do Estado assegurar a garantia dos direitos básicos sociais e individuais a todo povo brasileiro a partir da igualdade, liberdade, saúde e bem-estar, pautadas numa sociedade livre, justa, pluralista, solidária e sem preconceitos. A criação da Lei 8080/90 dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e possibilita condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços baseados nos princípios da universalização, equidade e integralidade. E a Lei 10.216 de 2001 versa sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental, se pautando na garantia dos direitos básicos, na reinserção social e na desospitalização. Esses são exemplos dos ganhos obtidos pelos movimentos de reforma que asseguram aos indivíduos com transtornos mentais sua condição de sujeito de direito e instituem o início do rompimento de uma longa trajetória da lógica manicomial e hospitalocêntrica.

Com a criação do SUS, é possível observar mudanças profundas nas políticas de saúde no Brasil no que diz respeito à atenção básica, possibilitando ganhos como a participação popular, a

universalização do direito do acesso da população aos serviços de saúde independente de características sociais, a diminuição das desigualdades, a descentralização, além de uma concepção ampliada de saúde que supera o modelo organicista e medicalizante.

O movimento da Reforma Psiquiátrica estabeleceu a responsabilidade do Estado no desenvolvimento das políticas públicas de saúde e possibilitou o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos e a abertura de novos serviços como a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que são métodos substitutivos do modelo asilar e garantem a dignidade do usuário do serviço de saúde mental, álcool e outras drogas a possibilidade de tratamento e reabilitação dentro de parâmetros que preconizam seus direitos como sujeitos sociais, incentivando a autonomia, respeito e liberdade.

Entretanto, na contramão dessas conquistas, nos últimos anos têm-se vivenciado no Brasil a publicação de normativas do Governo Federal que promovem um desmonte da política nacional de saúde mental, estabelecendo a criação de uma nova política com princípios que se assemelham à lógica manicomial e hospitalocêntrica, e que subvertem os ganhos sociais que essas políticas proporcionaram nas últimas décadas ao propor o retorno do incentivo às internações psiquiátricas, a abstinência nos tratamentos de usuários de álcool e outras drogas, o incentivo à eletroconvulsoterapia, dentre outros fatores que apontam não só para o descumprimento das medidas conquistadas pela Lei 10.216, mas também para um retrocesso nas políticas de saúde mental, álcool e outras drogas.

Entre os documentos que apontam para esses retrocessos está a Resolução Nº 32/2017, que, pela primeira vez desde a Reforma Psiquiátrica, passa a mencionar o hospital psiquiátrico como um dos dispositivos da rede de atenção psicossocial. Junto a ela, a Portaria MS 3.588 de 21/12/2017, que institui o Caps AD IV, um serviço de atendimento em modalidade de urgência e emergência que põe em xeque a teorização do vínculo terapêutico que faz parte da forma de tratamento oferecida pelos Caps.

Ainda entre os retrocessos, a resolução Nº1 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad) promove o desmonte da política de redução de danos no tratamento de usuários de álcool e outras drogas, instituindo como método a abstinência total. Esses dados culminam na criação da Nota Técnica Nº 11/2019, que determina essas mudanças na política nacional de saúde mental e sobre drogas, e, posteriormente, no Decreto Presidencial Nº 9.761, de 14/04/2019, que revoga o Decreto Nº 4.345 de 2002 sobre a política nacional antidrogas baseadas na redução de danos. As consequências dessa nova política põem em xeque toda a história de uma luta pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e apontam para o retorno a um modelo excludente, medicalizante, manicomial e asilar.

ANÁLISE ACERCA DOS GANHOS E RETROCESSOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Segundo Silva e Silva (2020), a tendência ao conservadorismo e as políticas neoliberais que permeiam o cenário político do Brasil nos últimos anos tendem a reorganizar os serviços de

saúde mental de forma que andem na contracorrente dos direitos obtidos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, tendo em vista que esses movimentos possibilitaram a criação de políticas que instituíssem como dever do Estado assegurar que os direitos básicos de todos os brasileiros fossem garantidos ao passo que as políticas neoliberais, por sua vez, influenciam a criação de propostas que beneficiem o setor privado, como por exemplo o retorno aos hospitais psiquiátricos, parcerias com residências terapêuticas privadas e incentivo à medicalização.

Ao analisar os pontos destacados abaixo, será possível perceber como as perdas sociais mais significativas ocorridas nos últimos cinco anos nas políticas de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil parecem estar relacionadas com a forma de governo vigente nesse período e com as ideias propagadas por ele, de influência conservadora e neoliberal, o que como consequência provoca um desmonte de diversas políticas sociais e humanizadas em prol de um modelo moralista e excludente.

CENÁRIO DE REDEMOCRATIZAÇÃO DO BRASIL E CONQUISTAS DOS MOVIMENTOS DE REFORMA

Em termos de ações no âmbito da saúde, na história das políticas públicas, percebeu-se que o Brasil vive cenários alarmantes e críticos enquanto provedor de recursos, ao passo que ao longo do tempo, movimentos importantes foram organizados para conquistar e estabelecer uma perspectiva diferente e mais ética. Contudo, a tendência ao conservadorismo e neoliberalismo, indicadas por meio das mais recentes reorganizações dos serviços de saúde mental dentro do cenário político atual, apontam para um retrocesso diante das conquistas compreendidas ao longo dos anos posteriores à Reforma Psiquiátrica.

Dentre os cenários que demandaram expressões críticas e calorosas em prol de mudanças no Brasil esteve o Golpe Civil-Militar de 1964 (SANTOS, 2013). Esse tempo não somente impactou a democracia, mas também os serviços de saúde vigentes na época de modo muito particular aos que assumiam os cuidados na área de saúde mental. A “Indústria da Loucura” (MELLO, 1977) refletiu ações de segregação a pessoas consideradas desviantes, alienadas e até mesmo improdutivas. Os Hospitais Psiquiátricos, em ampla escala de inauguração, acabaram por tornar-se instrumentos de repressão política, influenciados ainda por questões de ordem econômica ao contemplar a indústria farmacêutica com a medicalização das pessoas internadas (ARANHA, 2003). Segundo dados do mais recente Relatório de Inspeção Nacional em Hospitais Psiquiátricos do Brasil, 52% da inauguração de instituições asilares com esse perfil foram estabelecidos durante o Golpe de 1964, o que demonstra uma preocupação por entender a potência que é trabalhar o repertório mental nos sujeitos, contudo, utilizando-se de ferramentas antiéticas, inaceitáveis e condenáveis.

Foi na década de 1950 que os Hospitais Psiquiátricos tomaram força no quesito quantitativo e acabaram por não sustentar tal métrica, assim como as práticas contrárias a um cuidado humanizado, de modo a gerar questionamentos acerca de sua eficácia. Desse modo, em 1978,

com influência de movimentos importantes, como o do italiano Franco Basaglia e a proposta de erradicar o contexto que engloba o manicômio, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental abre caminho para mudanças importantes. Em 1980, estruturas que antes funcionavam como manicômios passaram a ser Centros de Atenção Psicossocial (Caps), com uma proposta completamente diferente da estabelecida por meio do viés prioritariamente biomédico. Esse período, no Brasil, foi marcado pela então Reforma Psiquiátrica e início dos trabalhos em relação à Luta Antimanicomial, que persiste nos dias atuais (BATISTA, 2014).

Paulo Amarante, em sua obra “Loucos pela vida”, disserta sobre o importante movimento de Reforma Psiquiátrica, trazendo ainda uma análise sobre o Paradigma Psiquiátrico clássico que precisava ser confrontado, em que fica evidente a segregação do louco em vista da produção do saber médico:

A ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade. Assim, institui-se uma ação pedagógica moral que possa restituir dimensões de razão e equilíbrio. Dessa forma, a relação que se estabelece entre o sujeito que cura e o objeto de intervenção, subtrai a totalidade subjetiva e histórico-social a uma leitura classificatória do limite dado pelo saber médico (AMARANTE, 1995 p.88).

A partir dos movimentos de Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, o setor de saúde passa a fomentar articulações que possibilitem a elaboração de um sistema de saúde eficaz. Segundo Castro e Machado (2012), nos anos 1970, a partir do plano internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) possibilitaram a difusão do conceito de atenção primária à saúde por meio da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata. Nessa conferência, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi adotada como um modelo eficaz e uma estratégia para alcançar a meta "Saúde Para Todos no ano 2000".

Após esse marco, muitas reformas continuaram acontecendo no sistema de saúde do Brasil. A Psicologia, por sua vez, começou a aparecer nesse modelo a partir da década de 1980, quando, de acordo com Jimenez (2011), surgiram várias propostas e reivindicações apontando para a necessidade de mudanças na abordagem dos problemas de saúde de modo geral e também na complexidade das questões de saúde mental, reforçando a importância da Psicologia como uma área de grandes possibilidades de contribuição nas equipes multiprofissionais.

Assim, entre 1983 e 1987, a configuração do setor de saúde era representada pelas ações integradas de saúde (AIS). Eventos como a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, reforçaram os ideais já discutidos até ali e acrescentaram a urgência de reformular o currículo dos profissionais de saúde, adaptando-os à nova realidade do trabalho em equipes multiprofissionais e para o desafio de reverter o modelo assistencial biomédico. Em 1987, as AIS foram substituídas pelo Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), e, no ano seguinte, em 1988, foi aprovado na nova Constituição o Sistema Único de Saúde (SUS) (JIMENEZ, 2011).

De acordo com Castro e Machado (2012), a partir da criação do SUS, é possível observar mudanças profundas nas políticas de saúde no Brasil no que diz respeito à atenção básica, possibilitando ganhos como a participação popular, a universalização do direito do acesso da população aos serviços de saúde independente de características sociais, a diminuição das desigualdades, a descentralização, além de uma concepção ampliada de saúde que supera o modelo organicista e medicalizante. A criação do SUS permitiu não somente um novo modo de funcionamento nas práticas de saúde, mas também direcionou tais serviços à população como um todo, sendo seus membros vistos como sujeitos de direitos.

Desse modo, as políticas de saúde no Brasil foram se estabelecendo em diferentes ramificações para obter um maior alcance e, nesse processo, a saúde mental foi contemplada com programas que trouxeram mudanças significativas em relação à lógica de cuidados que persistia até o século XX, voltado para um modelo asilar. Dentre eles, pode-se mencionar a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Estratégia de Consultório na Rua, entre outros.

Os avanços em relação ao tratamento e tratativa de sujeitos acometidos de transtorno mental foram significativos, e aqui destaca-se a Lei 10.216, de abril de 2001. Uma vez que, por meio do SUS, o modo de funcionamento dos dispositivos públicos considera indivíduos como sujeitos de Direitos, essa lei busca acolher o público que demanda esses cuidados, reforçando que não pode haver nenhum tipo de discriminação no processo. O contexto para a pessoa com transtorno mental tornou-se mais humano, priorizando aspectos como o respeito, sigilo, informação adequada, tratamento feito por profissionais, ambiente terapêutico, entre outros. Além disso, até mesmo para casos de internação elas passaram a não ser feitas com objetivo quantitativo e, por vezes, desordenado, sendo estipulado uma métrica para garantir maior atenção e ética.

Para além, a Política Nacional de Saúde Mental brasileira ampliou-se ao instituir uma rede em que os casos que englobam a saúde mental seriam cuidados e organizados desde a prevenção até a reabilitação. A Raps foi pautada nos princípios do cuidado, atendimento integral e singularidade, de modo que o acolhimento e acompanhamento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, ou também com questões derivadas do uso de drogas, é feito de modo único e humanizado, considerando o contexto da pessoa envolvida - suas possibilidades e dificuldades enfrentadas. Para isso, os Caps tornaram-se unidades especializadas nesse atendimento, focando não somente no tratamento e aspectos biomédicos, mas também na adequada reinserção desses sujeitos de direitos. É importante mencionar a potência do trabalho desenvolvido nas seis diferentes modalidades desses centros (Caps I, Caps II, Caps i, Caps ad, Caps III, Caps ad III), pois, com equipes multidisciplinares, atendem casos de transtornos mentais graves e persistentes e transtornos pelo uso de álcool e outras drogas ou uso de substâncias psicoativas, sendo essas práticas muito diferentes do modelo asilar vivenciado décadas anteriores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, acesso em 07 nov. 2021).

Em sequência, segundo dados do Manual Sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua (2012), em 2011 deu-se início ao trabalho de Consultório na Rua em Suas Três Diferentes Modalidades. Por meio de equipes multiprofissionais, foram contempladas pessoas em

situação de vulnerabilidade, que indicavam estar com vínculos extremamente fragilizados em relação a familiares, tendo, por conseguinte, a realidade de pessoas em situação de rua. Esses consultórios não foram pensados e estruturados como local físico, pelo contrário, com dispositivos móveis, um cuidado integral poderia chegar aos sujeitos alvo do projeto. Assim, grupos profissionais, incluindo psicólogos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, entre outros trabalhadores da saúde e educação, puderam contribuir em sua formação específica.

Ainda sobre os importantes e excepcionais projetos contemplados pela Atenção Básica no Brasil, está o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Ele também se trata de uma atividade multidisciplinar e, portanto, diversos conhecimentos e perspectivas na área de saúde são ofertados em prol de um cuidado mais efetivo. Um dos maiores objetivos ao atuar pelo PTS é ampliar as possibilidades terapêuticas, de modo que o foco seja o usuário e o seu caso em específico. Assim, adaptações são consideradas durante a construção de ideias e implementações das ações, entendendo que elas podem ser únicas para o sujeito, mas o saber e os cuidados desenvolvidos podem ser compartilhados em casos similares (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012).

É surpreendente e, por vezes, desanimador notar como os períodos de tempo se distanciam e algumas práticas permanecem, salvo determinadas adaptações que ocorrem no processo. Ao passo que essa correlação pode soar extrema, entende-se que há uma linha tênue separando momentos antigos e duradouros de segregação de algumas das alterações propostas na Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017, e na Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Nota-se, ainda, que para contemplar o modelo biomédico, muitas pautas trabalhadas por psicólogos e outros profissionais da saúde em todo o Brasil foram marginalizadas.

RETORNO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E AUMENTO DE VERBA COMO INCENTIVO À INTERNAÇÃO

Depois de tantos avanços na política de saúde mental, que vieram como resultado da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, percebe-se uma recente mudança de direção nesse campo. As conquistas que foram consagradas na constituição de 1988, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e especialmente na Lei 10.216 de 2001, garantiam às pessoas com transtorno mental um tratamento tanto digno quanto adequado, pois reconhecia-os enquanto sujeitos de direitos. E tal cenário começou a mudar com a publicação de novas resoluções, decretos e portarias que desfiguram o espírito dessas leis e indicam um retrocesso histórico.

A Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017, e a Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro do mesmo ano, trazem de volta o hospital psiquiátrico como parte da Rede de Atenção Psicossocial. Tais documentos vão além, pois sinalizam um significativo aumento do investimento financeiro nessa estratégia de tratamento, como podemos ler no artigo 9º e seus parágrafos da Resolução Nº 32 do ministério da saúde:

- Art. 9º - Ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
- I - Estimular a qualificação e expansão de leitos em enfermarias

especializadas em Hospitais Gerais; [...] III - monitorar sistematicamente a taxa de ocupação mínima das internações em Hospitais Gerais para o pagamento integral do procedimento em forma de incentivo; IV - reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do Hospital (BRASIL, 2017, Art. 9º).

Embora tais documentos não declarem a substituição do modelo comunitário de atendimento, privilegiam abertamente o modelo asilar ao apontar para a ampliação da oferta de leitos hospitalares. Se a Reforma Psiquiátrica orientou a política de saúde mental na direção de um atendimento integral e humanizado, caracterizado por múltiplos dispositivos como os Caps e toda a Rede de Atenção Psicossocial que inclui serviços como os consultórios de rua e os serviços residenciais terapêuticos, por exemplo, as normativas recentes vão em sentido contrário, hospitalocêntrico, ao garantir um pagamento mínimo e oferecer reajuste de valores de diárias para internação.

Essa mudança na abordagem tem como pano de fundo o uso de verbas públicas para financiar a atuação da iniciativa privada no setor de saúde mental, num evidente desvio de finalidade, que enfraquece o Sistema Único de Saúde em seus princípios e suas práticas. Como aponta Siqueira (2019), já em 2018 é publicada a Portaria Nº 2.434, que reajusta em 60% o valor das diárias de internação. Algo que na visão do então presidente do Conselho Nacional de Direitos Humanos e vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental, Leonardo Pinho, provocou um aumento na permanência desses pacientes nas unidades hospitalares: “volta aquela visão de que as pessoas podem ser retiradas do convívio social e serem colocados em lugares de internação, já que começa a se receber mais verbas por isso” (SIQUEIRA, 2019).

Desse modo, fica explícito o interesse em atender a demanda de grupos econômicos privados em detrimento das reais necessidades das pessoas com transtornos mentais. Também o gradativo esvaziamento dos princípios norteadores das políticas públicas, bem como das novas estratégias e estruturas que emergiram como resultado da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, e que representavam um grande avanço no atendimento aos usuários dos serviços públicos de saúde mental. Tal posicionamento por parte de governos recentes representa um retrocesso e também um ataque aos fundamentos que garantiram tantos avanços na política de saúde mental no Brasil. Pois, como explicam Darosci e Cabral (2019), a Reforma Psiquiátrica pressupõe uma mudança importante no que concerne à assistência às pessoas com transtornos mentais, substituindo os conhecidos asilos por uma transformação na organização dos processos de trabalho e na estrutura dos serviços psiquiátricos.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL E O DESMONTE DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS

Historicamente é possível perceber que as drogas fazem parte da experiência humana, como aponta o Conselho Federal de Psicologia (2019), ao fazer uma contextualização histórica acerca do tema no livro de Referências Técnicas para a atuação de psicólogos (os) em políticas públicas de álcool e outras drogas.

Ainda no texto de contextualização histórica, o documento aponta para a dificuldade de se esperar por uma sociedade sem drogas, visto que desde tempos muito antigos até os dias de hoje sempre houve registros na história da humanidade do uso de substâncias psicoativas. O que essa introdução visa produzir é um olhar crítico para a problemática do proibicionismo, posto que no Brasil o início da prática de proibição ao uso de substâncias consideradas ilícitas se dá no contexto da escravidão, como medida exclusivamente racista por meio da criminalização dos hábitos culturais associados aos povos negros por relacionarem o hábito de fumar maconha com essa comunidade. Dessa forma, a política proibicionista no Brasil é permeada por um recorte racista e de violência de Estado, como aponta o documento do CFP:

Ao longo da história as políticas de drogas também serviram de engrenagem para o racismo e a violência de Estado. Como fica evidente no caso da proibição do “pito do pango” no passado e os altos índices de letalidade decorrentes do uso da força policial no presente. Isso está associado no Brasil à criminalização dos hábitos e o controle dos corpos a partir de um recorte étnico-racial (Conselho Federal de Psicologia, 2019 p.27).

É importante ressaltar essa visão histórica pois implica que a problemática das drogas vai muito além dos danos e agravos à saúde do usuário, sem contar também que as drogas lícitas, como álcool e fármacos, por exemplo, podem provocar sérios danos à saúde e são consideradas legais, o que leva a outros questionamentos mercadológicos e capitalistas envolvendo as indústrias que os produzem.

Considerando o problema de saúde pública relacionado ao uso de álcool e outras drogas, sabe-se que durante muito tempo a forma de tratamento utilizada era baseada no modelo asilar, com internações nos antigos hospitais psiquiátricos, clínicas de reabilitação ou comunidades terapêuticas de cunho religioso, por meio da prática de abstinência e medicalização. Muitas dessas internações eram feitas de forma compulsória, advindas de um modelo médico-moral de tratamento, sem levar em conta a singularidade e a autonomia do sujeito (CFP, 2019).

Apesar de terem sido conquistados diversos direitos de assistência às pessoas em sofrimento psíquico com os movimentos de reforma a partir da década de 1970, somente em 2003 que passa a vigorar no Brasil uma política voltada para usuários de álcool e outras drogas e que leva em consideração a autonomia do usuário e seus direitos como sujeito, por meio da Política de Redução de Danos. E como medida inicial para a implementação de novas políticas de saúde para usuários de álcool e outras drogas está a criação do Decreto Nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, que institui a Política Nacional Antidrogas, estabelecendo diretrizes para o desenvolvimento de

estratégias de enfrentamento ao problema das drogas no país e baseando a forma de tratamento na política de redução de danos.

Vale ressaltar que esse documento é criado a partir das discussões promovidas na Assembleia Geral das Nações Unidas realizada em 7 de junho de 1998 para tratar do “Problema Mundial das Drogas”. É um documento permeado de ideais proibicionistas, que como já citado aqui é problemático quando se trata de direitos humanos por ser um modelo que reforça a prática da abstinência e as internações involuntárias, além de implicar em questões sociais e raciais que se relacionam com a proibição e diminuição da demanda de circulação de drogas ilícitas. Já as formas de tratamento surgem no decreto como pautadas na política de redução de danos e na reinserção social, visando reduzir as situações de risco mais constantes decorrentes do uso de drogas, que representam potencial prejuízo para o indivíduo e para a sociedade.

É perceptível que, como aponta Andrade (2000), o proibicionismo e a redução de danos são modos distintos de lidar com o “fenômeno das drogas”, visto que o proibicionismo visa reduzir oferta e demanda por meio de repressão e criminalização tanto de uso quanto de comércio e produção, enquanto a redução de danos permite a possibilidade de um tratamento que é elaborado junto com o usuário de forma a respeitar sua autonomia e direitos, sem julgamentos morais, reduzindo possíveis riscos para o usuário.

Segundo Zaghlout (2018), o início da política de proibição e criminalização do uso de drogas no Brasil se dá quando substâncias utilizadas por grupos dominantes da sociedade passam a ser consumidas por grupos minoritários, o que demonstra a origem racista que permeia o proibicionismo desde tempos antigos até a atualidade:

Isso acontece de tal forma que essa origem racista da política proibicionista é refletida diariamente na legislação que hoje regulamenta a política criminal de drogas no Brasil. A Lei n. 11.343/2006 é, atualmente, uma das principais responsáveis pelo alto número de encarceramento nos presídios, sendo maioria brutal dos encarcerados composta por negros. Seguindo com o reflexo de preconceitos e estigmas, junto com a lei foi criado um estereótipo de quem seria enquadrado como traficante e usuário. Partindo também de vários estudos criminológicos de que a Justiça Penal é mais severa com os criminosos negros do que para os brancos, é permitido dizer: o princípio consagrado na Carta Magna, que articula que “todos são iguais perante a lei” não vigora nesses casos (ZAGHLOUT, 2018 p.88).

Essa problemática implica também na questão da “guerra às drogas”, onde, para diminuir a produção e consumo de drogas, é preciso combater quem a produz e comercializa, o que consiste em resultados como brutalidade policial em populações periféricas, corrupção, incentivo ao comércio ilegal de armas e encarceramento, em sua maioria, da população negra e pobre, como explica a pesquisa “Um Tiro no Pé: Impactos da proibição das drogas no orçamento do sistema de justiça criminal do Rio de Janeiro e São Paulo” do projeto “Drogas: Quanto Custa Proibir” (2019).

Porém, mesmo diante de diversos problemas sociais que permeiam o proibicionismo e foram desconsiderados na criação destas políticas públicas, com a publicação do Decreto Nº 4.345, o país começa a utilizar a política de redução de danos para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, o que, sem dúvidas, é um avanço significativo na luta pelos direitos dos usuários. Historicamente, como aponta o documento do CFP (2019), a redução de danos já vinha sendo praticada e muito estudada em diversas universidades e órgãos nacionais por meio das políticas de prevenção à Aids e também em centros de tratamento e pesquisa sobre uso de álcool e drogas. E justamente por se mostrarem eficazes em articular práticas de atenção e cuidado integral, foram instituídas como política pública para a atenção psicossocial direcionada aos usuários de álcool e outras drogas.

Dessa forma, a política de redução de danos foi um importante marco de cidadania na história das políticas públicas de álcool e outras drogas por incentivar um rompimento das práticas punitivas, preconceituosas, pautadas em moralidade e no modelo asilar do tratamento e incentivar o início de uma nova forma de tratamento que visa a autonomia do sujeito, dando informações sobre as consequências do uso de drogas, conscientizando dos possíveis agravos à saúde sem discriminação e garantindo aos usuários que seus direitos básicos sejam assegurados.

A política de redução de danos se torna um marco justamente por promover um rompimento do modelo manicomial e asilar no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, pois, unida às Raps e aos Centros de Atenção Psicossocial, proporciona ao usuário que busca o serviço um atendimento humanizado, feito de forma singular e valorizando a autonomia, tendo o vínculo de tratamento como base para um processo de diminuição do sofrimento causado pelo uso excessivo de substâncias e conscientização de possíveis agravos, para que o próprio usuário compreenda seus limites e possa lidar de maneira mais saudável com o consumo ainda que não consiga deixar de consumir totalmente.

Desde o decreto Nº 4.345, em 2002, até o ano de 2017, as políticas voltadas para a atenção a usuários de álcool e outras drogas estiveram pautadas na política de redução de danos como uma das possibilidades oferecidas no tratamento e reabilitação desses usuários, porém as coisas começam a mudar quando o Governo Federal publica a Resolução Nº 1, de 9 de março de 2018, abrindo caminhos para a construção de uma nova política nacional sobre drogas e trazendo em seu texto pela primeira vez depois de décadas de lutas por direitos o incentivo à abstinência total como forma de tratamento para os usuários, promovendo assim um pontapé inicial para o desmonte da política de redução de danos.

Essa nova política fica ainda mais evidente com a publicação do Decreto Presidencial Nº 9.761 de 11, de abril de 2019, que aprova a Política Nacional Sobre Drogas (Pnad) e traz um texto permeado de ideias que aponta para um retorno do modelo asilar, medicalizante e hospitalocêntrico. Esse decreto revoga totalmente o Decreto Nº 4.345 citado anteriormente, que foi responsável pela conquista da política de redução de danos, o que só confirma o seu desmonte, além de fortalecer ainda mais as ideias proibicionistas, incentivar a internação em hospitais gerais e comunidades terapêuticas e promover a abstinência total como objetivo do tratamento (BRASIL, 2019).

NOVA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SOBRE DROGAS QUE ESTÁ SENDO CONSOLIDADA A PARTIR DA NOTA TÉCNICA Nº 11/2019

Como resultado desse processo recente porém acelerado de desconstrução dos ganhos e conquistas na política de saúde mental, álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde publicou em 04 de fevereiro de 2019 a Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Com o título “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”, esse documento consolida os instrumentos legais que trazem de volta a lógica hospitalocêntrica e asilar, bem como medicalizante e punitiva. E faz referência a todas as portarias e resoluções que promovem redirecionamento de recursos para os instrumentos e estratégias contidos na Luta Antimanicomial e na Reforma Psiquiátrica, bem como na política de redução de danos, como a Resolução CIT N.º 32/2017, de 17 de dezembro de 2017, a Portaria GM/MS N.º 3588, de 21 de dezembro de 2017, e a Portaria GM/MS N.º 2.434, de 15 de agosto de 2018.

Esse documento faz uma defesa explícita dos hospitais psiquiátricos como parte da Raps, e cita o aumento de investimento financeiro nesse dispositivo como forma de garantir o atendimento adequado (BRASIL, 2019 p.4). Afirma que a desinstitucionalização continuará sendo incentivada, mas que isso “não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos” (BRASIL, 2019 p.5). Justifica essa mudança na política de saúde mental afirmando que a cobertura de leitos está deficitária em comparação aos padrões internacionais, e que a redução de leitos psiquiátricos trouxe vários impactos negativos, como a migração de doentes mentais para os presídios ou para morar nas ruas; aumento das taxas de suicídio; proliferação das crackolândias; aumento da mortalidade de pessoas com transtornos mentais e dependência química, entre outros (BRASIL, 2019 p.5).

Entretanto, o único trabalho científico utilizado para fundamentar essas informações e a consequente mudança de estratégia não trata de nenhuma dessas questões. É um estudo epidemiológico sobre a prevalência de transtornos mentais na população carcerária (ANDREOLI, et. al 2014), e não estabelece qualquer relação entre os dados levantados e a necessidade de leitos psiquiátricos em hospitais. A mesma carência de fundamentação científica fica patente na inclusão das comunidades terapêuticas como parte da Raps, visto que são apresentados apenas documentos governamentais como a Portaria Interministerial Nº 2, de 21 de dezembro de 2017, e a resolução do Conad 01/2015, que estabelecem critérios não só para seu funcionamento, mas também para sua expansão e financiamento (BRASIL, 2019 p.5). Como destaca Dias (2019), ao comentar a entrevista de Paulo Amarante para o Informe ENSP da Fiocruz, sobre a Nota Técnica 11/2019:

Ao ser nomeada como “técnica” e seus defensores qualificarem as críticas como “ideológicas”, há uma estratégia de mascaramento dos interesses políticos e econômicos que compõem o documento, na visão de Amarante. “As ‘robustas evidências científicas’ que atribuem ao documento são utilizadas quando interessam,

descartando as que não corroboram a visão de mundo que tem (ABRASCO, 2019).

Embora o documento traga em si a alegação de que suas medidas atendem a anseios de movimentos sociais, a imediata e intensa reação de associações, conselhos profissionais e de saúde, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Conselho Federal de Psicologia, Conselho Regional de Enfermagem - SP, Conselho Regional de Fisioterapia e Conselho Regional de Serviço Social (Darosci e Cabral 2019), mostra que não houve qualquer debate ou discussão com todos os segmentos interessados. E mais: desconsidera todas as lutas que culminaram com a criação do SUS, a Reforma Psiquiátrica e a construção de uma nova abordagem para o tratamento de doenças mentais no Brasil.

Por tudo isso, fica evidente que o verdadeiro propósito da Nota Técnica 11/2019 é consolidar os recentes retrocessos nas políticas de saúde mental, fornecendo-lhes amparo legal, pois ao mesmo tempo em que robustece instrumentos, como as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, enfraquece conquistas históricas, como a estratégia de redução de danos em dependência química.

É importante ressaltar como fica evidente a relação dos ideais moralistas e neoliberais explícitos no atual governo, responsável pela consolidação de tais mudanças nas políticas de saúde mental no Brasil, com os retrocessos percebidos nas portarias e normativas aqui analisadas, que apontam para o fato de que quando esse tipo de política se fortalece fica perceptível um tremendo impacto negativo nas políticas sociais e nos direitos humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os movimentos de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial contribuíram para a restauração da democracia no Brasil e também foram decisivos para a conquista de direitos fundamentais à população. A Constituição de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde e a promulgação da Lei 10.216 de 2001 garantiram que as pessoas com transtornos mentais fossem reconhecidas como sujeitos de direitos e passassem a receber cuidado integral e tratamento humanizado. A criação de uma política de saúde mental que prioriza o respeito, a autonomia e a liberdade possibilitou a implementação de novos dispositivos como a Raps e os Caps e outras estratégias como a política de redução de danos.

Entretanto, várias resoluções, portarias e decretos governamentais publicados a partir de 2017 promoveram um contundente ataque a todas essas conquistas. A análise de tais documentos não deixa dúvidas sobre a tentativa de retorno ao modelo asilar, à lógica hospitalocêntrica e medicalizante, que atende aos interesses de grupos econômicos em detrimento das necessidades das pessoas com transtornos mentais e usuárias de substâncias psicoativas. Tais medidas mostram como a influência da política neoliberal, do capitalismo e do moralismo colocam em risco todas as conquistas listadas acima e representam a ameaça de um retrocesso sem precedentes na história recente da política de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

ANDRADE, T. **Consumo de drogas: desafios e perspectivas**. São Paulo: Hucitec, 2000.

Andreoli SB, dos Santos MM, Quintana MI, Ribeiro WS, Blay SL, Taborde JGV, et al. (2014) **Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of São Paulo**, Brazil. PLoS ONE 9(2): e88836. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088836>

BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Política & Trabalho**, n. 40, 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Micheline-Batista/publication/264943132_Breve_historia_da_loucura_movimentos_de_contestacao_e_reforma_psiquiatrica_na_Italia_na_Franca_e_no_Brasil/links/53f732b00cf22be01c454a7d/Breve-historia-da-loucura-movimentos-de-contestacao-e-reformapsiquiatrica-na-Italia-na-Franca-e-no-Brasil.pdf> Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Decreto Nº 4.354, de 26 de agosto de 2002. Institui a política nacional antidrogas e dá outras providências. **Presidência da República**, Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm> Acesso em: 11 out. 2021.

BRASIL. Decreto Nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a política nacional sobre drogas. **Presidência da República**, Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm> Acesso em: 11 out. 2021.

BRASIL. Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Presidência da República**, Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 11 out. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em **situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf> Acesso em: 07 nov. 2021.

Brasil. Ministério da saúde. Ações e programas. **Centro de Atenção Psicossocial - CAPS**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoese-programas/caps>> Acesso em: 07 nov. 2021.

BRASIL. Nota técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimento sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre drogas. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudemental.pdf> Acesso em: 24 out. 2021.

BRASIL. Portaria Nº 2.434, de 15 de agosto de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html> Acesso em 07 out. 2021.

BRASIL. Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> Acesso em: 07 out. 2021.

BRASIL. Resolução Nº 1, de 09 de março de 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9de-marco-de-2018-6285971>> Acesso em: 11 out. 2021.

BRASIL. Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Ministério da Saúde**, Brasília, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html> Acesso em: 07 out. 2021.

CABRAL, S. B.; DAROSCI, M. A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil: Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). In: III SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL, 2019, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 13 a 14 de novembro de 2019.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C.V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [2]: 477-506, 2012.

CESeC. Um Tiro no Pé: Impactos da proibição das drogas no orçamento do sistema de justiça criminal do Rio de Janeiro e São Paulo. **Drogas: Quanto custa proibir**, 2019. Disponível em: <<https://drogasquantocustaproibir.com.br/seguranca-e-justica/>> Acesso em: 23 out. 2021

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). **Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) em políticas públicas de álcool e outras drogas** [recurso eletrônico] / Conselho Federal de Psicologia. 2. ed. Brasília: CFP, 2019. Dados eletrônicos (pdf). Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2019/09/AlcooleOutrasDrogas_web-FINAL.pdf> Acesso em: 11 out. 2021

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). **Hospitais psiquiátricos no Brasil: Relatório de inspeção nacional** [recurso eletrônico] / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1. ed. Brasília: CFP, 2019. Dados eletrônicos (pdf). Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiq-ContraCapaFinal_v2Web.pdf> Acesso em: 01 nov. 2021.

DIAS, B. C. Paulo Amarante fala sobre retrocessos na política de saúde mental. **Abrasco**, 2019. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemasde-saude/paulo-amarante-fala-sobre-retrocessos-na-saude-mental/39546/>> Acesso em: 01 nov. 2021.

Ditadura militar e democracia no Brasil: história, imagem e testemunho. Maria Paula Araujo, Izabel Pimentel da Silva, Desirree dos Reis Santos (**org**). 1 ed., Rio de Janeiro: Ponteio, 2013.

JIMENEZ, L. Psicologia na atenção básica à saúde: demanda, território e integralidade. **Psicologia & Sociedade**, 23(n. spe.), 129-139, 2011.

MELLO, C.G. **Saúde e assistência médica no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBES; 1977.

MIRANDA, F. A. C.; COELHO, E. B. S.; MORÉ, C. L. O. O. **Projeto terapêutico singular** [Recurso eletrônico] / Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1089>> Acesso em: 07 nov. 2021.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde: Aranha, Márcio Iorio (**Org.**). Direito sanitário e saúde pública: Coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf>. Acesso em: 29 out. 2021.

SILVA, L. B.; SILVA, A. X. A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 23, N.1, p.99-119, jul. /set. 2020.

SIQUEIRA. E. **É um retrocesso de 30 anos na saúde mental**. ISC - UFBA, 2019. Disponível em: <<http://www.isc.ufba.br/e-um-retrocesso-de-30-anos-na-saudemental-critica-presidente-doconselho-nacional-de-direitos-humanos/>> Acesso em 06 out. 2021.

ZAGHLOUT, S. A. G. **Seletividade racial na política criminal de drogas: perspectiva criminológica do racismo** [recurso eletrônico] / Sara Alacoque Guerra Zaghout - Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2018. Dados eletrônicos (pdf). Disponível em: <<https://www.editorafi.org/466sara>> Acesso em: 23 out. 2021.

ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS NO DOENTE RENAL CRÔNICO

Amanda Silva Martins¹; Joyce Rogge Potratz¹; Izabela Kurth¹; Darlon de Oliveira Souza²

1. Acadêmicos do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Multivix Vitória
2. Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Multivix Vitória

RESUMO

Nos últimos anos, mesmo que os diversos avanços tecnológicos tenham tornado mais sofisticados os métodos de terapia substitutiva renal e que o treinamento dos profissionais que atuam na reabilitação renal seja mais eficiente, os pacientes renais crônicos, durante a evolução de sua doença, podem manifestar inúmeras alterações comportamentais, mediante os diferentes sintomas e mudanças que vivenciam. Essas alterações estão diretamente relacionadas à sua nova condição e a todos os impactos que a DRC traz para o organismo. A descrição das diversas manifestações neurofisiológicas e neuroanatômicas vivenciadas pelos pacientes renais podem ajudar na compreensão das complexas alterações de ordem psicológica, sociocultural e pessoal que lhes afetam.

Palavra-chave: doente renal, doença crônica, sofrimento.

ABSTRACT

In recent years, even though the various technological advances have made the methods of renal replacement therapy more sophisticated and the training of professionals working in renal rehabilitation is more efficient, during the evolution of their disease, chronic kidney patients can manifest numerous changes. Behavioral changes, through the different symptoms and changes they experience. These changes are directly related to your new condition and all the impacts that CKD brings to the body. The description of the different neurophysiological and neuroanatomical manifestations experienced by renal patients can help in understanding the complex psychological, sociocultural and personal changes that affect them.

Keywords: kidney disease, chronic disease, suffering

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, mesmo que os diversos avanços tecnológicos tenham tornado mais sofisticados os métodos de terapia substitutiva renal e que o treinamento dos profissionais que atuam na reabilitação renal seja mais eficiente, os pacientes renais crônicos, durante a evolução de sua doença, podem manifestar inúmeras alterações comportamentais, mediante os diferentes sintomas e mudanças que vivenciam (DELIBERATO, 2002).

Essas alterações estão diretamente relacionadas à sua nova condição e a todos os impactos que a doença renal crônica (DRC) traz para o organismo. A descrição das diversas manifestações neurofisiológicas e neuroanatômicas vivenciadas pelos pacientes renais podem

ajudar na compreensão das complexas alterações de ordem psicológica, sociocultural e pessoal que lhes afetam (MICHELL, 2015 p.50).

Entre as principais alterações observadas nos pacientes renais crônicos decorrentes dos distúrbios no equilíbrio metabólico, destacam-se: surgimento de ressecamentos de pele; comprometimentos vasculares; fissuras; tumores; infecções virais, fúngicas e bacterianas; verrugas vulgares; carcinomas; microangiopatia diabética; envelhecimento tecidual e mudança de coloração cutânea (MAGALHAES, 2015). Entretanto, os estudos mais atuais demonstram que as principais alterações que acometem esses pacientes são de origem emocional, tais como depressão, ansiedade, estresse e medo. Esses eventos, individualmente ou associados, trazem impacto negativo durante o processo de tratamento, comprometendo o contexto social dos pacientes (MORAES, 2011).

DESENVOLVIMENTO

Inicialmente, a dimensão emocional do paciente pode ser afetada pelo tempo, despendido até a obtenção do diagnóstico. Em sua fase inicial, o paciente de DRC experimenta edema, aumento da pressão arterial, desconforto nas atividades diárias (andar, correr, fazer atividades domésticas, subir escadas), manifestações de cansaço físico e fadiga (inclui sobrecarga da musculatura) (VASCONCELOS, 2010).

Diante da falta dessas habilidades, os pacientes costumam pensar que serão eternamente dependentes, dada a sua incapacidade inicial para atividades antes realizadas costumeiramente e com facilidade. Assim, dizendo em linguagem popular, o indivíduo vai “quebrando a cabeça”, pois ainda não sabe o que está acontecendo com o próprio organismo, ressentindo-se de sua fragilidade e debilitação⁶. (JUNIOR, 2004).

Quando vai ao médico, o paciente pode ter um diagnóstico rápido – o que é muito positivo, pois pode começar a terapia precocemente e evitar as demais alterações da doença renal. No entanto, quando esse diagnóstico não acontece logo, há ocorrência de outras alterações de ordem fisiológica tais como perda de proteína, como a creatina, cujo nível no sangue precisa estar bem dosado para que a homeostasia ocorra de modo adequado. Se o rim não funciona direito, a filtragem do sangue fica comprometida, retendo diversos eletrólitos, como a própria creatina, além de potássio, sódio e cálcio. Esses fatores acarretam uma série de consequências: o acúmulo de sódio, por exemplo, causa retenção de líquido e edema (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011). Com edema, as terminações nervosas sofrem compressão e o paciente pode sentir dores no braço, no abdômen e dificuldade de usar calçados (CASTRO 2003).

Nossa cultura ocidental, intensamente perpassada por mensagens midiáticas que se espalham pelos vários âmbitos da sociedade, ainda traz mais um agravante para os pacientes renais: a imposição de padrões estéticos. Sofrendo de inchaços em função de tantas alterações em seu organismo e do uso constante de corticoides, os pacientes veem seu corpo aumentar em diâmetro e não mais conseguem vestir suas roupas. Diante da cobrança social por estar fora do

padrão estético, suas emoções ficam abaladas. Assim, as transformações trazidas pela doença renal afetam a própria identidade do paciente (DANGELO e FATINI, 2000).

Ao ser diagnosticado com uma doença crônica incurável, o paciente renal tem diversos pensamentos negativos a respeito de sua condição (AYRES 2008). Com o avançar do seu tratamento e evolução da doença, muitos são os questionamentos a respeito de suas limitações, alterações orgânicas, físicas e a forma como a sua doença repercute nos contextos familiar e profissional. Essa realidade e a rotina de tratamento, constituída por consultas médicas permanentes, exames laboratoriais, sessões de hemodiálises, internações, bem como toda a sintomatologia oriunda da doença renal, favorecem o surgimento de atitudes depressivas na grande maioria dos pacientes renais crônico (AYRES, 2008).

Pesquisas atuais têm demonstrado que nesses pacientes, o comportamento depressivo tem se tornado frequente, principalmente nos que realizam algum tipo de terapia substitutiva. As manifestações depressivas podem ser observadas de formas variadas, desde pequenas alterações em seu estado de humor a distúrbios mais intensos, que podem comprometer o convívio com seus familiares e a aceitação de sua doença, dificultando o contexto do seu tratamento (BARRET, 2014)

Via de regra, a DRC é marcada por comportamentos de natureza pessimista, uma vez que o processo patológico pode evoluir para estágios muito graves e, quando recebe seu diagnóstico, o paciente costuma ter esses estágios em mente. Muitos entram em um quadro de medo e ansiedade, mediante a possibilidade de serem submetidos aos procedimentos de hemodiálise, diálise ou transplante renal, o que pode comprometer e limitar suas funcionalidades e estilo de vida (ROMÃO, 2004). Assim, mesmo que esteja em uma fase inicial da doença, seus pensamentos costumam orientar-se pela ideia de que, fatalmente, o pior vai lhes acontecer, acarretando em alterações de humor, falta de entusiasmo, tristeza e mesmo depressão (ROMÃO, 2004).

Dito isso, vale salientar que a autoimagem do paciente nem sempre está de acordo com as limitações do seu real quadro clínico, já que ele desenvolve um pessimismo em relação à sua futura condição. A grande maioria das pessoas com DRC acham que sua condição vai evoluir para uma fase mais avançada que requer, por exemplo, diálise jugular (PINHO, 2015). Com todos esses medos, a imunidade do organismo, que provavelmente já está diminuída devido ao processo da doença, se intensifica e faz com que a DRC progrida e o organismo se torne suscetível a outras enfermidades (SIVIERO, 2014). Além disso, a disfunção renal também limita e restringe o paciente no que diz respeito ao uso de algumas medicações. Desse modo, por vezes, doenças oportunistas não são adequadamente tratadas, ocasionando na piora do quadro clínico e consequente declínio de sua condição emocional, podendo evoluir para uma depressão mais acentuada (MONTEIRO, 2014).

Ainda, na DRC, a própria condição humana fica debilitada. Nas Ciências Humanas de modo geral nós, *Homo sapiens*, somos diferenciados dos demais animais em função da nossa racionalidade o que, em última análise, faria de nós seres livres, capazes de decidir seu próprio caminho existencial, tomando as rédeas de sua vida (MADEIRO, 2010). Diante disso, entende-se que o nosso corpo é uma unidade que não depende de qualquer programação para conduzir sua vida, com exceção da programação adquirida pela cultura (HARRISON,2008). No entanto, se a

disfunção renal entra em fase mais avançada, em que uma hemodiálise se faz necessária, o homem torna-se dependente de máquinas, fazendo com o paciente experimente o sentimento de perda dessa natureza voltada para a autonomia (CAVALCANTE, 2011).

Atualmente, o procedimento de hemodiálise é visto como estratégia terapêutica que visa a garantir maior expectativa de vida aos pacientes renais. Todavia, grande parte deles não mostra aceitá-la bem. Ao serem diagnosticados com DRC e iniciar o tratamento, muitos não enxergam o diagnóstico como o início de um caminho em direção a uma futura cura e o restabelecimento do seu quadro de saúde. A maior parte compreende o diagnóstico como uma transição irreversível para uma terapia contínua e imprescindível (TERRA, 2010).

Ao iniciar o tratamento dialítico, as percepções dos pacientes podem manifestar-se por forte medo em relação a como será sua vida no futuro, o que sua doença lhe reserva e como ela evoluirá. A reação frente a essas novas experiências e às sensações por elas geradas ocorre de diferentes formas nos pacientes renais crônicos. Uns aprendem a digeri-las de forma rápida, enquanto outros lidam com a situação de forma negativa por mais tempo, reduzindo suas expectativas diárias e sua percepção da realidade. Assim, cada paciente possui uma forma particular para lidar com seus medos, dores, ansiedades e de perceber as mudanças que ocorrem em sua vida e a forma como sua rotina é reconfigurada (LUCCHETTI, 2010)

Ao se submeter ao procedimento cirúrgico para a colocação do cateter, os pacientes precisam enfrentar a primeira manifestação de dor, que, na maioria dos casos, ainda não lhes havia acometido em fases anteriores. A percepção de dor produz anseios e frustrações, já que até então ele estava diante de sensações ou experiências que não eram percebidas em seu organismo. Tais sensações podem ser notadas por meio de cortes cirúrgicos, edemas e cansaço mental. As sensações diante das adversidades de seu quadro de saúde produzem não só alterações no equilíbrio biológico, como também outros reflexos emocionais (MCSHERRY, 2004).

Além de ter que conviver com a dor, o paciente começa a sentir que está sempre sob os olhos examinadores do outro, que tenta entender a presença de todas aquelas máquinas em seu corpo. Adicionalmente, as máquinas também limitam o tipo de roupa que a pessoa pode vestir. No caso das pacientes mulheres, elas passam a se ver sexualmente como pouco atraentes devido presença dos aparelhos em seus corpos (KOENIG, 2017).

A ansiedade faz parte do dia a dia dos pacientes que estão em vias passar pelo procedimento de abertura de fístula e inserção de cateter para a realização do procedimento de diálise renal. Com a colocação do cateter, o paciente pode ter rejeição na fístula e se isso ocorrer, outro acesso precisará ser aberto. O primeiro acesso, por sua vez, pode não cicatrizar (SESSO, 2002). Além disso, as fístulas podem deixar a pele mais sensível e inflamada, evoluindo para edemas e cortes. Aliado a isso, a pressão gerada pela máquina acaba dilatando os capilares, provocando deformações e relevos na pele e conseqüente deformação nos membros. Isso agrava no paciente a insatisfação quanto às mudanças estéticas que a DRC promove em seu corpo (SILVA, 2003).

Os acessos e cateteres venosos nos quais o paciente renal é submetido contribuem para uma atitude que o deixa com uma postura assustada perante a sua realidade: seja pela quantidade

destes cateteres que encontram - se expostos pelo corpo, assim como a necessidade de fístulas para a colocação desses cateteres – as quais exigem atenção especial quanto à higiene, traumas e desenvolvimento de diversas infecções. O paciente pode sentir vergonha, pois seus curativos ficam expostos e as máquinas são grandes (MCSHERRY, 2004).

Além de sofrer por não aceitar sua própria imagem e as reais limitações que lhes são impostas por seu quadro clínico, os pacientes sofrem com sessões semanais repetitivas e tempo prolongado ao qual são expostos durante a hemodiálise (RIELLA, 2003). O indivíduo pode ter necessidade de sair do trabalho e deixar de lado as atividades de lazer, o que afeta sua qualidade de vida. Essas mudanças são, geralmente, fator de difícil compreensão por parte dos pacientes. Assim, frustrações, angústias, baixa autoestima e dificuldade de se relacionar nos diferentes ambientes, seja com amigos ou com familiares, se tornam a realidade de alguns dos pacientes que passam pela hemodiálise²⁹. (MACHADO, 2014)

E por saber que não é capaz de sobreviver sem todo esse aparato (até porque, sem se submeter à hemodiálise, os dejetos no sangue começam a agravar seu quadro clínico), o paciente fica angustiado e cai em quadro de pessimismo. Mesmo nos pacientes que ainda não são submetidos à diálise, saber que ela pode vir a ser sua “sentença” gera angústia, pois eles começam a pensar nas dificuldades que isso representa (ANANDARAJAH, 2001).

Descrever as diferentes emoções e expressões que o paciente renal crônico vivencia é, sobretudo, descrever um processo marcado por uma série de perdas e de como cada pessoa que é acometida por essa patologia significa e acolhe ou refuta sua condição. Tais perdas vão muito além da debilitação da atividade renal metabólica. Assim, os pacientes desenvolvem uma separação entre sua vida “normal”, sem a presença da doença, e uma nova realidade, que traz implicações de difícil assimilação, tais como a diminuição de sua liberdade e autonomia. Muitos pacientes sentem-se como se estivessem diante de uma encruzilhada: ou realizam o processo de diálise ou, do contrário, esperam a morte. Muitos se questionam constantemente sobre qual caminho escolher³¹ (ALVES, 2001). Ao temer sua morte e, ao mesmo tempo, sua vida, os pacientes renais crônicos se transformam em homens marginais (BENZEIN, 2017).

Compreende-se por homem marginal o que se manifesta entre o mundo dos doentes e o mundo das pessoas sãs, não pertencendo a nenhum destes mundos e concomitantemente fazendo parte dos dois mundos. O homem marginal parece estar bem, no entanto, sente-se mal, espera e anseia atingir sua normalidade, mas é incapaz de alcançá-la (HERTH, 2003).

Nos doentes renais crônicos, o fator estresse surge mediante a manifestação de diferentes sintomatologias, desencadeadas por meio do estado de alarme, resistência e exaustão. É importante destacar que o estresse não é o mecanismo patológico da doença renal. Porém, o indivíduo por ela acometido apresenta uma alteração em seu mecanismo orgânico e psicoemocional, o que predispõe os pacientes renais crônicos a atitudes comportamentais que contribuem para alterações clínicas nesses indivíduos. Vale destacar, ainda, que são poucos os estudos relacionados aos níveis de estresse nos pacientes renais crônicos, mas parte deles indica que pacientes nessa condição podem apresentar diversos fatores estressantes em função de sua condição de saúde, o que favorece, como dito, o surgimento do medo, angústia e,

conseqüentemente, do estresse (VIANA, 2017). Diante disso, o estresse é uma das alterações psicoemocionais muito observadas nos pacientes que desenvolvem algum tipo de tratamento renal. Representado como uma síndrome geral na adaptação do organismo, o estresse nos doentes renais demonstra diferentes mecanismos negativos durante as várias fases de tratamento da doença. Tais alterações podem modificar o metabolismo fisiológico do indivíduo renal, potencializando os efeitos negativos no equilíbrio orgânico³⁵.

É durante o período inicial do tratamento, no qual é submetido a diferentes tipos de diálise, que o paciente renal crônico apresenta seu maior pico estresse. Isso pode ser explicado pelo fato de que, nessa fase, a maior parte dos pacientes apresenta certa resistência às terapias renais eleitas, o que contribui para o surgimento de manifestações clínicas como medo, ansiedade e insegurança, além de desencadear alterações hemodinâmicas, como aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca e distúrbios psicológicos e físicos (MAGÃO, 2017).

É importante sublinhar, ainda, que o indivíduo com insuficiência renal crônica, diariamente, lida com diferentes conflitos que norteiam seus pensamentos a respeito de quais foram os reais motivos que contribuíram para o surgimento de sua doença. É comum a pessoa pensar que ela se deve a uma ação ruim que porventura tenha praticado. A visão da doença como castigo revela um resquício da cultura que predominou no período medieval em relação ao corpo: sendo o caminho que conduziria o homem ao pecado, deveria ser sacrificado e punido, inclusive com doenças. Assim, as doenças representavam uma herança divina para punir o homem por seus pecados (CHOCHINOV, 2017).

Outro fator que abala emocionalmente o paciente diz respeito a restrição da ingestão de certos alimentos. A maior parte dos pacientes devem evitar a ingestão de proteínas e sódio, muito presentes nos produtos industrializados. Para uma sociedade em que a cultura alimentar tem sido marcada pelo intenso consumo de alimentos processados, bem como carnes em geral, essas restrições trazem uma mudança na qualidade de vida e a sensação de que a doença está lhe causando muitas perdas, inclusive dos seus principais prazeres, entre os quais pode estar a alimentação. Em decorrência da restrição alimentar pode ocorrer o isolamento social, já que em festividades, por exemplo, o paciente se intimida em dizer que não pode consumir a maioria dos alimentos, temendo ser julgado por isso (RODRIGUES, 2008).

Some-se a isso o fato de que a ingestão de água também pode ser uma restrição para os pacientes, dependendo de seu quadro clínico. A terapêutica de alguns pode permitir somente um copo de água por dia, causando secura da mucosa bucal, ressecamento da pele em outras regiões do corpo, com rachaduras nos pés e mãos, principalmente. O paciente pode ser orientado a molhar os lábios para “enganar” a sede, o que também agrava a sensação de perda (BARROS, 2002).

Em suma, frente ao diagnóstico da doença renal e ao tratamento por meio de hemodiálise ou diálise, diversos pacientes passam a questionar e reavaliar tudo o que viveram anteriormente, assim como sua atual situação e suas expectativas para o futuro. Dificuldade de lidar com as incertezas e as alterações físicas faz com que os pacientes renais entrem em um conflito interno constante, procurando compreender as suas adaptações e readaptações de ordem biopsicossocial, buscando respostas para os problemas que enfrenta na sua atual realidade. A má

compreensão do quadro da doença produz atitudes negativas nesses indivíduos, o que, a curto e longo prazos, pode interferir diretamente na queda da qualidade de vida (CHUENGSAIANSUP, 2017).

Se é fato que os pacientes renais apresentam grande limitação nos seus hábitos de vida (na alimentação, no vestuário, nas atividades de lazer, profissionais e esportivas) e que grande parte dessas limitações promove diferentes comportamentos a respeito de sua realidade, é de fundamental importância a assistência psicológica para essa população. Essa assistência lhes possibilita compreender, aceitar e descobrir as novas possibilidades em relação à situação que vivenciam⁴¹. Além disso, estudos recentes indicam que, mediante a situação em que se encontram os pacientes renais, é de suma importância a assistência de outros profissionais da área de saúde, desempenhando diversas estratégias que lhes possibilitem enxergar suas novas possibilidades (GUIMARÃES, 2007).

A compreensão dos contextos patológico, emocional e sentimental se torna de grande importância para a abordagem terapêutica dos pacientes renais. O conhecimento dos possíveis fatores que possam vir a se manifestar no decorrer da doença, assim como do processo de tratamento, é de fundamental importância para uma boa organização e planejamento dos meios de assistência aos DRCs, visando à melhora na qualidade de vida, bem-estar, reduzindo os impactos causados pela doença no seu contexto social (GUIMARÃES, 2007).

CONCLUSÃO

Pacientes frente ao diagnóstico de uma doença renal buscam meios de aceitar, compreender ou até mesmo minimizar o fardo de seu diagnóstico e dos possíveis tratamentos a serem realizados. A angústia, medo e aflição são sentimento bastante presentes no DRCs. Sendo assim torna-se importante que tanto os profissionais de saúde entre eles médicos, enfermeiros fisioterapeutas, bem como os cuidadores e familiares compreendem e entendam o processo de enfrentamento da doença renal crônica, que na maioria dos casos contribuem para o afastamento de grande parte dos doentes de seu contexto sociocultural.

REFERÊNCIAS

1. DELIBERATO, P. C. *Fisioterapia preventiva*. Fundamentos e Aplicações. Barueri: Manole 2002. p. 50.
2. MICHELL, U.A; ÁSTER F. *Fundamentos de patologia*. 8ed. São Paulo: Saúdes. 2015. p. 50.
3. MAGALHÃES, H.G.; PINTO, T.A.; REBOREDO, M.M.; FONSECA, F.D.; ALMEIDA, P.C. *Análise da eficiência do tratamento fisioterapêutico em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise*. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Belo

- Horizonte, 2004. Disponível em: < <https://www.ufmg.br/congrent/Saude/Saude19.pdf>>. Acesso em 10 de jun. 2016.
4. MORAIS, C; GERHARDT, B; GUSSÃO, BC. *Alterações dermatológicas nos pacientes em hemodiálise e em transplantados*. 2010. *Jornal brasileiro de nefrologia*. v.33. 2, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000200024>. Acesso em 23 de mai. 2016.
 5. VASCONCELOS, EMA; *A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos*. Revista ReCiis eletrônica de comunicação. Informação e inovação e saúde. Saúde. Rio de Janeiro: v. 4, n.3: p. 12-18, 2010.
 6. JUNIOR, J.E.R. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 26, n. 3, p. 1, 2004.
 7. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Doença renal e obesidade: Estilo de vida saudável para rins saudáveis. *SBN informa*. v.24, n. 109, p. 8, 2017.
 8. CASTRO, M; CAIUBY, A; DRAIBE, S; CANZIANI, ME. *Qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36*. Revista de Associação Médica Brasileira. v. 49, p. 245-249, 2003.
 9. DANGELO, J. G.; FANTTINI, C. A. *Anatomia básica dos sistemas orgânicos: com a descrição dos ossos, juntas, músculos, vasos e nervos*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 138.
 10. AIRES, M. M. *Fisiologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 731.
 11. GUYTON, A. C. *Fisiologia humana*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 329.
 12. BARRET, K. E. et al. *Fisiologia médica de Ganong*. 24. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014. p. 731.
 13. ROMÃO, J. J. E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 1, 2004.
 14. PINHO, N. P.; SILVA, G. V.; PIERIN, A. M. G. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 91-97, 2015.

15. GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. Enfermagem, cultura e o processo saúde e doença. São Paulo: Cone, 2004. p. 265.
16. SIVIERO, P. C. L.; MACHADO, C. J.; CHERCHIGLIA, M. L. Insuficiência renal crônica no Brasil segundo enfoque de causas múltiplas de morte. *Caderno de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 75-85, 2014.
17. MONTEIRO, D. M. R. Espiritualidade e saúde na sociedade do espetáculo. *O mundo da saúde*, v. 31, n. 2, p. 202-208, 2007.
18. MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 546-551, 2010.
19. HARRISON, T. R. *Medicina interna*. 17. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2008. p. 475.
20. CAVALCANTE, F. A. O uso lúdico em hemodiálise: buscando novas perspectivas na qualidade de atendimento ao paciente no centro de diálise. *Eletrônica da Facimed, Cocal*, v. 3, n. 3 p. 371-384, 2011.
21. TERRA, F. S. et al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, Alfenas, v. 8, n. 3, p. 187-192, 2010.
22. LUCCHETTI, G. et al. Spirituality in clinical practice: what should the general practitioner know? *Revista Brasileira de Clínica Médica*, v. 8, n. 2, p. 154-156, 2010.
23. MCSHERRY, W.; CASH, K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. *International Journal of Nursing Studies*, v. 41, n. 2, p. 151. 2004.
24. KOENIG, H. Spirituality and mental health. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, v. 7, n. 2, p. 116-122, 2010. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/aps.239/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.com.br&purchase_site_license=LICENSE_DENIED>. Acesso em: 24 jul. 2017.
25. SESSO, R. C. C. et al. Diálise crônica no Brasil: relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 34, n. 3 p. 272-277, 2012.

26. SILVA, H. G.; SILVA, M. J. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5, n. 1, p. 10-14, 2003.
27. MCSHERRY, W.; CASH, K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. *International Journal of Nursing Studies*, v. 41, n. 2, p. 151. 2004.
28. RIELLA, M. C. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 649-660.
29. MACHADO, G. R.; PINHATI, F. R. Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. *Cadernos UniFOA*, Volta Redonda, n. 26, p. 137-148, 2014.
30. ANANDARAJAH, G.; HIGHT, E. Spirituality and medical practice: using the Hope questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*, v. 63, n. 1, p. 82-83, 2001.
31. ALVES, M. C. *A espiritualidade e os profissionais de saúde em cuidados paliativos*. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Faculdade de Medicina de Lisboa, 2011. p. 18.
32. BENZEIN, E.; BERG, A. The swedish version of hearth Hope index: an instrument for palliative care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 17, n. 4, p. 409-411, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14629644>>. Acesso em: 25 jul. 2017.
33. HERTH, K. Fostering Hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, v. 15, n. 11, p. 1250-1259, 1990. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2269747>>. Acesso em: 12 jul. 2017.
34. VIANA, A.; QUERIDO, M. A.; BARBOSA, A. Avaliação da esperança em cuidados paliativos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, v. 2, n. 1, p. 607-616. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/335/1/AVALIAÇÃO%20DA%20ESPERANÇA%20EM%20CUIDADOS%20PALIATIVOS_%20Tradução%20e%20Adaptação%20Transcultural%20do%20Herth%20Hope%20Index__.pdf>. Acesso em: 21 maio 2017.
35. MAGÃO, M. T.; LEAL, I. A esperança nos pais de crianças com cancro: uma análise fenomenológica interpretativa da relação com profissionais de saúde. *Psicologia, saúde e doenças*, v. 2, n. 1, p. 4-6, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v2n1/v2n1a01.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

36. CARPENITO, L. Diagnósticos de enfermagem: *aplicação à prática clínica*. 11. ed. São Paulo: Artmed, 2009. p. 1040.
37. CHOCHINOV, H.; CANN, B. Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *Journal of Palliative Medicine*, v. 8, n. 1, p. 103-115, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16499458>>. Acesso em: 24 jul. 2017.
38. RODRIGUES, Sérgio Murilo. Somos homens ou somos máquinas? Para que serve a filosofia? *Sapere Aude*, v. 1, n. 1, p. 43-54, jan. /jun. 2010. Disponível em: <periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/download/1039/4117>. Acesso em: 5 out. 2017.
39. BARROS, J. A. C. A que responde o modelo biomédico. *Saúde e Sociedade*, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08>>. Acesso em: 29 set. 2017.
40. CHUENGSA TIANSUP, K. Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health impact assessment – environmental impact. *Assessment Review*, v. 23, p. 3-15, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/hia/examples/overview/whohia203/en/>>. Acesso em: 13 jul. 2017.
41. REBOLLO, Regina Andrés. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. *Scientiae Studia*, v. 4, n. 1, p. 45-82, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ss/article/view/11067>>. Acesso em: 29 set. 2017.
42. GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Psiquiatria Clínica*, supl. 1, n. 34, p. 89-91, 2007.

ABORDAGEM E ATRIBUIÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Caroline Rassele Conte¹, Darlon de Oliveira Souza², Ana Cristina de Oliveira Soares³

1. Acadêmica do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Multivix Vitória
2. Professor do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Multivix Vitória
3. Professor do Curso de Nutrição do Centro Universitário Multivix Vitória

RESUMO

Nos últimos anos, a qualidade de vida do trabalhador é algo que vem se tornando cada vez mais preocupante, afinal, as condições em que o mesmo se encontra influenciam completamente em seu desempenho e na sua produtividade no trabalho. Diante disto, proporcionar o bem-estar e a satisfação pessoal ao trabalhador tem se tornado o objetivo de muitas empresas. Com as decorrentes transformações do trabalho, a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) ou Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT) é uma das maiores causas de afastamento e que acomete a maioria dos trabalhadores. A fisioterapia é de suma importância, uma vez que atua em áreas como a biomecânica e a ergonomia; e juntamente com uma equipe multidisciplinar, visa a prevenção e preservação da saúde do trabalhador.

Palavra-chave: fisioterapia, saúde, trabalhador.

ABSTRACT

In recent years, the quality of life of workers is something that has become increasingly worrying, after all, the conditions in which they find themselves completely influence their performance and productivity at work. Given this, providing well-being and personal satisfaction to the worker has become the goal of many companies. With the resulting changes in work, Repetitive Strain Injury (RSI) or Work-Related Musculoskeletal Disorder (WRMD) is one of the biggest causes of absence and affects most workers. Physiotherapy is of paramount importance, as it works in areas such as biomechanics and ergonomics; and together with a multidisciplinary team, it aims at the prevention and preservation of the worker's health.

Keywords: physical therapy, health, worker.

INTRODUÇÃO

No século XVII, na Inglaterra, estava surgindo a Revolução Industrial que foi um período marcado por um grande desenvolvimento tecnológico, proporcionando maior mecanização do trabalho e conseqüentemente a atenuação bruta do trabalhador; gerando mudanças tanto sociais quanto econômicas. Sucedendo com o deslocamento da área rural para área urbana, e o abandono do trabalho em manufatura e artesanal para iniciarem os trabalhos com as máquinas. Tal desenvolvimento exigiu ainda mais dos trabalhadores, que passaram a ter uma jornada de trabalho de 80 horas semanais, sendo um trabalho excessivo com uma execução mais veloz e de funções ainda mais específicas, além disso, ficavam em ambientes com condições sanitárias ruins. A junção desses fatores proporcionou o aumento no número de doenças e o comprometimento de estruturas corporais (NUNES e MEIJA, 2013 e NUNES e MEIJA, 2011).

A partir de então, foi vendo a necessidade de mudanças e as melhorias foram aplicadas, porém, atualmente o empenho por parte dos trabalhadores ainda é visível mesmo que de maneiras diferentes. Decorrentes das transformações do trabalho, a Lesão por Esforço Repetitivo ou Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (LER/DORT) é uma das maiores causas de

afastamento e que acomete a maioria dos trabalhadores (NUNES e MEIJA, 2013 e MENDES e LANCMAN, 2010).

A qualidade de vida do trabalhador é algo que vem se tornando cada vez mais preocupante, afinal, as condições em que o mesmo se encontra influenciam completamente em seu desempenho e na sua produtividade no trabalho. Diante disto, proporcionar o bem-estar e a satisfação pessoal ao trabalhador tem se tornado o objetivo de muitas empresas (SOUZA, 2013).

Perante o exposto, a fisioterapia do trabalho é de suma importância, uma vez que atua em áreas como a biomecânica e a ergonomia; e juntamente com uma equipe multidisciplinar, visa a prevenção e preservação da saúde do trabalhador, prevenindo o desenvolvimento de doenças como LER/DORT e consequentemente a sua melhora no ambiente laboral (MAIA, 2014).

DESENVOLVIMENTO

Desde a Revolução Industrial Inglesa até os dias atuais, a saúde do trabalhador é discutida em todo o mundo. Em alguns países, como por exemplo o Brasil, tal revolução demorou um pouco mais para ocorrer, começando em 1930, aproximadamente cem anos depois da Revolução Industrial Inglesa; a partir de então o Brasil passou por um grande crescimento de trabalhadores industriais e em 1970, os mesmos se organizaram para reivindicar melhores condições trabalhistas (salários, jornada laboral e entre outros), sendo este um dos principais movimentos iniciais em defesa da saúde do trabalhador (APARECIDA, BERTONCELLO E LIMA, 2018).

A partir de 1980 surgiram ainda mais iniciativas, sendo criados diversos programas de saúde do trabalhador, também no contexto de rede pública de saúde. Em dezembro de 1986, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que definiu diversas melhorias das condições de emprego como, por exemplo, uma boa remuneração. E em 1990, visando uma maior assistência ao trabalhador, a Lei Orgânica da Saúde foi elaborada com o objetivo de reduzir as doenças e os acidentes relacionados ao trabalho, por meio de ações de prevenção e promoção em saúde (APARECIDA, BERTONCELLO E LIMA, 2018 e MAIA, 2014).

Assim como o Brasil, diversos países estão em busca de melhorias na qualidade de vida do trabalhador. Afinal, com as decorrentes transformações do trabalho, a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) ou Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT) é uma das maiores causas de afastamento e que acomete a maioria dos trabalhadores, chegando a ser considerada quase como uma epidemia (AUGUSTO, *et al.*, 2008 e MENDES e LANCMAN, 2010).

Segundo Silva e Morsch (2019), entre as diversas patologias ocupacionais, nos Estados Unidos da América, 56% dos empregados possuem DORT, na Europa as taxas são um pouco mais altas, podendo alcançar até 62%, e no Brasil, tais dados são deficientes, porém a quantidade de trabalhadores diagnosticados com DORT é muito elevada, estimando-se que a cem empregados, um possui DORT. A maior prevalência está entre jovens e mulheres, que podem estar relacionados a fatores como dupla jornada de trabalho, ausência de preparo muscular para algumas atividades, questões hormonais e entre outros.

As DORT/LER são um conjunto de patologias que afetam músculos, nervos, ligamentos, articulações, tendões, e vasos sanguíneos dos membros inferiores (MMII) e membros superiores (MMSS) e que possuem ligação direta com o ambiente e exigência laboral. As principais patologias relacionadas ao DORT/ LER são as lesões no manguito rotador, as sinovites, a síndrome do túnel do carpo, as tendinites de mão e punho, a epitrocleíte, as epicondilites, a síndrome do canal de Guyon e outras doenças de ombro (SILVA e MORSCH, 2019 e BERNARDES e JUNIOR, 2011).

Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho são caracterizados por um elevado quadro álgico que atinge principalmente a região lombar, cervical e MMSS. A sintomatologia dolorosa, é na maioria das vezes agravada pelo movimento, piorando com fatores como frio, mudanças de temperatura e o estresse. Além disso, as crenças e próprio comportamento do indivíduo exercem grandes influências sobre a dor, incapacidade e tratamento (SILVA e MORSCH, 2019, VILAGRA, *et al.*, 2014 e AUGUSTO, *et al.*, 2008).

Vale ressaltar que as LER/DORT é multifatorial, e são decorrentes de quatro fatores biomecânicos principais: o primeiro que é a força exigida ao trabalhador durante a execução da tarefa, o segundo que está relacionado a postura incorreta de MMII e MMSS que pode gerar fadiga por contração muscular estática, impacto de estruturas moles e a compressão de nervos, o terceiro que é os movimentos repetitivos que são executados em determinado intervalo de tempo e o quarto é a vibração e compressão mecânica, onde as deletérias são as de alta aceleração, com vibração 6, ocorrendo em frequência de 8 a 100Hz de instrumentos usados no trabalho (NUNES e MEIJA, 2013, VILAGRA, *et al.*, 2014 e AUGUSTO, *et al.*, 2008). Além disso, existem outros aspectos que são associados as causas dos DORT/LER, como por exemplo: estresse, traumatismos, organização do trabalho, pouco domínio da função, alterações hormonais, relacionamento interpessoal, fatores psicológicos e entre outros (SILVA e MORSCH, 2019 e NUNES e MEIJA, 2013).

De acordo com Silva e Morsch (2019) e MELO, *et al.* (2017), as DORT/LER representam um grave problema de saúde pública, e estão relacionadas diretamente aos fatores ocupacionais que colocam em risco a saúde de trabalhadores, causando diferentes graus de incapacidade funcional e provocando diminuição da produtividade, exigindo desta forma, cada vez mais a atenção para práticas que geram o bem-estar dos mesmos.

A Norma Regulamentadora NR-17 aponta a necessidade de inserção de cinco princípios fundamentais para ganho de melhorias na vida do trabalhador, que são eles: reduzir a força, eliminar posturas incorretas, diminuir os movimentos repetitivos, reduzir compressão mecânica e diminuir o grau de tensão (NUNES e MEIJA, 2013).

O tratamento dos trabalhadores deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, que inclui médicos, engenheiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, ergonomistas, assistentes sociais e dentre outros, afim de garantir uma análise completa do problema e visando também uma preparação para o retorno ao trabalho. Dentre esta equipe, o profissional fisioterapeuta é de grande relevância e vem se destacando pelas suas diferentes atuações no ambiente ocupacional (MENDES e LANCMAN, 2010).

O fisioterapeuta é um profissional responsável pela avaliação, prevenção, tratamento e reintegração do indivíduo à sociedade e possui um conhecimento único para as disfunções relacionadas ao movimento. E entre as especialidades fisioterapêuticas, ergonomia e saúde do trabalhador, tem sido a escolha de diversos profissionais, sendo refletida por um aumento na busca de melhorias na saúde do trabalhador e na produtividade da empresa (APARECIDA, BERTONCELLO E LIMA, 2018, BERNARDES e JUNIOR, 2011 e MAIA, 2014).

Segundo Aparecida, Bertoncetto e Lima (2018), a fisioterapia do trabalho é uma área em crescimento e que tem por objetivos a redução da dor, do absenteísmo e da fadiga, melhora da capacidade física, diminuição de gastos com tratamento de saúde, aumento da produtividade e melhora da qualidade de vida do trabalhador em geral. Revelando, desta forma, a preocupação com desempenho do colaborador, não somente na preservação e melhoria das condições de saúde, mas também na capacidade produtiva do trabalhador dentro da empresa em que o mesmo está empregado. Diante disto, o fisioterapeuta é um profissional que busca compreender o indivíduo de maneira ampliada e integral, levando em consideração todo o contexto social, a fim de obter um tratamento com resultados excelentes.

A fisioterapia do trabalho tem como base de intervenção a biomecânica, a ergonomia e cinesioterapia; tratando distúrbios advindos de alterações de órgãos e sistemas. O tratamento só é iniciado após a realização da avaliação fisioterapêutica que investiga o quadro clínico, história da doença atual, história patológica pregressa, doenças associadas, história ocupacional e exame físico (MENDES e LANCMAN, 2010).

A atuação do fisioterapeuta no ambiente laboral se dá principalmente na prevenção de queixas musculoesqueléticas, avaliação postural, educando através de palestras ou folders, orientando ao trabalhador em relação aos aspectos ergonômicos e posturais durante a execução das tarefas no trabalho e fora deste ambiente, desenvolvendo conscientização corporal, ensinando técnicas de reeducação postural, verificando a biomecânica dos trabalhadores, prevenindo lesões ocupacionais e implantando exercícios laborais (NUNES e MEIJA, 2011).

Para garantir um tratamento com sucesso, o fisioterapeuta abrange uma extensa gama de técnicas, dentre as quais temos a termoterapia que utiliza o gelo na fase aguda da lesão e depois desse período, emprega o calor; uso de recursos eletroterapêuticos como ultrassom e laser; acupuntura; blitz postural; sessões de quick massage e aplicação da cinesioterapia laboral. Além disso, para proporcionar a redução do edema e da inflamação, melhora das condições circulatórias, relaxamento muscular e amenizar o quadro algico; a cinesioterapia deve ser associada a recursos analgésicos (SILVA e MORSCH, 2019 e MENDES e LANCMAN, 2010).

A ginástica laboral pode ser considerada uma forma de cinesioterapia, visto que, envolve um conjunto de exercícios físicos com finalidade preventiva e terapêutica desenvolvidas no local de trabalho, sendo este um recurso que vem se destacando como tratamento fisioterapêutico em DORT/LER. Tal técnica é uma das mais utilizadas no ambiente de trabalho, pois favorece a condição física do trabalhador, colaborando para deixar os mesmos mais motivados, dispostos e de bom humor no decorrer do trabalho; além disso não sobrecarrega e nem fadiga, sendo

atividades leves e de curta duração, proporcionando relaxamento e bem-estar físico (SILVA e MORSCH, 2019).

Segundo SOUZA (2013), a ginástica laboral se divide em três fases que são: a fase preparatória, compensatória e a de relaxamento. A primeira fase, que é a preparatória é realizada no início do expediente do trabalho, preparando o trabalhador para execução das tarefas que exijam força. A fase compensatória vai ser feita durante o trabalho, com o intuito de reduzir a monotonia da função e prevenir vícios posturais. E a última fase, que é a de relaxamento é realizada ao término do expediente de trabalho para relaxar a musculatura e reduzir as tensões musculares acumuladas durante o dia.

CONCLUSÃO

A fisioterapia na saúde do trabalhador é de suma importância, uma vez que através das diferentes atuações, promove a correção de posturas e do ambiente e elabora exercícios promovendo ginástica laboral; deixando os trabalhadores mais dispostos ao serviço a ser realizado e mais relaxados ao final do expediente. Além disso, atua de forma eficaz na área preventiva, pois a intervenção precoce tem beneficiado para o não surgimento de LER/DORT.

REFERÊNCIAS

1. APARECIDA I., BERTONCELLO D. e LIMA J. C. **Fisioterapia e saúde do trabalhador no Brasil**. Cad. Edu. Saúde e Fis., v.5, n. 9, p. 69-80, 2018.
2. AUGUSTO V. G., *et al.* **Um olhar sobre as LER/DORT no contexto clínico do fisioterapeuta**. Rev. Bras. Fisioter., v. 12, n. 1, p. 49-56, 2008.
3. BERNARDES J. M. e JUNIOR J. R. V. **A atuação do fisioterapeuta nas perícias judiciais de LER/DORT**. Fisioterapia Brasil, v. 12, n. 13, p. 232 – 236, 2011.
4. MAIA F. E. S. **Fisioterapia do trabalho, uma conquista para a fisioterapia e a saúde do trabalhador: uma revisão de literatura**. Revista Urutagua, n. 30, p. 124-132, 2014.
1. MELO B. F., *et al.* **Atuação do fisioterapeuta nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: indicadores das notificações dos Dort**. Fisioter. Pesq., v. 24, n. 2, p. 136-142, 2017.
2. MENDES L. F. e LANCMAN S. **Reabilitação de pacientes com LER/DORT: contribuições da fisioterapia em grupo**. Rev. bras. Saúde Ocup., v. 35, n. 121, p. 23-32, 2010.
3. NUNES A. S. e MEIJA D. P. M. **A importância do Fisioterapeuta do trabalho e suas atribuições dentro das empresas: revisão bibliográfica**. Pós-graduação em Ergonomia: Produto e Processo – Faculdade Ávila, p. 1-19, 2011.

4. NUNES D. E. e MEIJA D. P. M. **A atuação do Fisioterapeuta do Trabalho na prevenção das doenças ocupacionais com ênfase na LER e DORT.** Pós-Graduação em Fisioterapia do Trabalho – Faculdade Ávila, Portal Bio. Cursos., p. 1-20, 2013.
5. SILVA L. P. S. e MORSCH P. **Os benefícios da fisioterapia nas doenças osteomusculares associadas ao trabalho.** Rev. Cient. da Fac. Educ. e Meio Ambiente: Revista da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, Ariquemes, v. 10, n. 1, p. 182-190, 2019.
6. SOUZA S. O. **Fisioterapia preventiva nas doenças ocupacionais em cirurgiões-dentistas.** TCC (Bacharelado em Fisioterapia), Faculdade de educação e meio ambiente – FAEMA, Ariquemes, p. 7-58, 2013.
7. VILAGRA J. M., *et al.* **Ergonomia aplicada à fisioterapia.** Revista Uningá, n. 2, p. 53-64, 2004.

APLICAÇÃO DO JEJUM INTERMITENTE COMO ESTRATÉGIA NA REDUÇÃO DO PESO CORPORAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Luciana Pinheiro de Paula Gelotti¹, Lyslaine Albino Junqueira Rizzatti² e Marihá Marçal Moreira da Silva² e Nathalie Tristão Banhos Delgado³

1 - Acadêmica do Curso de Nutrição da Faculdade Multivix Vitória, e professora de Educação Física pela FCT-UNESP Campus de Presidente Prudente/SP.

2 - Acadêmicas do Curso de Nutrição da Faculdade Multivix Vitória.

3 - Nutricionista, mestre e doutora em Ciências Fisiológicas pela UFES e docente do Curso de Nutrição da Faculdade Multivix Vitória.

Resumo

As pessoas estão em busca de um corpo idealizado e muitas vezes imposto pela mídia, portanto, a perda de peso é um dos objetivos mais desejados entre a população. Com isso, estratégias estão sendo cada vez mais utilizadas como ferramentas para essa perda de peso, entre elas o Jejum Intermitente (JI), trazendo assim, maior interesse também entre os pesquisadores. O JI é um método que ganhou atenção nos últimos tempos, sendo uma estratégia alternativa para a redução do peso corporal, além da recuperação e manutenção da saúde. Sendo assim, o presente estudo objetivou realizar uma revisão de literatura sobre o jejum intermitente e a redução de peso corporal por meio de pesquisa em artigos vinculados a estudos clínicos nas plataformas: *National Library of Medicine (PUBMED)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS)*, utilizando os seguintes descritores: “*Intermittent Fasting*” (Jejum Intermitente), “*Intermittent Fasting AND weight Loss*” (Jejum Intermitente e Perda de peso) e “*Intermittent Fasting AND Calorie Restriction*” (Jejum Intermitente e Restrição Calórica) e “*Alternate day and Fasting Diet*” (Dieta e Jejum em dias Alternados). Foram encontrados 1390 artigos dos últimos 5 anos (2016 a 2021), destes, foram triados 88 artigos, removendo os duplicados, as revisões sistemáticas e as metanálises. Aqueles que não eram estudos controlados randomizados (23) e os que tinham patologias associadas (20) foram excluídos. Ficando com 15 estudos controlados randomizados. Como resultado, observamos que um período curto o JI e restrição calórica na alimentação (RCA) podem contribuir para o emagrecimento, porém são necessárias maiores pesquisas para verificar se há a mesma eficácia na manutenção do peso a longo prazo. Os resultados encontrados no JI e na RCA foram semelhantes, positivos, sem favorecer o JI em comparação à restrição calórica.

Palavras Chave: Jejum intermitente, restrição energética, restrição calórica, perda de peso, dia alternado de jejum.

Abstract

People are looking for an idealized body that is often imposed by the media. As a result, weight loss is one of the most desired goals amongst a population. Therefore, different strategies are being increasingly used as tools to obtain this weight loss, including Intermittent Fasting (IF), thus bringing popularity among the common people and researchers as well. In recent years, IF has gained a lot of popularity, as it is a weight loss strategy in addition its effects in the recovery and maintenance of the human health. Therefore, the objective of the present study is to carry out a literature review on intermittent fasting and body weight reduction through a research in articles linked to clinical studies in the following platforms: *National Library of Medicine (PUBMED)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)* *Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde (LILACS)* by utilizing the following descriptors: “*Intermittent Fasting*” (jejum intermitente), “*intermittent Fasting AND weight Loss*” (jejum intermitente e perda de peso), “*intermittent Fasting AND Calories Restriction*” (Jejum Intermitente e Restrição Calórica) and “*Alternate day and Fasting Diet*” (Dieta e Jejum em dias alternados). A total amount of 1390 articles from the last 5 years (2016 to 2021) were found, of which 88 articles were chosen, after removing duplicates, systematic reviews and meta-analyses. Those that were not randomized controlled trials (23) and those that had associated pathologies (20) were excluded. Leaving a total of 15 randomized studies. As a result, we observed that a short period IF and Calorie Restriction in Eating (CRE) can contribute to weight loss, but further research is needed to verify whether there is the same effectiveness in maintaining weight in the long term. The results found in IF and CRE were similar, positive, without favoring JI compared to caloric restriction.

Key Words: Intermittent fasting, energy restriction, calorie restriction, weight loss, alternating day of fasting

INTRODUÇÃO

O mundo está em constante mudança, e desde sempre os indivíduos precisam se adaptar às condições às quais são submetidos, adequando seu comportamento para manter um alto nível de desempenho. Um exemplo dessas mudanças globais, os quais o ser humano precisou se adaptar é a restrição de alimentos disponíveis (VILLAIN et al., 2016).

Evolutivamente, os homens e os seus predecessores, precisaram sobreviver em longos períodos de restrição de alimentos, assim, é provável que a seleção natural tenha contribuído para um genótipo que favorece o “comer em excesso”. Seres humanos que suportam longos períodos de fome e que poderiam armazenar energia de maneira mais eficiente, podem ter se reproduzido mais do que aqueles sem essa adaptação. Porém, nos últimos anos o excesso de oferta de alimentos tornou-se uma ameaça à saúde, superando os índices de desnutrição, isso significa que taxas de mortalidade são maiores devido ao sobrepeso e à obesidade do que à desnutrição (BLÜHER, 2019).

Para Conley et al. (2017), a perda de peso de 5 a 10% do peso reduz a mortalidade e a morbidade. Alguns indivíduos fazem dieta de restrição energética por conta própria e perdem acima desse percentual, porém, a longo prazo deixam de perder peso ou recuperam o peso que haviam perdido, por isso acabam optando por métodos mais agressivos, como o uso de medicamentos e até mesmo cirurgia bariátrica, mesmo sabendo dos riscos e efeitos colaterais. Com o crescente aumento da obesidade, no Brasil e no mundo, houve também aumento de diversas formas de intervenção visando o emagrecimento, sendo incluído tratamentos por meio de medicações, exercícios físicos, cirurgias e algumas estratégias nutricionais, incluindo o jejum intermitente (JI) (NISSEN, 2021).

Diversas dietas da moda apareceram nas mídias e imprensa nos últimos anos, o JI e outras formas de restrição calórica estão ganhando atenção entre as pessoas e os pesquisadores (DOS SANTOS et al., 2017). Estimativas demonstraram que cerca de 1,9 bilhões de adultos maiores de 18 anos estariam acima do peso. Destes, mais de 650 milhões são obesos, segundo dados da OMS em 2016. De acordo com Li et al. (2017), o JI pode ser uma estratégia efetiva, natural e de baixo custo para a perda de peso. Uma abordagem de jejum em dias alternados já pode promover o desenvolvimento de gordura bege dentro dos adipócitos brancos, que melhora drasticamente a obesidade, a resistência insulínica e a esteatose hepática. Ainda, promove uma alteração na composição da microbiota intestinal devido ao aumento da fermentação dos produtos acetato e lactato e a supra regulação seletiva do transportador de monocarboxilato-1.

Porém, segundo Lowe et al. (2020), a alimentação com restrição de tempo não é mais eficaz na perda de peso do que comer ao longo do dia, caso ela não seja associada a outras intervenções, como restrição calórica, alimentação saudável e atividade física regular. Kunduraci et al. (2020), relata em sua pesquisa que a perda de peso conquistada pelos pacientes do estudo não foi superior aos que fizeram apenas a restrição calórica.

Para a Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN, 2016), não existem evidências fortemente embasadas com estudos em humanos, e que a conduta de um nutricionista em relação ao JI, seria procurar por estudos realizados em humanos e buscar estratégias embasadas na literatura. Com base nos estudos acima, o presente estudo objetivou realizar uma revisão de literatura sobre o jejum intermitente e seu impacto na redução de peso corporal.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de caráter retrospectivo de pesquisa bibliográfica realizada por meio de pesquisa de artigos associados a estudos clínicos no contexto de artigos originais da literatura a partir das bases de dados na seguintes plataformas: *National Library of Medicine* (PUBMED), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências e Saúde* (LILACS), utilizando os seguintes descritores: “*Intermittent Fasting*” (Jejum Intermitente), “*Intermittent Fasting AND weight Loss*” (Jejum Intermitente e Perda de peso) e “*Intermittent Fasting AND Calorie Restriction*” (Jejum Intermitente e Restrição Calórica) e “*Alternate day and Fasting Diet*” (Dieta e Jejum em dias Alternados).

Foram selecionados os estudos publicados no período de 2016 a 2021, em idioma inglês e português. Foram excluídos os artigos do período selecionado, que não estavam disponíveis na íntegra ou que traziam pesquisas relacionadas com patologias. Os artigos selecionados foram avaliados de acordo com o tema, resumo, objetivo e metodologia do trabalho, de acordo com o fluxograma representado na **Figura 1**.

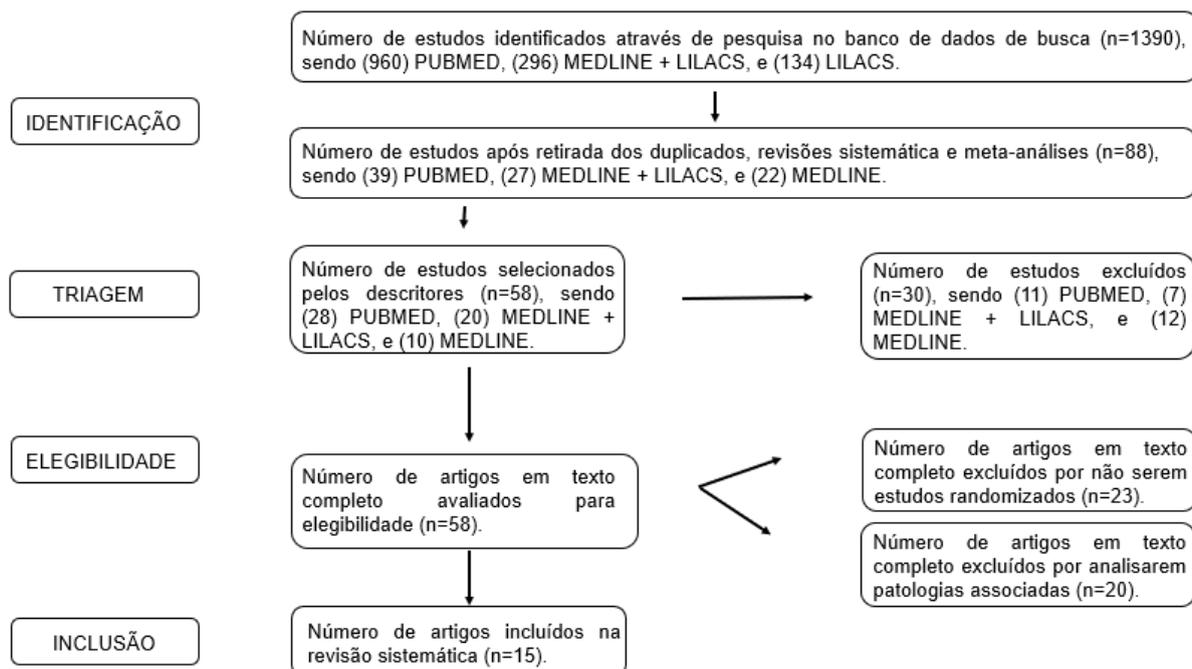


Figura 1: Fluxograma da seleção dos artigos.

DESENVOLVIMENTO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), em 2016 mais de 1,9 bilhão de adultos apresentaram excesso de peso no mundo, mais de 650 milhões apresentaram Índice de Massa Corporal (IMC) de obesidade. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde, cerca de 96 milhões de pessoas têm IMC indicativo de sobrepeso ou de obesidade no Brasil. Na idade adulta, o excesso de ganho de peso traz impactos negativos na saúde, além de estar relacionado com um risco maior de desenvolver doenças crônicas, como diabetes mellitus tipo 2, cardiovasculares, alguns tipos de cânceres, e distúrbios músculo esqueléticos (HARRIS, 2018).

Sendo assim, intervenções no estilo de vida e no comportamento visando a diminuição da ingestão calórica e aumento no gasto energético têm ganhado destaque, porém possui eficácia limitada devido aos desequilíbrios hormonais complexos e persistentes, adaptações metabólicas e neurológicas que inibem a perda de peso e ainda promovem o reganho de peso (BLÜHER, 2019). A redução da ingestão alimentar e aumento da atividade física leva a um balanço energético negativo e a uma cascata de mecanismos adaptativos compensatórios centrais e periféricos que preservam as funções vitais. Clinicamente, esses efeitos dependem da magnitude e da duração da restrição calórica. Um aumento nos sinais orexígenos centrais pode ser responsável por um aumento contra regulatório sutil no apetite e na ingestão alimentar, que limita o grau da perda de peso prevista associado às intervenções dietoterapêuticas (HEYMSFIELD, 2017).

O JI atualmente, é um método popular na gestão do peso, e têm ganhado popularidade por parte da mídia, desde 2012, quando a BBC *Horizon*, do Reino Unido abordou a dieta 5:2 (Jejum Intermitente), onde 5 dias o indivíduo tem padrão alimentar regular, e dois dias de “jejum” (máximo de 500kcal para mulheres e 600kcal para homens) por semana (HARRIS, 2018). O JI é um período de alimentação restrito proveniente das tradições religiosas. O tipo mais conhecido de JI ocorre no mês sagrado do Ramadã, onde milhares de muçulmanos interrompem o consumo de alimentos e bebidas desde o nascer do sol até o pôr do sol. O dia do Ramadã consiste em jejum de 12 horas e 12 horas de alimentação (SANTOS, 2018). Esse método, consiste na privação voluntária de comidas e de bebidas (CUNHA, 2018); é um protocolo de dieta, onde o indivíduo alterna períodos de ingestão alimentar, chamadas de janelas de alimentação e de jejum com objetivo de promover maior metabolização das gorduras, reduzindo seus estoques corporais. Sendo assim, a teoria é que se o indivíduo se alimentar em pequenas janelas de alimentação, ao final do dia seu volume alimentar seria reduzido, resultando em um déficit calórico e perda de peso (FERRO JÚNIOR, 2019; LIMA et al., 2020).

A maioria dos protocolos de JI populares pode ser agrupado em 3 categorias, sendo elas: jejum em dia alternado, que alterna entre dias de alimentação e dias de jejum, onde o dia de jejum normalmente é composto por uma única refeição contendo aproximadamente 25% das calorias diárias necessárias. O jejum de dia inteiro, que é a forma mais comum e simples de JI e normalmente consiste em 1 a 2 dias de jejum completo por semana e alimentação nos outros

dias. O Jejum com restrição de tempo e alimentação, envolve seguir a mesma rotina alimentar de cada dia, com um certo número de horas designado como a janela de jejum e as horas restantes como a janela de alimentação (DE CABO, 2019, HARRIS, 2018).

O JI e a RC são estratégias muito utilizadas para o emagrecimento, e por isso, muito comparadas entre si. Por definição, o JI é uma restrição total ou parcial da ingestão calórica por um período de tempo predefinido (LIMA, 2019). Já a RC trata-se de uma redução da ingestão calórica abaixo do *ad libitum* ao longo do dia, com JI ou não (GENARO, 2009).

Jejum de dia alternado (JDA)

O jejum de dia alterando (JDA), consiste no consumo de comida *Ad libitum* durante 24h, e um outro dia onde a ingestão é totalmente reduzida ou parcialmente reduzida (restrição de até 75%) (TINSLEY, 2021). Evidências apontam resultados como perda de peso e redução do risco de doenças coronarianas (CUNHA, 2018).

Neste tipo de jejum, pode-se utilizar o jejum modificado, já que a ingestão calórica de 25% do gasto energético total (GET) é permitida, podendo ajustar a duração do jejum de acordo com o indivíduo. Neste caso, no dia do jejum, pode ocorrer uma pequena refeição no almoço, com a quantidade de 25%, entre o jejum de 12 a 19 horas antes do almoço, e 17 a 20 horas depois deste pequeno almoço. (TINSLEY, 2021).

Jejum modificado (JM-5:2) ou Jejum de dia inteiro

É o tipo de jejum onde a ingestão alimentar é reduzida de forma severa ou completa, onde pode ser reduzida de 20 a 25% as necessidades energéticas diárias, envolvendo 1 ou 2 dias consecutivos de restrição ou abstinência (CUNHA, 2018; TINSLEY, 2021). O mais conhecido é este 5:2, descrito pelo Dr. Michael Mosley e Mimi Spencer (2013), com redução calórica diária para 500 a 600 Kcal por dois dias consecutivos, e nos outros 5 dias a alimentação é normal (CUNHA, 2018). Segundo Tinsley (2021), este tipo de jejum pode ser realizado com duração de 30 a 40 horas consecutivas, podendo haver diferenças nas alterações do metabolismo e marcadores de saúde, dependendo do tempo do jejum modificado.

O que define este tipo de jejum, é a ingestão reduzida para 200 a 500 Kcal por dois dias consecutivos, pois leva a fortes respostas neuroendócrinas com rápida mobilização de glicogênio, e metabolismo de massa gorda por lipólise quando realizado com mais de 24h. Essa faixa calórica reduzida estabelecida, reduz o catabolismo proteico em quantidade relevante (CUNHA, 2018).

Jejum com Restrição de Tempo (JRT)

Também chamado de Jejum de alimentação temporizada, esse método permite o consumo alimentar *Ad libitum* de energia em uma janela de tempo, sendo esta janela de tempo em poucas horas, 3-4h, 7-9h ou 10-12h, ou uma janela média de 12 a 21 h por dia (CUNHA, 2018; TINSLEY, 2021). Neste tipo de jejum, durante a janela onde não há ingestão alimentar, os processos fisiológicos associados ao jejum (redução da glicose, alteração de hormônios

glucagon, insulina e cortisol, ativação de enzimas para degradação de glicogênio e gorduras, degradação de proteínas, utilização de corpos cetônicos, e alterações na grelina e leptina) são desencadeados, já que a energia armazenada acaba sendo utilizada (CUNHA, 2018).

Jejum Intermitente Religioso (JIR):

Apesar de não ser alvo deste estudo, o Jejum intermitente religioso é um ritual para algumas religiões, e pode ser realizado de diversas maneiras. Existem também diversas particularidades, como jejum em períodos específicos, jejum de tipos de alimentos ou bebidas, restringindo tipo e qualidade, etc. Exemplos deste tipo de jejum é o Jejum dos Judeus, que jejuam por 6 dias do ano, o Jejum dos cristãos ortodoxos gregos, que passam 180 a 200 dias em jejum por ano, e o Ramadã, que tem data específica para o jejum, e o realizam por 29 a 30 dias (CUNHA, 2018).

O objetivo do JI é fazer com que o corpo utilize os estoques de gordura e com isso haja a perda de massa gorda. Teoricamente, ao se alimentar em janelas de curtos períodos, o indivíduo não conseguiria ingerir um volume alimentar excessivo e isso iria acarretar um déficit calórico ao final do dia, garantindo assim o objetivo da estratégia de JI (HARRIS, 2018). Dietas com redução de 500 a 700 calorias por dia, em um dia ou mais a cada semana, já traz um resultado de elevação dos corpos cetônicos, sendo assim positivos, pois os corpos cetônicos tem efeitos profundos sobre os efeitos do metabolismo, podendo influenciar a saúde, o envelhecimento, estimular a expressão do gene para o fator neurotrófico derivado do cérebro, regulação da glicose, pressão arterial, frequência cardíaca, obesidade com redução de gordura abdominal, e inflamação (DE CABO, 2019).

Estudos recentes têm demonstrado que o JI pode ser uma estratégia eficaz para a redução de peso corporal de maneira saudável (CONLEY et. al., 2017).

DISCUSSÃO

Após reunir os artigos selecionados e organizar os dados, observou-se que o JI pode atuar mais na melhora da resposta metabólica do que na perda de peso em si, principalmente se o jejum não estiver associado a mudanças de hábitos, como alimentação com restrição calórica e a prática constante de atividade física.

Um dos artigos analisados entre os 15 artigos, Antoni et al. (2016) relata benefícios semelhantes entre indivíduos que realizaram dieta com restrição energética e indivíduos que realizaram restrição energética e jejum intermitente. Dos 3 grupos de intervenção estudados (grupo controle, grupo de um dia de jejum com restrição energética de 100%, e grupo com 75% de restrição energética), os grupos que realizaram a restrição energética de 100% e 75% de energia, obtiveram resultados semelhantes na alteração do metabolismo da glicose, lipídeos e produziu melhoras do metabolismo dos ácidos graxos monoinsaturados.

Beaulieu et al. (2019) comparou os efeitos da restrição energética contínua com a intermitente e verificou que nenhuma das duas intervenções levaram a alterações na composição

corporal e nem a compensações adaptativas no apetite, como comer em excesso e desencadear saciedade enfraquecida em mulheres com sobrepeso ou obesas, com idade entre 18 e 55 anos.

No artigo do Bowen et al. (2018), em todos os 3 grupos de estudo houve a perda de peso média de 11% ao longo das 16 semanas, incluindo alterações em massa magra e massa gorda, além de trazerem resultados de melhora dos marcadores metabólicos e nutricionais, incluindo a manutenção do peso perdido de 10% em seis meses. Para este estudo, que visou o uso maior de proteínas na dieta, em programas de substituição parcial de refeições com ou sem jejum em dias alternados, o resultado foi positivo, sustentando esta prática, já que a ingestão de alto teor de proteínas tem evidências que apoiam maior controle do apetite e melhorias na composição corporal.

No estudo de Catenacci et al. (2016) avaliou a segurança e tolerância do JDA na perda de peso e concluiu que é um método seguro e tolerável para a perda de peso, além disso, produziu mudanças na composição corporal, no perfil lipídico e sensibilidade insulínica em 8 semanas e não apresentou risco de reganho de peso após 24 semanas após o término da intervenção. Harder-Lauridsen et al. (2017) testou a eficácia do RCDA na melhora da resistência insulínica, acúmulo da gordura visceral e melhora da função cognitiva, onde manteve dois grupos por 8 dias em repouso na cama, não havendo assim a influência de atividade física. Destes grupos, um recebeu 3 refeições diárias e outro grupo realizou a prática da RCDA. Ao contrário da sua hipótese, concluiu que o RCDA pode, inclusive, ter aumentado algumas deficiências metabólicas (diminuição de massa muscular, aumento de TNF- α e cortisol plasmático, aumento do colesterol total e LDL e redução do colesterol HDL, induzidas pelo período de repouso na cama, devido a inatividade física. Kunderaci e Ozbeck (2020) pesquisaram a restrição energética em jejum intermitente nos biomarcadores metabólicos e o controle de peso em adultos com síndrome metabólica. O grupo "Controle" foi submetido à restrição calórica de 25% do GET, e o outro grupo do "Jejum Intermitente 16:8" (com janela de alimentação de 8 horas), por 12 semanas. Em seus resultados, ambos os grupos obtiveram resultados na perda de peso acima de 7% (média de 8%). Portanto, para os autores, as duas práticas são positivas, podendo ser utilizadas por um período de 12 semanas, com resultados semelhantes.

Lowe et al. (2020) buscou determinar o efeito da alimentação restrita no tempo de 16:8 na perda de peso, e concluiu que apenas a janela alimentar de 8 horas na ausência de outras intervenções (e.g., restrição calórica, alimentação saudável e atividade física regular), não seria mais eficaz para a perda de peso do que uma ingestão alimentar ao longo do dia, mantendo a restrição calórica.

Moro et al. (2020) investigou os efeitos da TRE em 16 ciclistas comparado com grupo controle por 4 semanas de treinamento de resistência de alto nível. Os resultados sugerem que o programa de TRE propiciou perda de peso superior ao grupo controle, melhora na composição corporal, redução da inflamação e teve efeito protetor no sistema imunológico, sendo assim, a TRE se mostrou útil para uma estratégia nutricional para um atleta de resistência. Opstad et al. (2021), investigaram os efeitos da restrição calórica intermitente versus a contínua sobre algumas variáveis, tais como: peso corporal, IMC, circunferência de quadril e concentração de Sirtuína-1

(proteína reguladora de homeostase em resposta à disponibilidade de nutrientes que é diretamente associada ao desenvolvimento de diversas doenças). Como resultado, foi encontrada redução no peso corporal, IMC, e circunferência de quadril após 1 ano, e no período de manutenção (1 ano e meio e 2 anos) com pequeno aumento no peso e IMC. Em relação às concentrações de sirtuína-1, o estudo mostrou que não houve diferença significativa nos dois grupos (grupo da restrição calórica intermitente e grupo da restrição calórica contínua), sendo necessário mais estudos sobre o tema.

Ravussin et al. (2019), em seu estudo realizou um protocolo de JI de 18 horas, denominado pelo autor como Alimentação Restrita Precoce (TRF), onde os participantes comeram de 08:00 às 14:00, ficando de jejum até as 08:00 do dia seguinte por 4 dias, já nos 4 dias seguintes, comeram das 08:00 às 20:00. Verificou-se que a intervenção TRF não afetou o gasto energético de 24h, mas mesmo assim obteve perda de peso, devido à redução dos níveis de grelina, aumentando a saciedade e diminuindo o desejo de comer.

Sardegian et al. (2021) comparou a restrição energética contínua com a dieta do jejum intermitente, sobre parâmetros antropométricos, composição corporal, entre outros. Na dieta do jejum intermitente, os indivíduos receberam uma dieta hipocalórica, hipoglicídica, hipoproteica e hiperlipídica (déficit calórico médio diário de 500 kcal) por 2 meses. Os resultados obtidos nos grupos de JI e de restrição calórica contínua, não tiveram diferenças significativas para a perda de peso, mas no grupo de JI, houve uma redução da massa gorda, gerando uma redução da resistência insulínica, regulação dos hormônios relacionados ao apetite e ainda uma manutenção da massa magra.

No estudo de Sundfor et al. (2018), foram comparadas as estratégias de JI e REC (Restrição energética calórica) na perda de peso e manutenção de fatores de riscos cardiometabólicos. Homens e mulheres apresentaram resultados semelhantes tanto no grupo de JI ou REC, apresentando perda de peso e melhora nos fatores de risco cardiometabólicos (circunferência da cintura, pressão arterial, triglicerídeos e colesterol HDL). Templeman (2021) comparou os efeitos do JDA (ingestão calórica de 150% sendo 50% a mais de sua energia habitual, no dia de alimentação) com um segundo grupo que foi considerado controle (restrição contínua de 25%, sem jejum) e um terceiro grupo, o JDA sem restrição energética (ingestão calórica de 200%, sendo 100% a mais de sua energia habitual, no dia de alimentação) durante 3 semanas. O JDA reduziu de forma menos eficaz o teor de massa gorda do que uma restrição energética diária equivalente, e sem evidências de efeitos específicos do jejum na regulação metabólica ou saúde cardiovascular.

Trepanowski et al. (2017) comparou os efeitos do JDA versus a RCD sobre a perda de peso, manutenção de peso e indicadores de risco para doenças cardiovasculares em adultos obesos, e concluiu que o JDA teve uma taxa maior de abandono dos participantes, e não teve maior perda de peso, manutenção de peso ou cardioproteção quando comparado com a estratégia RCD.

Já em 2018, Trepanowski et al. realizou mais um estudo para verificar se JDA poderia melhorar a composição corporal, comparada à RCA e verificou que ambos melhoram o perfil de massa magra pela massa total. Em relação à perda de peso, para se ter resultados melhores, o autor sugere uma perda maior que 8% do peso corporal, para que possa alterar níveis de adipocinas circulantes, por exemplo.

Tabela 1 - Análise dos artigos selecionados para a pesquisa.

Autor/Ano/Base de Dados, Nível de Evidência	Objetivo	Metodologia	Resultado Primário	Conclusão
ANTONI et al., (2016). Medline, British Journal of Nutrition (A1)	O estudo caracteriza as respostas metabólicas iniciais com as abordagens de JI com RE (REI). A abordagem de REI para a perda de peso envolve curtos períodos de RE substancial, cerca de 75-100%, intercaladas com ingestão energética normal.	Estudo triplo cruzado randomizado, com 10 participantes, que completaram três intervenções dietéticas de 1 dia, em ordem aleatória, com intervalo mínimo de 1 semana: um dia de ingestão isoenergética (0% RE), sendo grupo controle; um dia de 100% de RE, e; um dia de RE parcial (75%).	Os dados demonstraram uma série de alterações distintas no metabolismo pós-prandial, avaliados na manhã após 1 dia da RE total (100%) e parcial (75%). Poucos estudos quantificaram as mudanças metabólicas e fisiológicas que ocorrem em resposta a RE substancial. Tais mudanças no gerenciamento do substrato energético podem levar a mudanças na chamada flexibilidade metabólica.	Os dados demonstraram a capacidade da RE substancial (75-100%) de alterar o metabolismo da glicose e dos lipídios, assim como na compensação incompleta de ingestão energética de curto prazo nos participantes com sobrepeso / obesidade. A RE parcial reduziu o declínio associado ao jejum na tolerância oral à glicose, enquanto produzia uma melhora no metabolismo TAG pós-prandial.
BEAULIEU et.al., (2019). Pubmed. The Journal of Nutrition (A1).	Comparar os efeitos da REC e REI sobre o apetite quando o grau de perda de peso >5% é correspondido.	37 mulheres com sobrepeso ou obesidade (IMC de 25 a 34,9) com idade entre 18 e 55 anos, foram randomizadas para avaliar composição corporal, ingestão de energia <i>ad libitum</i> e apetite subjetivo em resposta a um desjejum de energia fixa e características de comportamento alimentar, durante o período de 12 semanas.	Quociente de saciedade permaneceu inalterado e foi semelhante em ambos os grupos. Ambas as intervenções melhoraram a restrição alimentar, suscetibilidade à fome e compulsão alimentar.	Nem Restrição de energia contínua, nem restrição intermitente de energia levam a compensações adaptativas no apetite em mulheres com sobrepeso ou obesas.
BOWEN et. al., (2018). Medline e Pubmed. Nutrients (A1)	Comparar o programa de refeição hiperproteico com restrição energética diária (RED) a um	Ensaio clínico randomizado, onde 162 Participantes foram randomizados nos grupos JDA+RED ou RED por 16 semanas,	Na 16ª semana, a perda de peso foi de $10.7 \pm 0,5\text{kg}$ no grupo JDA+RED e de $11.2 \pm 0,6\text{kg}$ no grupo RED.	Os participantes do grupo JDA+RED e do grupo RED tiveram uma perda de peso média de 11% ao longo das 16 semanas, sem diferenças

	<p>com maior restrição energética, mais JDA (JDA + RED); alternando dias de jejum modificado e RED mais 1 dia/semana <i>ad libitum</i>), na perda de peso. O segundo objetivo foi comparar o impacto dessas estratégias nos marcadores de saúde metabólica, status nutricional, qualidade de vida, e padrões de alimentação. O terceiro objetivo foi analisar a manutenção da perda de peso da semana 16 a 24.</p>	<p>de idade 40 ± 8 anos, IMC $30 \pm 6\text{kg/m}^2$, e por mais 8 semanas de manutenção de peso, totalizando 24 semanas.</p>	<p>Massa de gordura corporal, tecido adiposo visceral e massa magra diminuíram igualmente entre os tratamentos. A perda de peso foi mantida durante 24 semanas. O colesterol-LDL em jejum, triglicerídeos, insulina, shCRP, glicose e pressão arterial melhoraram. O desejo por comida e humor melhoraram. Energia, fadiga e dor apresentou melhoras no RED.</p>	<p>na perda de peso ou composição corporal entre os grupos, incluindo alterações de massa magra e gorda. Ambos programas (JDA+RED e RED) foram bem aceitos e efetivos na melhora dos marcadores metabólicos e nutricionais, assim como na manutenção do peso perdido de 10% em seis meses. De maneira geral, esse estudo sustenta o uso de quantidades maiores de proteínas, programas de substituição parcial de refeições com ou sem JDA no controle de peso.</p>
<p>CATENACCI et al., (2016). Medline e Lilacs. Obesity Journal (A1)</p>	<p>Avaliar a segurança e tolerância do JDA e comparar as mudanças no peso, composição corporal, lipídeos e no índice de SI, com resultados produzidos por uma dieta padrão de perda de peso, a RCD moderada.</p>	<p>Estudo piloto randomizado. Adultos com IMC $>30\text{kg/m}^2$, de 18-55 anos, randomizados nos grupos zero-caloria JDA ou RCD, por semanas cada. Os resultados foram mensurados após a intervenção de 8 semanas e novamente após 24 semanas de acompanhamento não supervisionado.</p>	<p>Não foram encontrados efeitos adversos ao JDA, e 93% dos indivíduos completaram o protocolo de 8 semanas. Na 8ª semana, o grupo JDA atingiu um déficit calórico maior que 376 kcal/dia, entretanto, não houve mudança significativa entre os grupos na mudança de peso, composição corporal, perfil lipídico ou SI. Após 24 semanas não houve diferenças significativas no ganho de peso, entretanto, as mudanças basais nos percentuais de massa magra e de gordura foram favoráveis no grupo JDA.</p>	<p>O JDA é uma ferramenta dietética segura e tolerável para a perda de peso. JDA produz mudanças similares no peso, composição corporal, perfil lipídico e SI em 8 semanas e não apresentou aumento no risco de ganho de peso após 24 semanas do término da intervenção.</p>

<p>HARDER-LAURIDSEN et al., (2017). Pubmed. Journals Physiology (A2)</p>	<p>O objetivo do estudo foi testar a hipótese de que a RCDA com balanço energético total reduziria a resistência insulínica e o acúmulo da gordura visceral, além de melhorar a função cognitiva, após 8 dias seguidos em repouso na cama.</p>	<p>20 homens saudáveis com IMC médio de 23,6 foram randomizados em um grupo controle de 10 homens que ficaram 8 dias de repouso na cama com 3 refeições diárias, e outro grupo de 10 homens (RCDA) que passaram 8 dias de repouso na cama com restrição calórica em dias alternados.</p>	<p>Não houve diferença significativa na redução de massa corporal magra e gorda entre os dois grupos ao final dos 8 dias.</p>	<p>Contrariamente à hipótese, o grupo ADCR (com balanço geral de energia) não neutralizou e pode até mesmo ter aumentado algumas deficiências metabólicas induzidas pelo período de repouso na cama, como a resistência à insulina, piora dos sentimentos e humor, acúmulo de massa corporal magra e máximo consumo de oxigênio</p>
<p>KUNDURACI, E. Y., OZBEK, H., (2020). Medline e Lilacs. Nutrients (A1)</p>	<p>Determinar a eficácia da restrição energética e jejum intermitente em biomarcadores metabólicos e controle de pesos em adultos com síndrome metabólica.</p>	<p>65 pacientes com síndrome metabólica, com idades entre 18-65 anos em Istambul, foram submetidos à restrição calórica de 25%, sendo um grupo de controle (32 pessoas) e um grupo praticante de Jejum intermitente 16:8 (33 pessoas), por 12 semanas.</p>	<p>Este ensaio clínico investigou os efeitos clínicos do Jejum intermitente por 12 semanas. Essa intervenção causou uma perda média de 8%.</p>	<p>A dieta de restrição energética intermitente não foi significativamente superior à dieta com restrição calórica contínua. Os dois grupos apresentaram perda de peso superior a 7%.</p>
<p>LOWE et al., (2020). Medline e Lilacs. JAMA Internal Medicine (A1)</p>	<p>Determinar o efeito da alimentação restrita no tempo de 16:8 horas na perda de peso e marcadores de risco metabólico.</p>	<p>116 indivíduos (homens e mulheres) adultos com IMC entre 27 e 43 foram randomizados de modo que um grupo recebeu 3 refeições estruturadas por dia e a alimentação com restrição de tempo e o outro grupo foi instruído a comer <i>ad libitum</i> de 12:00 até 20:00 e abster-se completamente da ingestão calórica de 20:00 até 12:00 do dia seguinte.</p>	<p>O principal resultado foi a perda de peso.</p>	<p>Alimentação com restrição de tempo, na ausência de outras intervenções, não é mais eficaz na perda de peso do que comer ao longo do dia.</p>
<p>MORO et al., (2020). Pubmed. Journal of the International Society of Sports Nutrition (A2)</p>	<p>Investigar os efeitos de uma determinada abordagem de jejum intermitente, chamada de TRE.</p>	<p>16 ciclistas de elite com menos de 23 anos foram randomizados em dois grupos (TRE e grupo controle) durante 4 semanas de treinamento de resistência de alto nível.</p>	<p>O grupo TRE reduziu o peso corporal em 2% e o percentual de massa gorda em 1,1%, sem alteração de massa livre de gordura.</p>	<p>Os resultados sugerem que um programa de TRE com uma janela de alimentação de 8 horas propicia a perda de peso e melhora a composição corporal. TRE pode ser benéfico para reduzir a inflamação e pode ter um efeito protetor sobre alguns componentes do sistema imunológico.</p>

<p>OPSTAD et. al., (2021). Medline e Pubmed. NMCD Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases (A1)</p>	<p>Investigar os efeitos de dois diferentes regimes de restrição calórica, a restrição calórica intermitente (RCI) vs restrição calórica contínua (RCC), nas concentrações de Sirtuína 1. Esse artigo é um sub estudo de um ensaio clínico.</p>	<p>Foram recrutados 112 participantes obesos, randomizados nos grupos de RCI e RCC, no período de 1 ano. Os indivíduos eram obesos, com IMC entre 30-45kg/m², entre 21-70 anos. O estudo ocorreu entre 2015-2017.</p>	<p>Ambos os grupos de intervenção reduziram o peso corporal, IMC, e circunferência de quadril de maneira similar após 1 ano, enquanto a redução do IMC foi maior nas mulheres. Tais reduções de medidas foram percebidas após 6 meses da intervenção de RC, e um pequeno aumento no peso e no IMC foram notadas na fase de manutenção, do 6° ao 12° mês no grupo RCI. Mulheres perderam mais gordura corporal no grupo RCI do que no grupo RCC. A diminuição dos fatores de risco cardiometabólicos foram similares em ambos os grupos, sendo que a pressão sistólica teve maior redução no grupo RCC.</p>	<p>As principais conclusões deste estudo foram que, após um ano, nenhuma diferença significativa entre os grupos foi observada, no quesito qual o melhor protocolo. As mudanças na concentração circulante de sirtuína1 após RC foi relacionada ao tipo de intervenção dietética, ao sexo e ao IMC, demonstrando que uma intervenção dietética individualizada possui relevância clínica nos benefícios a saúde e na circulação de sirtuína1.</p>
<p>RAVUSSIN et. al, (2019), Medline e Pubmed. Obesity Journal (Silver Spring Online) (A1)</p>	<p>Determinar como o horário da refeição afeta o metabolismo energético de 24 horas.</p>	<p>Foram randomizados 11 adultos saudáveis com idade entre 20 e 45 anos com IMC entre 25 e 35 kg / m²), peso corporal entre 68 e 100 kg, tempo de sono regular entre 21:30 e 12:00, e um ciclo menstrual regular (para mulheres).</p>	<p>O JI não afetou o gasto energético em 24 horas, porém diminuiu os níveis médios de grelina, gerou mais equilíbrio e diminuiu o desejo de comer. Também aumentou a flexibilidade metabólica.</p>	<p>As intervenções no horário das refeições facilitam a perda de peso principalmente ao diminuir o apetite. O JI pode aumentar a perda de gordura, aumentando a oxidação de gordura.</p>

<p>SADEGHIAN et al., (2021). Medline e Lilacs. Obesity Surgery (A1)</p>	<p>Analisar se a FMD promove mudanças metabólicas similares ao jejum, comparando a FMD com REC nos parâmetros antropométricos, composição corporal, metabolismo da glicose e nos níveis séricos de leptina, neuropeptídeo Y e grelina total.</p>	<p>Estudo clínico randomizado, com 60 mulheres com obesidade, de idade entre 18-55 anos. Indivíduos receberam a intervenção FMD (baixa em energia, açúcar e proteína, e alta em gordura insaturada) ou REC (déficit calórico médio diário de 500kcal) por 2 meses.</p>	<p>Não houve reduções significativas entre os grupos na perda de peso. Já a redução na taxa metabólica basal foi maior no grupo REC. Mudanças favoráveis na massa gorda e na massa magra foram vistas apenas no grupo FMD. Houve um aumento significativo nos níveis totais de grelina e NPY.</p>	<p>Sem diferenças significativas na perda de peso entre os grupos FMD e REC. Entretanto, o FMD foi mais efetivo na redução da resistência insulínica, na regulação dos hormônios relacionados ao apetite, na preservação da massa magra e da taxa metabólica basal.</p>
<p>SUNDFØR et al., (2018). Medline e Lilacs. NMCD Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases (A1)</p>	<p>Comparar os efeitos do JI vs a REC na perda de peso, manutenção e fatores de risco cardiometabólicos em adultos com obesidade abdominal com uma ou mais de uma síndrome metabólica.</p>	<p>Estudo randomizado, com 112 indivíduos (50% homens/50% mulheres de meia idade), durante 1 ano. Foram randomizados em dois grupos, um sendo REI e o segundo de REC.</p>	<p>Os participantes do grupo de REI relataram maior sensação de fome e reganho de peso. Ambas as dietas apresentaram redução energética equivalente.</p>	<p>Tanto os homens quanto as mulheres apresentaram resultados semelhantes tanto no grupo de JI ou REC, apresentando perda de peso e melhoria nos fatores de riscos cardiometabólicos.</p>
<p>TEMPLEMAN, (2021). Medline, Pubmed e Lilacs. Science Translational Medicine (A1)</p>	<p>Avaliar os possíveis benefícios metabólicos do jejum independentemente do balanço energético.</p>	<p>Estudo clínico randomizado com 12 participantes saudáveis, com JDA de 24 horas alternando com 150% da ingestão energética, por 3 semanas. O grupo controle consistia em uma restrição energética contínua sem o jejum (75% da ingestão diária) ou um padrão compatível de jejum sem restrição energética (200% de ingestão energética em dias alternados).</p>	<p>A restrição energética diária reduziu a massa corporal devido à perda de gordura. A restrição energética pelo jejum também diminui a massa corporal, mas com reduções menores na massa gorda. Já o jejum sem restrição energética não reduziu a massa corporal ou massa gorda.</p>	<p>O JDA reduz de forma menos eficaz o teor de massa gorda do que uma restrição energética diária equivalente, e sem evidências de efeitos específicos do jejum na regulação metabólica ou saúde cardiovascular.</p>
<p>TREPANOWSKI et al., (2017b). Medline, Pubmed e Lilacs. JAMA Internal Medicine (A1)</p>	<p>Comparar os efeitos do JDA versus a RCD sobre perda de peso, manutenção de peso e indicadores de risco para doenças cardiovasculares.</p>	<p>Ensaio clínico randomizado entre 100 adultos obesos entre 18 e 64 anos e IMC médio de 34. Foram randomizados em 3 grupos, sendo dias alternados de jejum, restrição calórica e</p>	<p>O principal resultado foi a perda de peso corporal. Os desfechos secundários foram a adesão à intervenção dietética e</p>	<p>O JDA não produziu adesão superior, perda de peso, manutenção de peso ou cardioproteção quando comparado com a estratégia de restrição calórica diária.</p>

		controle sem intervenção.	indicadores de risco para a doença cardiovascular.	
TREPANOWSKI et. al., (2018a). Medline, Lilacs e Pubmed. Clinical Nutrition (A1)	Estudos sugerem que o JDA pode produzir grandes melhoras na composição corporal, distribuição de gordura, e/ou no perfil de adipocinas circulantes quando comparadas à RCA.	Estudo clínico randomizado. 100 participantes obesos e com sobrepeso foram randomizados no grupo (1) JDA (alternando a cada 24 horas entre consumir 25% ou 125% dos requerimentos energéticos diário), no grupo (2) RCA (consumo de 75% do requerimento energético diário), e (3) controle (consumo de 100% do requerimento energético diário), por 24 semanas.	A razão do tecido adiposo visceral pelo tecido adiposo subcutâneo não foi alterada em nenhum grupo. A razão entre a massa magra e a massa total foi maior tanto no grupo JDA e RCA quando comparados com o grupo controle. A leptina circulante diminuiu no grupo JDA e RCA.	O JDA e a RCA melhoram o perfil de massa magra pela massa total e reduz a leptina circulante após a intervenção de 24 semanas.

Fonte: Produzido pelos autores.

(Abreviações: REI: Restrição Energética Intermitente / RE: Restrição Energética / JDA: Jejum de Dia Alternado / SI: Sensibilidade Insulínica / RCD: Restrição Calórica Diária / RCDA: Restrição Calórica de Dia Alternado / RCC: Restrição Calórica Contínua / FMD: Dieta Imitação do Jejum / REC: Restrição Energética Contínua / TAG: Ácidos Graxos Monoinsaturados / TRE: Alimentação com Restrição de Tempo / RCI: Restrição Calórica Intermitente / RCC: Restrição Calórica Contínua).

CONCLUSÃO

Considerando os resultados obtidos nos estudos pesquisados, o método JI pode atuar na perda de peso corporal, quando realizado com o acompanhamento profissional e com o aporte nutricional adequado nas janelas de alimentação, porém os estudos demonstram que uma dieta com restrição calórica, mantendo todas as refeições ao longo do dia também é eficaz na perda de peso. Se analisar a perda de peso utilizando como estratégia apenas o JI sem a restrição calórica, percebe-se que pode não ser a melhor opção, já que para a perda de peso corporal, é necessário que haja um déficit calórico. Outros resultados foram observados, tanto no JI com restrição calórica como no JI sem restrição calórica, como uma melhora no perfil de massa magra, redução da leptina circulante, melhoria dos fatores de risco cardiovasculares e resistência insulínica. Sendo assim, o JI pode ser uma estratégia se pensado para a manutenção da saúde. Pensando em resultados de longo prazo, entende-se que há a necessidade de novas pesquisas com maior duração e que verifiquem uma população maior. Não obstante, não foi possível realizar uma análise dos efeitos do JI ou restrição calórica a longo prazo devido à escassez de estudos com essas intervenções.

REFERÊNCIAS

1. ANTONI, Rona et al. Investigation into the acute effects of total and partial energy restriction on postprandial metabolism among overweight/obese participants. **British Journal of Nutrition**, v. 115, n. 6, p. 951-959, 2016. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/british-journal-of-nutrition/article/investigation-into-the-acute-effects-of-total-and-partial-energy-restriction-on-postprandial-metabolism-among-overweightobese-participants/53531AD2D87F6EAF46882955EC832A80>. Acesso em: 05 out. 2021.
2. BEAULIEU, Kristine et al. Matched weight loss through intermittent or continuous energy restriction does not lead to compensatory increases in appetite and eating behavior in a randomized controlled trial in women with overweight and obesity. **The Journal of nutrition**, v. 150, n. 3, p. 623-633, 2020. Disponível em: A randomized pilot study comparing zero-calorie alternate-day fasting to daily caloric restriction in adults with obesity. | *Obesity* (Silver Spring); 24(9): 1874-83, 2016 09. | MEDLINE (bvsalud.org), Acesso em: 22 set. 2021.
3. BLÜHER, Matthias. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. **Nature Reviews Endocrinology**, v. 15, n. 5, p. 288-298, 2019. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41574-019-0176-8?s=03>. Acesso em: 04 maio 2021.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. (2019). **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Volume 50. N 40. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/03/Boletim-epidemiologico-SVS-40.pdf>. Acesso em 28 jun. 2021.
5. BOWEN, Jane et al. Randomized trial of a high protein, partial meal replacement program with or without alternate day fasting: similar effects on weight loss, retention status, nutritional, metabolic, and behavioral outcomes. **Nutrients**, v. 10, n. 9, p. 1145, 2018. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/10/9/1145>, acesso em: 22 set. 2021.
6. CATENACCI, Victoria A. et al. A randomized pilot study comparing zero-calorie alternate-day fasting to daily caloric restriction in adults with obesity. **Obesity**, v. 24, n. 9, p. 1874-1883, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/oby.21581>. Acesso em: 22 set. 2021.
7. CHOWDHURY, Enhad A. et al. Postprandial metabolism and appetite do not differ between lean adults that eat breakfast or morning fast for 6 weeks. **The Journal of nutrition**, v. 148, n.1, p. 13-21, 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/jn/article/148/1/13/4823698?login=true>. Acesso em: 22 set. 2021.

8. CONLEY, Marguerite et al. Is two days of intermittent energy restriction per week a feasible weight loss approach in obese males? A randomised pilot study. **Nutrition & Dietetics**, v. 75, n. 1, p. 65-72, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1747-0080.12372>. Acesso em 09 out. 2021.
9. CUNHA, Marília Celeste Brito da. **Revisão Sistemática: a influência do método estratégico jejum intermitente para emagrecimento saudável**. 2018. 72 fl. (Trabalho de Conclusão de Curso - Monografia), Curso de Bacharelado em Nutrição, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité - Paraíba - Brasil, 2018.
10. DE CABO, Rafael; MATTSON, Mark P. Effects of intermittent fasting on health, aging, and disease. **New England Journal of Medicine**, v. 381, n. 26, p. 2541-2551, 2019. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra1905136>. Acesso em: 07 maio 2021.
11. DOS SANTOS, Ana Kelly Moraes et al. Consequências do jejum intermitente sobre as alterações na composição corporal: Uma revisão integrativa. *Revista e-ciência*, v. 5, n. 1, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/320438902_CONSEQUENCIAS_DO_JEJUM_INTERMITENTE_SOBRE_AS_ALTERACOES_NA_COMPOSICAO_CORPORAL_Um_a_revisao_integrativa. Acesso em: 29 out. 2021.
12. FERRO JUNIOR, V. A. R. .; MAYNARD, D. da C. Evaluation of the Intermittent Fasting Protocol in the treatment of overweight and obesity: an integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 8, p. e727986129, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i8.6129. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6129>. Acesso em: 07 maio 2021.
13. HARDER-LAURIDSEN, Nina Majlund et al. The effect of alternate-day caloric restriction on the metabolic consequences of 8 days of bed rest in healthy lean men: a randomized trial. **Journal of Applied Physiology**, v. 122, n. 2, p. 230-241, 2017. Disponível em: <https://journals.physiology.org/doi/full/10.1152/jappphysiol.00846.2016>. Acesso em: 22 set. 2021.
14. HARRIS, Leanne et al. Intermittent fasting interventions for treatment of overweight and obesity in adults: a systematic review and meta-analysis. **JBI Evidence Synthesis**, v. 16, n. 2, p. 507-547, 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2018/02000/Intermittent_fasting_interventions_for_treatment.16.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=5. Acesso em: 01 jun. 2021.

15. HEYMSFIELD, Steven B.; WADDEN, Thomas A. Mechanisms, pathophysiology, and management of obesity. **New England Journal of Medicine**, v. 376, n. 3, p. 254-266, 2017. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra1514009>. Acesso em: 01 jun. 2021.
16. KRAUS, William E. et al. 2 years of calorie restriction and cardiometabolic risk (CALERIE): exploratory outcomes of a multicentre, phase 2, randomised controlled trial. **The lancet Diabetes & endocrinology**, v. 7, n. 9, p. 673-683, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2213858719301512>. Acesso em: 22 set. 2021.
17. KUNDURACI, Yasemin Ergul; OZBEK, Hanefi. Does the Energy Restriction Intermittent Fasting Diet Alleviate Metabolic Syndrome Biomarkers? A Randomized Controlled Trial. **Nutrients**, v. 12, n. 10, p. 3213, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/10/3213>. Acesso em: 22 set. 2021.
18. LI, Guolin et al. Intermittent fasting promotes white adipose browning and decreases obesity by shaping the gut microbiota. **Cell metabolism**, v. 26, n. 4, p. 672-685. e4, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1550413117305041>. Acesso em: 13 jun. 2021.
19. LIMA, Carlos Henrique Ribeiro et al. Impact of intermittent fasting on body weight in overweight and obese individuals. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, n. 2, p. 222-226, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/zVXXgpvkFyMdkXz6t6YFmfq/?lang=en>. Acesso em: 05 set. 2021.
20. LOWE, Dylan A. et al. Effects of time-restricted eating on weight loss and other metabolic parameters in women and men with overweight and obesity: the TREAT randomized clinical trial. **JAMA internal medicine**, v. 180, n. 11, p. 1491-1499, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2771095>. Acesso em: 22 set. 2021.
21. MORO, Tatiana et al. Time-restricted eating effects on performance, immune function, and body composition in elite cyclists: a randomized controlled trial. **Journal of the International Society of Sports Nutrition**, v. 17, n. 1, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://jissn.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12970-020-00396-z>. Acesso em: 22 set. 2021.
22. NISSEN, Leonardo Paese et al. Intervenções para tratamento da obesidade: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 24, p. 184-190, 2012. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/472>. Acesso em: 25 maio 2021.

23. OPSTAD, Trine B. et al. Effect of intermittent and continuous caloric restriction on Sirtuin1 concentration depends on sex and body mass index. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, v. 31, p. 1871-1878, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0939475321001204>. Acesso em: 22 set. 2021.
24. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2021, 09 de junho). **Obesity and Overweight**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
25. RAVUSSIN, Eric et al. Early time-restricted feeding reduces appetite and increases fat oxidation but does not affect energy expenditure in humans. **Obesity**, v. 27, n. 8, p. 1244-1254, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/oby.22518>. Acesso em: 22 set. 2021.
26. SADEGHIAN, Mehdi et al. Effect of Fasting-Mimicking Diet or Continuous Energy Restriction on Weight Loss, Body Composition, and Appetite-Regulating Hormones Among Metabolically Healthy Women with Obesity: a Randomized Controlled, Parallel Trial. **Obesity Surgery**, v. 31, n. 5, p. 2030-2039, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11695-020-05202-y>. Acesso em: 22 set. 2021.
27. SUNDFØR, T. M.; SVENDSEN, M.; TONSTAD, S. Effect of intermittent versus continuous energy restriction on weight loss, maintenance and cardiometabolic risk: a randomized 1-year trial. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, v. 28, n. 7, p. 698-706, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0939475318301005>. Acesso em: 22 set. 2021.
28. SANTOS, Heitor O.; MACEDO, Rodrigo CO. Impact of intermittent fasting on the lipid profile: Assessment associated with diet and weight loss. **Clinical nutrition ESPEN**, v. 24, p. 14-21, 2018.. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2405457718300020>. Acesso em: 22 set. 2021.
29. TEMPLEMAN, Iain et al. A randomized controlled trial to isolate the effects of fasting and energy restriction on weight loss and metabolic health in lean adults. *Science Translational Medicine*, v. 13, n. 598, 2021. Disponível em: <https://www.science.org/doi/10.1126/scitranslmed.abd8034>. Acesso em: 22 set. 2021.
30. TINSLEY, Grant M.; LA BOUNTY, Paul M. Effects of intermittent fasting on body composition and clinical health markers in humans. **Nutrition reviews**, v. 73, n. 10, p. 661-674, 2015. Disponível em: <https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/73/10/661/1849182?login=true>. Acesso em: 22 set. 2021.

31. TREPANOWSKI, John F. et al. Effects of alternate-day fasting or daily calorie restriction on body composition, fat distribution, and circulating adipokines: secondary analysis of a randomized controlled trial. **Clinical Nutrition**, v. 37, n. 6, p. 1871-1878, 2018a. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0261561417314164>. Acesso em: 22 set. 2021a.
32. TREPANOWSKI, John F. et al. Effect of alternate-day fasting on weight loss, weight maintenance, and cardioprotection among metabolically healthy obese adults: a randomized clinical trial. **JAMA internal medicine**, v. 177, n. 7, p. 930-938, 2017b. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2623528>. Acesso em: 22 set. 2021.
33. VILLAIN, N. et al. Body mass loss correlates with cognitive performance in primates under acute caloric restriction conditions. **Behavioural brain research**, v. 305, p. 157-163, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0166432816301139>. Acesso em: 09

IMPACTO DA OSTEOPOROSE EM IDOSOS E SUA RELAÇÃO COMA VITAMINA D – NO CONTEXTO DE 2017 A 2021 – REVISÃO

Clara Machado Melo¹, Juliano de Menezes Bolonha¹, Nathália Barbosa Lima¹, Geraldo Gomes Silva².

1. Acadêmicos do Curso de Nutrição do Centro Universitário Multivix Vitória
2. Docente do Curso de Nutrição do Centro Universitário Multivix Vitória

RESUMO

O avanço da expectativa de vida é acompanhado por alterações fisiológicas do envelhecimento e dispõe de fatores que colaboram para o acometimento por complicações, como a osteoporose. É uma doença do esqueleto, conhecida pelo comprometimento da qualidade óssea e de sua resistência, acarretando o risco de fraturas ósseas. Este estudo tem como objetivo analisar o impacto da osteoporose na saúde de idosos, bem como, a relação deste acometimento com a vitamina D. Dispõe-se de uma revisão bibliográfica. Os dados apresentados, foram obtidos por meio de artigos publicados no período de 2017 a 2021, em duas bases de dados online, sendo elas, a Biblioteca Virtual de Saúde e a Scientific Electronic Library Online. Foram incluídos nas análises estudos que possuíam títulos, resumo e resultados, semelhantes ao tema deste estudo. Notaram-se vinculação entre a deficiência de vitamina D e o predomínio de osteoporose em indivíduos idosos, estes apresentam maior risco de quedas e fraturas, condições que podem levar ao aumento da morbimortalidade. Hábitos alimentares saudáveis, especificamente o consumo de iogurte, ovos e queijos foram associados a menores riscos de fraturas em idosos. Bem como, o consumo de bebidas alcoólicas e a ausência de suplementação de cálcio demonstram ser fatores de risco para fraturas nesta população.

Palavras Chave: Osteoporose, Idoso e Vitamina D.

The advancement of life expectancy is accompanied by physiological changes of aging and has factors that contribute to the involvement of complications, such as osteoporosis. It is a disease of the skeleton, known for compromising bone quality and strength, leading to the risk of bone fractures. This study aims to analyze the impact of osteoporosis on the health of the elderly, as well as the relationship between this condition and vitamin D. A literature review is available. The data presented were obtained through articles published from 2017 to 2021, in two online databases, namely, the Virtual Health Library and the Scientific Electronic Library Online. Studies that had titles, abstracts and results similar to the theme of this study were included in the analysis. There was a link between vitamin D deficiency and the prevalence of osteoporosis in elderly individuals, who are at greater risk of falls and fractures, conditions that can lead to increased morbidity and mortality. Healthy eating habits, specifically the consumption of yogurt, eggs and cheese were associated with lower risk of fractures in the elderly. As well as the consumption of alcoholic beverages and the absence of calcium supplementation demonstrate to be risk factors for fractures in this population.

Keywords: Osteoporosis, Elderly and Vitamin D.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o aumento da população idosa vem provocando o interesse de profissionais de saúde para o desenvolvimento de pesquisas que tratam dessa matéria. Constata-se uma certa inquietação, ainda com a necessidade de se conhecer a osteoporose em idosos e sua relação com a vitamina D, doença, hoje que vem atingindo-os, também denominados anciãos, velhos ou grupo de terceira idade, quando dessa fase de transformação que vem afligindo-os, causando malefícios na saúde, principalmente terapias

nutricionais envolvidas no tratamento da doença (CARVALHO & GARCIA, 2003).

É uma doença suscitada pela atenuação da densidade mineral óssea (DMO) e a degeneração da microarquitetura do tecido ósseo, influenciando na debilidade e contribuindo, assim, na intensificação do risco de fraturas. Segundo Morin, et al., (2020), pessoas que se encontram acometidas pela osteoporose defrontam-se com a redução da qualidade de vida e perda da mobilidade e autonomia.

De acordo com Yang, et al., (2019) a osteoporose é o distúrbio ósseo mais comum no mundo, portanto possui bastante impacto na saúde pública, uma vez que possui alta prevalência na população mundial e possuem severas complicações que provocam maior morbimortalidade e mortalidade, fatores que implicam em elevados custos econômicos. É estimada a existência de 200 milhões de pessoas possuem com a doença, no mundo. Entre o sexo feminino, uma a cada três mulheres são acometidas, e entre o sexo masculino, um a cada cinco homens, para além de 50 anos, sofrem de fraturas oriundas de fragilidade óssea.

Para Gallahue e Ozmun (2005) mesmo que os aspectos socioeconômicos intervêm no poderio dos idosos na sociedade, olham o envelhecimento como uma debilidade das funções fisiológicas do indivíduo, provocando uma maior ocorrência do aparecimento de patologias e limitações funcionais. Em consequência, é definido como processo natural humano, entretanto, conquistar a longevidade com maior qualidade de vida por meio de adesão com hábitos alimentares saudáveis e práticas regulares de atividades físicas tem sido cada vez mais estudado.

A vitamina D tem um papel primordial no corpo humano, observado os benefícios concomitantes da suplementação da vitamina D e a exposição aos raios ultravioletas, temos desde a saúde óssea, a homeostasia e a atuação no metabolismo celular. Assim como, na absorção de cálcio intestinal, participa da maturação de osteoblastos no tecido ósseo, modula a secreção de paratormônio (PTH) pela paratireóide, e também, auxilia na regularização do sistema imunológico, cardiovascular e esquelético (SILVA, BATALHA, 2021).

A partir dos fatores descritos, este trabalho tem como objetivo estudar a respeito dos impactos da osteoporose em idosos e sua relação com a vitamina D, descrevendo-os conceitualmente, suas relações, bem como identificando seus sinais no comportamento humano.

Dessa forma, buscou-se no presente estudo realizar um mapeamento da produção técnico-científica a respeito da osteoporose, do idoso e da vitamina D, descortinando a magnitude do tema na sociedade pós-moderna, onde o envelhecimento vem ocorrendo de forma muito frenética.

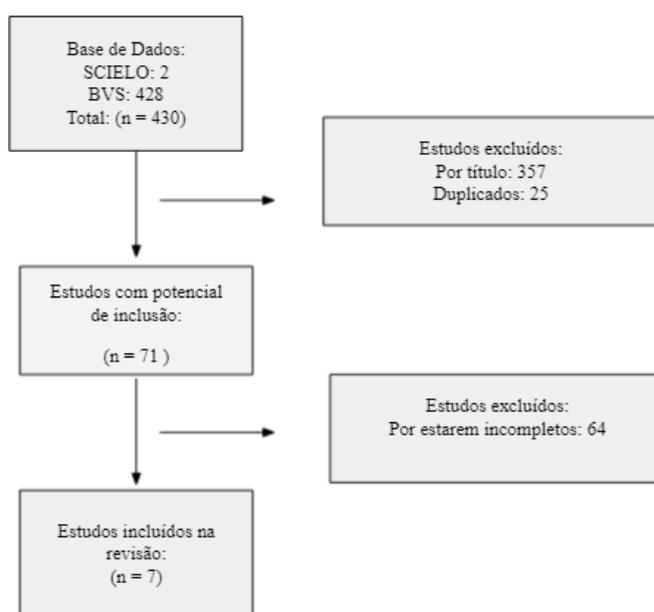
METODOLOGIA

Este estudo dispõe-se de uma revisão bibliográfica com informações que embasam a concepção do tema em questão. Foram acessadas como base de dados a meio de fornecer resultados para essa pesquisa a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e a Scientific Electronic Library Online (SCIELO®)

Para elaboração do estudo foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: Estudos e artigos publicados no período de 2017 a 2021; publicados em português e inglês. Dentre os critérios de exclusão utilizados estavam: Títulos que não condiziam com o tema; estudos e artigos duplicados; estudos incompletos. As palavras chaves utilizadas na busca de pesquisa foram “Osteoporose”, “Idoso”, Vitamina D”, “Osteoporosis”, “Vitamin D”.

A revisão foi feita através da análise do conteúdo de cada pesquisa e artigo lido, identificando os temas que fossem relacionados a Osteoporose, o Idoso e a Vitamina D, explicando as funções, causas, fisiopatologia, tratamento, entre outros pontos. O Fluxograma 1 descreve a sequência utilizada durante a leitura e seleção dos estudos e artigos que foram utilizados para a construção desta revisão bibliográfica.

Fluxograma 1. Passo a passo para seleção dos artigos.



REFERENCIAL TEÓRICO

O IDOSO

A população mundial tem se tornado mais velha, com a elevação da expectativa de vida, é possível a presença de mais idosos do que crianças no mundo. A medicina está constantemente em desenvolvimento, e com isso, a qualidade de vida vem sendo um dos fatores fundamentais que vem aumentando essa expectativa de vida em todo o mundo. Entretanto, ainda existe muita desinformação a respeito das peculiaridades do envelhecimento, e não é só isso, ainda há muito preconceito e desrespeito no trato com as pessoas da terceira idade, especialmente em países pobres ou em desenvolvimento (SOUZA, 2018).

No Brasil, os idosos enfrentam diversos problemas em seu dia a dia, fatores como a ausência de trabalho, a desvalorização de aposentadorias e pensões, o abandono por familiares, entre outros, podendo resultar em depressão, falta de perspectivas e atividades de lazer, e como não dizer também, a dificuldade na obtenção de um plano de saúde para possibilitar a garantia de melhores cuidados médicos (OLIVEIRA, 2009).

Goldman (2009) descreve a velhice como um drama rotineiro, o envelhecimento, atrelado a uma significativa supressão da produtividade, fomentaria uma existência que se torna obsoleta.

Não ocorreu neste texto a pretensão de se esgotar, em nenhuma circunstância, a avaliação pertinente ao idoso, por ser abrangente e complexa. É imprescindível salientar que os idosos carecem de serem tratados de forma humanizada a qual se sintam acolhidos proporcionando uma assistência apropriada, tendo em consideração para a qualidade de vida.

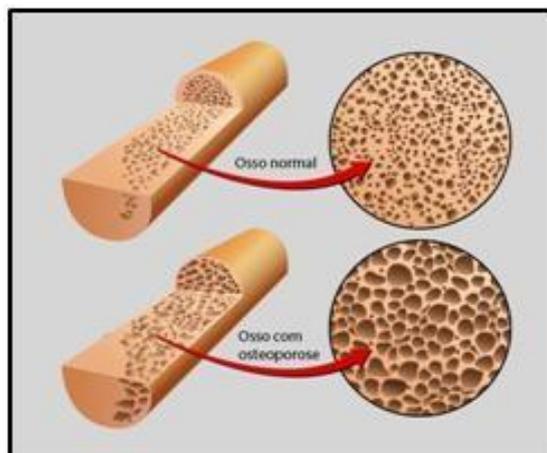
OSTEOPOROSE

Classificada como uma doença esquelética, de forma sistêmica, a osteoporose tem como predicado a redução da massa óssea e a deterioração microarquitetural do tecido ósseo, acarretado maior risco de fraturas, devidas a vulnerabilidade óssea (SILVA, BATALHA, 2020). Essa doença se desenvolve com o tempo e sua prevalência deverá aumentar paralelamente com o envelhecimento da população. Dessa forma, as quedas em idosos aumentam estando associadas às reduções na qualidade de vida, como a mobilidade e o aumento nas taxas de mortalidade em idosos (RODRIGUES, BARROS, 2016).

De forma fisiológica, os ossos são continuamente depositados por osteoblastos e absorvido por osteoclastos, normalmente, ocorre equilíbrio entre a deposição e a absorvência óssea. Durante a osteoporose existe uma desconformidade entre deposição osteoblástica e a absorção osteoclástica, com predomínio da absorção (GALI, 2001). No momento que os osteoclastos passam a funcionar mais depressa os ossos são danificados com maior velocidade, assim os osteoblastos são preparados para repor, em consequência, eles ficam

porosos, conforme pode ser notado na figura 1 a seguir:

Figura 1. Comparação ossos normal e porosos da osteopenia.



Fonte: Maria Helena Varella Bruna, 2012. *

* Disponível em: <drauziovarella.uol.com.br>. Acesso em: 25 de outubro de 2021.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), a grande maioria da população brasileira encontra-se predisposta a desenvolver osteoporose, tendo havido um aumento de 7,5 milhões em 1980 para 15 milhões no ano de 2004. Dessa forma, observa-se que de 35% a 52% das mulheres com idades acima de 50 anos e 19% a 39% dos homens apresentam essa doença. A estaria associada aos fatores idade, falta de atividade física, doença crônica, utilização de medicamentos como corticoides, reposição tireoidiana em excesso, déficit de cálcio e vitamina D, fumo, histórico familiar, fumo, raça, dieta inapropriada, uso de álcool e tipo corporal (NETTINA, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2003, baseando-se nos valores da DMO, a osteoporose pode ser definida inferiores a 2,5 desvios padrão (DP) no que se refere a média para as mulheres (T-Score), conforme podemos observar no quadro 1 a seguir:

Quadro 1. Critérios densitométricos para o diagnóstico de osteoporose.

Categoria	Definição
Normal	T-score > - 1DP
Osteopenia	-1 >T-score > - 2,5 DP
Osteoporose	T-score = - 2,5 DP
Osteoporose estabelecida	T-score = - 2,5 DP e pelo menos uma fratura por fragilidade óssea

Fonte: OMS, 2003.

METABOLISMO ÓSSEO MINERAL

A vitamina D possui papel essencial na promoção e manutenção da saúde esquelética. Em meio as deficiências fomentadas pela insuficiência de vitamina D encontram-se o hiperparatiroidismo secundário e a perda óssea, levando à osteoporose por defeitos de mineralização, que podem acarretar osteomalácia, fraqueza muscular, quedas e fraturas. Os valores séricos da vitamina D, estão diretamente relacionados à DMO e a remodelação óssea (SILVA, BATALHA, 2021). O Quadro 2 apresenta os indicadores de saúde referentes aos níveis séricos de 25(OH)D3 encontrados por meio de parâmetros bioquímicos.

Quadro 2. Níveis séricos de 25(OH)D3 utilizados como indicadores de saúde.

25-OHD3 (ng/mL)	25-OHD3 (nmol/L)	Indicador de Saúde
< 20	> 50	Deficiência
20-32	50-80	Insuficiência
32-100	80-250	Suficiência
54-90	135-225	Normal em países ensolarados
> 100	> 250	Excesso
> 150	> 325	Intoxicação

Fonte: HOLICK, et al., 2011.

O quadro 3 apresenta as quantidades diárias de vitamina D recomendadas para cada fase da vida em uma unidade internacional (UI).

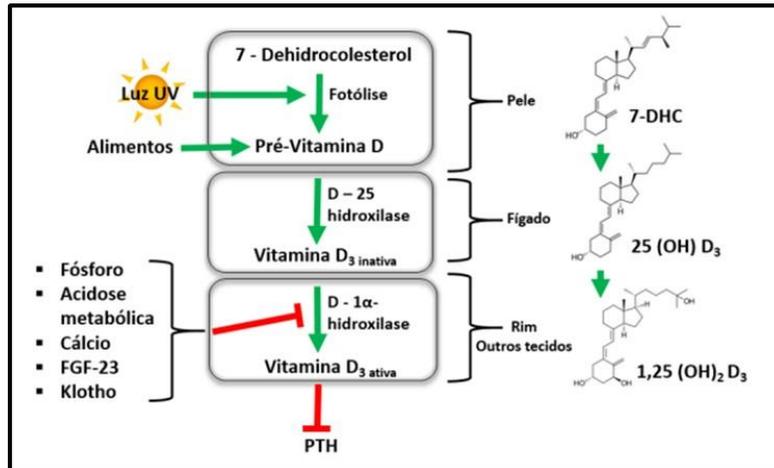
Quadro 3. Dose diária recomendada de vitamina D.

Fase da vida	Quantidade (UI)
Até 6 meses	300
Mais de meses	400
Adultos acima de 24 anos	200
Gestantes e Lactantes	400
Na ausência de exposição ao sol	660 a 800
Idoso	800

Fonte: SILVA, BATALHA, 2021; OLIVEIRA, 2014.

Os padrões de vitamina D estão de modos direto, concernentes à DMO e a remodelação óssea, contudo, a suplementação contínua de vitamina D faz com que tenha o mínimo de perda óssea (SILVA, BATALHA, 2021). A figura 2 apresenta de forma visual como ocorre a síntese e a regulação da vitamina D ativa no organismo.

Figura 2. Síntese e regulação da síntese da vitamina D ativa.



Fonte: CÂMARA, 2018.

EPIDEMIOLOGIA

Estima-se que, no mundo, 200 milhões de pessoas são acometidos pela doença, (YANG, et al., 2020). O estudo realizado por Camargos e Bonfim (2017) descreveu o número médio de anos vivos com osteoporose por brasileiros, por intermédio, das variáveis sexo e idade. Ao observar as diferenças na prevalência de osteoporose entre os sexos, verificou-se que as mulheres vivem mais, mas apresentam maiores expectativas de vida com osteoporose. Supõe-se que, aos 60 anos, as mulheres esperariam viver 37,0% dos anos remanescentes com osteoporose, em contraponto a 6,6% para os homens (CAMARGOS, BONFIM, 2017).

RELAÇÃO COM A VELHICE

Os principais fatores associados a deficiência de vitamina D nos idosos são a falta de apreciação a exposição solar, o baixo consumo de alimentos contendo vitamina D (CAPOLONGO, 2016). Pela população idosa ser mais sensível à hipovitaminose D, as pesquisas também afirmam que os níveis da vitamina D são fatores extremamente preponderantes quando análogos aos episódios de quedas e fraturas em idosos. Com o passar do tempo os idosos acabam perdendo massa óssea e com isso acabam ocorrendo algumas fraturas, então o quanto antes for descoberto a osteoporose e ela for iniciado o tratamento, maiores são as chances de melhoria no quadro sem agravos futuros (ZHOU, 2015).

Pesquisas apontam que idosos com altos níveis séricos de vitamina D, dispõe de elevada força muscular, demonstrando que a suplementação dessa vitamina pode auxiliar na prevenção de quedas e fraturas em idosos (SILVA, BATALHA, 2021).

FATORES DE RISCO

Uma pesquisa realizada em 2012, descreve que a osteoporose pode ser uma complicação da artrite reumatoide e de outras doenças autoimunes, entretanto a literatura

ainda é escassa ao se considerar a relação com essas doenças. Uma das possíveis explicações para a correlação estaria em falhas nos sistemas de regulação óssea, sabendo que pacientes com artrite reumatoide possuem maior risco de fraturas, apresentam redução da DMO no quadril, na coluna vertebral e possuem maior risco de osteoporose em idosos. Outro fator que colabora a associação é a utilização prolongada de corticoides (FERREIRA, 2012).

O uso constante de cafeína, álcool e tabaco tem como consequência a diminuição da DMO. No que concerne à cafeína, a ação pode estar análoga ao aumento na excreção de cálcio. No consumo excessivo de álcool, ocorrem efeitos diretos sobre os osteoblastos e redução das condições séricas de vitamina D, acarretando à osteoporose. O tabaco pode proporcionar ação inibidora dos osteoblastos através da nicotina, bem como, a relação do tabagismo com a redução da DMO também pode ser esclarecida por interferências na absorção do cálcio e menor nível de estradiol (OLIVEIRA, 2002). A tabela 1 apresenta possíveis fatores para o acometimento de osteoporose.

Tabela 1 - Fatores de risco para o desenvolvimento da osteoporose e fraturas.

Fatores de risco para osteoporose	
Fatores de riscos maior	Fatores de risco menor
Idade superior a 65 anos	Artrite reumatoide
Fraturas vertebrais de compressão	Baixo aporte diário de cálcio
Fraturas de baixo impacto antes dos 40 anos	<u>Terapia anticonvulsivantes crônica</u>
História familiar de fraturas osteoporóticas	<u>Hipertiroidismo</u>
Terapia com <u>glucocorticóides</u> durante mais de três meses	<u>Hábitos tabágicos</u>
Síndrome de má absorção	Ingestão excessiva de álcool
<u>Hiperparatiroidismo primário</u>	Ingestão excessiva de cafeína
Propensão a quedas	Peso inferior a 57 kg
Osteopenia aparente em radiografias	Terapia crônica com <u>heparina</u>
<u>Hipogonadismo</u>	Perda de peso superior a 10% ao peso que tinha

Fonte: RIZER, 2006.

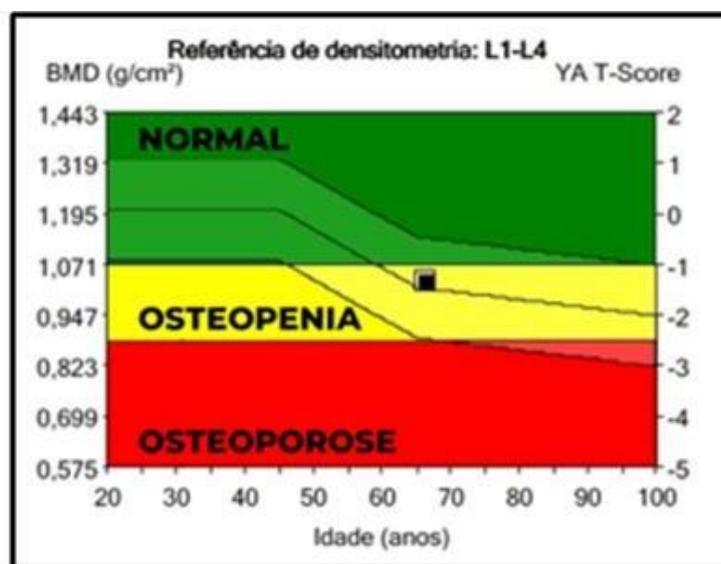
DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar a doença, é necessário analisar a história clínica, realizar o exame físico e os parâmetros subsidiários. Em contrapeso, a osteoporose aponta-se pouco

sintomática, muitas das vezes, sendo manifestada apenas quando ocorre uma fratura, tendo sua principal causa relacionada aos sintomas, o espasmo muscular e as microfraturas (BRANDÃO NETO, 2021).

Outra forma de diagnosticar a osteoporose é a densitometria óssea por raio X, um exame não invasivo e importante. Ele facilita a medição da DMO na coluna lombar e fêmur, associando-a aos valores de referência pré-estabelecidos. As três faixas de densidade são a normal, a osteopenia e a osteoporose. A figura 4 apresenta a densitometria óssea utilizada para detectar a osteopenia e a osteoporose.

Figura 4 – Referência de Densitometria



Fonte: FENATO, 2020.

Na história do paciente deve-se analisar os hábitos alimentares, sedentarismo, hereditariedade, tabagismo e uso de álcool, para que possa ser realizado um possível diagnóstico plausível do indivíduo (BRANDÃO NETO, 2021). De praxe, têm de, serem solicitados exames como hemograma, provas de função renal, VHS, TSH, urina, eletroforese de proteínas, bem como, as dosagens de fósforo, fosfatase alcalina, cálcio e calciúria de 24 horas. Os níveis de cálcio excretados, estão diretamente associados ao acometimento pela osteoporose (RADOMINSKI, 2017).

PREVENÇÃO

A prevenção deve começar pela infância e juventude, nesta fase deve ser feito um bom aporte de cálcio e vitamina D, com a consequência positiva no pico de massa óssea juntamente com a atividade física. Bem como, na fase adulta deve-se ter uma ingestão cálcio e vitamina D adequada (ideal é ingerir de 800 a 1.200 mg/cálcio por dia.), evitar o consumo de cafés, bebidas alcoólicas, tabaco e realizar exercícios físicos (MOREIRA, 2021).

A vinculação entre a prevenção da osteoporose, pela exposição solar ao favorecimento

para a absorção de cálcio e no metabolismo mineral ósseo, pode ser explicada por meio de sua formação. A vitamina D é alicerçada por duas formas, sendo a primeira pelo ergocalciferol ou vitamina D₂, obtido através de vegetais e suplementação. A segunda via é através do colecalciferol ou vitamina D₃, advinda da exposição solar e alimentação, principalmente de leite e derivados (SILVA, BATALHA, 2021).

DIETA COMO ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO, CONTROLE E TRATAMENTO

A nutrição é um dos princípios preponderantes na precaução e tratamento da osteoporose, além da importância de consumir alimentos fontes de cálcio e fazer uma suplementação adequada para cada indivíduo. É preciso sustentar o equilíbrio entre o dispêndio e a absorção do cálcio de acordo com o avanço da idade, levando em consideração o fato de que a vitamina D é essencial durante para a captação de cálcio no organismo. Outra forma de conter a incidência é por via da reposição hormonal (MORAES, BURGOS, 2007).

As elevações séricas de vitamina D são análogas a melhora da função muscular, evitando riscos de quedas e a importância da suplementação em idosos. Por mais que os alimentos ricos em vitamina D de fontes naturais sejam bem escassos, o consumo de peixes, gema de ovo e cogumelos frescos são ótimas opções (KRATZ, SILVA, 2018).

Uma dieta balanceada para garantir saúde óssea deve ter como base os grãos, leites e derivados, frutas, legumes, vegetais e quantidades moderadas de carnes magras, ovos e peixes. Possuindo também, quantidades necessárias de proteína, magnésio, cálcio e vitaminas B₆, B₁₂, K, C, ácido fólico, compostos oligoelementos como zinco, cobre, selênio, boro e ferro, que atuam indiretamente no metabolismo macromineral (MORAES, BURGOS, 2007).

RESULTADO E DISCUSSÕES

A osteoporose é o distúrbio ósseo mais comum no mundo, portanto possui bastante impacto na saúde pública, uma vez que possui alta prevalência na população mundial e severas complicações que provocam maior morbimortalidade e mortalidade (YANG, et al., 2020). A velhice é um fator predominante ao surgimento da doença, bem como, contribui para o agravamento e maiores complicações, é fundamental estabelecer a sua relação com a vitamina D, necessária para manutenção do funcionamento adequado do metabolismo ósseo-mineral. Sendo assim, este trabalho visa demonstrar a relação entre a osteoporose, o idoso e a vitamina D, no cenário de 2017 a 2021, sob a forma de uma revisão bibliográfica, na base de dados Scielo® e BVS.

Dentro do período proposto para esta revisão, os últimos 5 anos (2017 a 2021) de publicações, nas bases de dados analisadas (Scielo® e BVS), foram selecionados 7 artigos, que estão descritos no Quadro 4.

Quadro 4 – Artigos selecionados na base de dados Scielo® e BVS utilizando como parâmetro de busca: osteoporose x idoso x vitamina D no período de 2017 a 2021.

Ano	Citação	Obra (Título)	Periódico (Revista)	Site Busca	Impact/Qualis
2017	PARK, Ki-Soo; YOO, Jun-II; KIM, Ha-Young; JANG, Sunmee; PARK, Yongsoon; HA, Yong-Chan.	O programa de educação e exercícios melhora o conhecimento sobre osteoporose e altera a ingestão alimentar de cálcio e vitamina D em idosos da comunidade.	BMC Public Health.	BVS	3.17
2017	WALKER, Pippy; MILLER, AMBERBER, Amanda; KURLLE, Susan; KIFLEY, Annette; CAMERON, Ian D.	Prevalência do uso de suplemento de vitamina D em instalações de cuidados residenciais para idosos na Austrália em novembro de 2014.	BMC Res Notes.	BVS	1.66
2018	PILLATT, Ana Paula; PATIAS, Rutiana Silva; BERLEZI, Evelise Moraes; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto.	Quais os fatores associados à sarcopenia e à fragilidade em idosos residentes na comunidade.	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.	SCIELO	A4

2019	HPOLITO, Vivian Roselany Ferreira; FORMIGA, Laura Maria Feitosa; ARAUJO, Ana Klisse Silva; FEITOSA, Lorena Mayara Hipólito; CARVALHO, Kathelyn Jane Sousa; CARVALHO, Viviane Pinheiro de; ROCHA, Lívia de Araújo; CARVALHO, David de Sousa.	Riscos para o desencadeamento da osteoporose em idosos.	Rev. Enferm. UFPE	BVS	B2
2020	FORMIGA, Laura Maria Feitosa.	Associação entre concentrações séricas de 25 (OH) D, ingestão de alimentos fonte de vitamina D e cálcio e condições de saúde com a presença de osteoporose e fraturas em idosos no estado do Rio de Janeiro.	Biblioteca CIR - FSP/USP	BVS	NE*
2021	KUPISZ-URBANSKA, Malgorzata; PLUDOWSKI, Pawel; MARCINOWSKA-SUCHOWIERSKA, Ewa.	Deficiência de vitamina D em pacientes mais velhos - problemas de sarcopenia, interações medicamentosas, controle da deficiência.	Nutrients	BVS	5.42
2021	MIN, C; YOO, D. M.; WEE, J.H.; LEE, H.-J.; CHOI, H.G.	A atividade física de alta intensidade com altos níveis de vitamina D no soro está associada a uma baixa prevalência de osteopenia e osteoporose: um estudo de base populacional.	Osteoporosis Int.	BVS	4.50

*NE = não encontrado.

A tabela 3 apresenta a distribuição numérica e o ano de publicação dos artigos presentes neste estudo com o percentual anual. Observa-se que os períodos onde foram

selecionados mais artigos relacionados a osteoporose em idosos e sua relação com a vitamina D, foram os anos de 2017 (n= 2, 28,57%) e 2021 (n= 2, 28,57%).

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual dos artigos selecionados referentes ao ano de publicação.

Ano	Quantidade (n)	Percentual (%)
2017	2	28,57
2018	1	14,28
2019	1	14,28
2020	1	14,28
2021	2	28,57
TOTAL:	7	100%

O estudo realizado por Hipólito, et al., (2019) apresenta a insuficiência de vitamina D como risco a suscitar a osteoporose em idosos. Neste estudo, a idade média dos participantes foi de 71,93 anos, equiparada a pesquisas que dispõem a osteoporose e a perspectiva de vida no Brasil. Demonstrações de prevalência aumentada com o avanço da idade, passando de 0,1%, no intervalo etático de 18 a 24 anos, a 27,7%, em indivíduos devorantes há 80 anos.

Ao analisar o histórico pessoal dos idosos, 65,3% alegaram ter sofrido algum tipo de fratura durante a vida, dos quais em sua maioria, posterior os 60 anos de idade (HIPÓLITO, et al., 2019). Os dados de Hipólito, et al., (2019), se associam aos encontrados no estudo recente realizado por Formiga, em 2020, onde houve prevalência de osteoporose em 23,7% dos idosos, bem como, a presença de fraturas após os 45 anos foi de 14,6%. Pillatt, et al., (2018), co-relacionam por meio de evidências científicas a relação entre vitamina D e a fragilidade no idoso, associados a sarcopenia (redução da massa muscular) e a osteoporose, possíveis fatores relacionados a quedas e fraturas.

Vale ressaltar, verificado o consumo alimentar dos idosos, foi observada uma associação significativa entre bons hábitos alimentares e a redução de fraturas. Todos os participantes que não apresentaram fraturas após os 45 anos, relataram ingerir iogurte 7 dias na semana. Bem como, a frequência de fraturas foi baixa entre aqueles que relataram o consumo de ovos e queijos (FORMIGA, 2020). Um estudo de intervenção compenetrado para o incremento da ingestão de cálcio e vitamina D observou que após intervenção, a inadequação do consumo alimentar diminuiu significativamente. Deste modo, pensamos que uma maior conscientização sobre a importância da ingestão de alimentos ricos em cálcio e vitamina D seria capaz de compelir modificações positivas no estilo de vida, bem como, refreando os riscos de quedas e fraturas relacionadas à osteoporose (PARK, et al., 2017).

Ao observar a relação entre a suplementação de vitamina D e a ocorrência de quedas em idosos, foi verificou-se a redução de quedas em indivíduos que suplementavam doses diárias de 700 a 1000 UI de vitamina D (KUPZIS—URBANSKA, et al., 2021). Walker, et al., (2017) enfatizam a necessidade de implementar estratégias para aumentar o uso de

suplementos de vitamina D no cuidados de idosos.

Em contraponto aos fatores que demonstram resultados positivos, o consumo de bebida alcoólica demonstra estar associado a redução da DMO (HIPÓLITO, et al., 2019), por meio da análise de variáveis de condição clínica e estilo de vida, foi possível observar que idosos que consumiam bebidas alcoólicas e não faziam suplementação de cálcio tiveram maior prevalência de fratura (FORMIGA, 2020).

Pesquisas atuais sugerem que a combinação de exercícios físicos e níveis elevados de 25 (OH) D está positivamente associada a DMO elevada (MIN, C., et al., 2021), ressaltando a importância de hábitos saudáveis como prevenção aos acometimentos ocasionados pela osteoporose.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os estudos analisados, nesta pesquisa preconizou-se, como objetivo geral, conceber um agrupado de informações considerando os elementos preceptores a osteoporose, que prevalece em idosos e a relação ao déficit de vitamina D, demonstrando individualmente seus conceitos e formas de estratégia de prevenção.

Nota-se que há a similitude entre o difícil de vitamina D e a preponderância de osteoporose em indivíduos idosos, pois esses indivíduos apresentam um maior risco de quedas e fraturas, condições que podem levar ao aumento da morbimortalidade. A deficiência de vitamina D atinge pessoas mundialmente, entretanto, é vista como prevalente e preocupante na população idosa, uma população em crescimento nos tempos atuais. Há a viabilidade da hipótese de que a falta de vitamina D, predispõe-se, devido aos indivíduos doentes saírem menos de casa e consumirem uma alimentação desequilibrada, portanto, a deficiência de vitamina D seria uma consequência da doença e não a sua causa, assim gerando impacto na osteoporose e agravando o quadro clínico do indivíduo osteoporótico.

Sendo assim, é recomendada a supervisão médica e nutricional para ponderar os parâmetros séricos através de exames bioquímicos e, caso se faça imprescindível, a introdução de suplementos de vitamina D, juntamente com a aprimoração do plano alimentar individual. Praticar exercícios físicos e a exposição solar, mostraram-se estratégias eficientes para prevenção e contribuição no tratamento do indivíduo osteoporótico, devendo ser instruído por um educador físico.

Considerando-se a importância de buscar uma alternativa eficaz e relativamente segura com a finalidade de redução dos impactos da osteoporose, que podem vir a desencadear quedas e fraturas acarretando graves consequências. Portanto, consumir alimentos com fontes de Vitamina D, bem como, a suplementação, devem ser voltada a população de modo a prevenir e auxiliar no tratamento da patologia osteoporose.

REFERÊNCIAS

- BRANDÃO NETO, Rodrigo Antônio. **Osteoporose: definição, rastreamento, fatores de risco e avaliação.** Disponível em: <https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/6747/osteoporose_parte_1__definicao_rastreamento_fatores_de_risco_e_avaliacao.htm>. Acesso em: 01 out. 2021.
- BRASIL | Ministério da Saúde. **SUS gasta R\$70 milhões com fraturas em idosos.** ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2008.
- CARVALHO, J.A.M, GARCIA, R. A.G. **O envelhecimento da população brasileira um enfoque demográfico.** Caderno Saúde Pública. 2003;19(3):725-33.
- CAMARA, A.R. **Estudo da associação entre a deficiência de vitamina D, doenças relacionadas e o estresse oxidativo celular.** Natal: UFRN, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25818/1/EstudoAssociacaoDefici%C3%Aancia_Camara_2018.pdf>. Acesso em: 28 de out. 2021.
- CAMARGOS, Mirela Castro Santos; BOMFIM, Wanderson Costa. **Osteoporose e Expectativa de Vida Saudável: estimativas para o Brasil em 2008.** Caderno de Saúde Coletiva, 2017, Rio de Janeiro, 25 (1): 106-112. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/i/2017.v25n1/>. Acesso em: 04 out. 2021.
- CAPOLONGO, Giovanna. **Vitamin-D status and mineral metabolism in two ethnic populations with sarcoidosis.** Journal of Investigative Medicine, 2016.
- FERREIRA, Ana Rita de. **Prevenção e tratamento da osteoporose nos idosos.** Tese de mestrado no âmbito do ciclo de estudos de mestrado integrado em medicina da Faculdade de medicina da Universidade de Coimbra. Área Científica de Clínica Geral/Medicina Geral e Familiar, 2012. Disponível em: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/48158/1/Tese%20Ana%20Rita%20Ferreira%20OP.pdf>. Acesso em: 01 out. 2021.
- FENATO, Rafael. **Osteoporose: entenda a diferença entre osteopenia e osteoporose.** Voglia Ortopedia. Disponível em: <https://vogliaortopedia.com.br/blog/diferenca-entre-osteopenia-e-osteoporose/>. Acesso em: 02 out. 2021.
- FORMIGA, Laura Maria Feitosa. **Associação entre concentrações séricas de 25 (OH) D, ingestão de alimentos fonte de vitamina D e cálcio e condições de saúde com a presença de osteoporose e fraturas em idosos no estado do Piauí.** Biblioteca CIR - FSP/USP. 2020.
- GALI, J.C. **Osteoporose.** São Paulo: Acta Ortopédica Brasileira, 2001.
- GALLAHUE, D. L., OZMUN, J.C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos.** 3ª edição. São Paulo: Phorte, 2005.
- GUARNIERO, Roberto; OLIVEIRA, Lindomar Guimarães. **Osteoporose: atualização no diagnóstico e princípios básicos para o tratamento.** Revista Brasileira de Ortopedia, 2004;39(9). Disponível em: <https://rbo.org.br/detalhes/24/pt-BR/osteoporose--atualizacao-no-diagnostico-e-principios-basicos-para-o-tratamento>. Acesso em: 01 out. 2021.
- GOLDMAN, Sara Nigri. **As dimensões culturais, sociais e políticas do envelhecimento.** Rio de Janeiro: Apicuri, 2009. p. 27-42.

HIPOLITO, Vivian Roselany Ferreira; FORMIGA, Laura Maria Feitosa; ARAUJO, Ana Klisse Silva; FEITOSA, Lorena Mayara Hipolito; CARVALHO, Kathalyn Jane Sousa; CARVALHO, Viviane Pinheiro de; ROCHA, Livia de Araújo; CARVALHO, David de Sousa. Riscos para o desencadeamento da osteoporose em idosos. *Rev. Enferm. UFPE*: 2019.

HOLICK MF; BINKLEY NC; BISCHOFF-FERRARI HA; GORDON CM; HANLEY DA; HEANEY RP; MURAD MH; WEAVER CM. *Evaluation, treatment and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline*. Boston: The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2011.

KHAJURIA, Deepak Kumar; RAZDAN, Rema; MAHAPATRA, D. Roy. Medicamentos para o tratamento da osteoporose: revisão. *Revista Brasileira de Reumatologia*. São Paulo: Elsevier Editora Ltda. 51(4): 365-382, 2011.

KRATZ, Daniela Barbosa; SILVA, Giancarlo Soares e. Deficiência de vitamina D (25OH) e seu impacto na qualidade de vida: uma revisão de literatura. *RBAC*: 2018. Disponível em: <<http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2018/10/RBAC-vol-50-2-2018-ref-686.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2021.

KUPISZ-URBANSKA, Malgorzata; PLUDOWSKI, Pawel; MARCINOWSKA-SUCHOWIERSKA, Ewa. Deficiência de vitamina D em pacientes mais velhos - problemas de sarcopenia, interações medicamentosas, controle da deficiência. *Nutrients*: 2021.

MIN, C; YOO, D. M.; WEE, J.H.; LEE, H-J.; CHOI, H.G. A atividade física de alta intensidade com altos níveis de vitamina D no soro está associada a uma baixa prevalência de osteopenia e osteoporose: um estudo de base populacional. *Osteoporos Int*: 2021.

MOREIRA, Virgilio Garcia. Osteoporose em idosos: conheça as causas e como cuidar da doença. Disponível em: <http://www.longevitat.com/osteoporose-em-idosos-conheca-as-causas-e-como-cuidar-da-doenca.html>. Acesso em: 01 out. 2021.

MORIN, S. N., DJEKIC-IVANKOVIC, M., FUNNELL, L., GIANGREGORIO, L., RODRIGUES, I. B., RIDOUT, R., FELDMAN, S., KIM, S., MCDONALD-BLUMER, H., KLINE, G., WARD, W. E., SANTESSO, N., LESLIE, W. D. Patient engagement in clinical guidelines development: input from > 1000 members of the Canadian Osteoporosis Patient Network. *Osteoporos*. 2020.

NETTINA, S.M. *Prática de enfermagem*. 7ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

OLIVEIRA, I.G. *Osteoporose: Guia para Diagnóstico, Prevenção e Tratamento*. Rio de Janeiro, Revinter, 2002.

OLIVEIRA, V., Muller, I.G., Dutra, L.E., BOFF, D.B., STRAUDER, Z.G. Influence of vitamin D in human health. La Plata: Acta bioquim. clin. Latinoam, 2014.

OLIVEIRA, S.A. *A Importância das Relações Sócio-Familiares na Promoção da Qualidade de Vida do Idoso*. Brasília: Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES), 2009.

PARK, Ki-Soo; YOO, Jun-Ji; KIM, Ha-Young; JANG, Sungea; PARK, Yongsoo; HA, Yong-Chan. O programa de educação e exercícios melhora o conhecimento sobre osteoporose e altera a ingestão alimentar de cálcio e vitamina D em idosos da comunidade. *BMC Public Health*: 2017.

PILLATT, Ana Paula; PATIAS, Rutiana Silva; BERLEZI, Evelyn Moraes.; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto. **Quais os fatores associados à sarcopenia e à fragilidade em idosos residentes na comunidade.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2018.

SILVA, Keyseane Santis. BATALHA, Iva Cilene Guimarães da Silva. **Relevância da suplementação de vitamina D na prevenção da osteoporose em idosos.** Brasília: Revista Revisão, 2021. Disponível em: <<http://www.rbm.org.br/article-from-author/%20Iva%20Cilene%20Guimar%C3%A3es%20da%20Silva%20Batalha>>. Acesso em: 30 set. 2021.

SOBRÃO | Sociedade Brasileira de Osteoporose. Reumatologia: 2007. Disponível em: <<https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/osteoporose>>. Acesso em: 30 set. 2021.

SOUZA, M.S. **Proteção social aos idosos no Brasil de 1988 a 2016: trajetória e características.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/30880/2/ve_Michele_Souza_ENSP_2018.pdf>. Acesso em: 23 de out. 2021.

RADOMINSKI, Sebastião C. **Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa.** Revista Brasileira de Reumatologia 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/r/rbr/a/p8S8hk4qKxTC6gf45R48zwq/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 03 out. 2021.

RIZER, M. **Osteoporose. Primary Care: Clinica in Office pratica.** 2006. Disponível em: <[https://www.primarycare.theclinica.com/article/S0095-4543\(06\)00072-8/pdf](https://www.primarycare.theclinica.com/article/S0095-4543(06)00072-8/pdf)>. Acesso em: 28 de out. de 2021.

RODRIGUES, Iara Guimarães, BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. **Osteoporose autorreferida em população idosa: pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo: Revista Brasileira de Epidemiologia,** 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000200294>. Acesso em: 28 set. 2021.

VARELLA, Drauzio. **Osteoporose.** Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/entrevistas-2/osteoporose-entrevista/>>. Acesso em: 28 set. 2021.

WALKER, Pippy; MILLER, AMBERBER, Amanda; KURRLE, Susan; KIFLEY, Annette; CAMERON, Ian D. **Prevalência do uso de suplemento de vitamina D em instalações de cuidados residenciais para idosos na Austrália em novembro de 2014.** BMC Res. Notes: 2017.

WHO/OMS | Scientific Group on the Prevention and Management of Osteoporosis. **Prevention and management of osteoporosis: report of a WHO scientific:** 2003. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_921.pdf>. Acesso em: 26 de out. 2021.

ZHOU, Rui. **Vitamin D and alternative splicing of RNA.** The Journal of steroid biochemistry and molecular biology, 2015.

YANG, T.L., SHEN, H., LIU, A., DONG, S.S., ZHANG, L., DENG, F.Y., ZHAO, Q., DENG, H.W. **Um roteiro para a compreensão dos determinantes moleculares e genéticos da osteoporose.** Nat. Rev. Endocrinol. 2020.

PEREIRA, Rosa Maria Rodrigues; LOPES, Jaqueline Barros. **Osteoporose.** São Paulo: Revista Paulista de Reumatologia, 2011.

O USO DA TOXINA BOTULÍNICA COMO TERAPIA MEDICAMENTOSA NAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

Ana Gabriela Petri¹; Franciane Paranha Gomes¹; Júlia Coutinho Casagrande; Darlon de Oliveira Souza².

1. Acadêmicas do Curso de Odontologia da Faculdade Brasileira MULTIVIX – Vitória ES

2. Docentes do Curso de Odontologia da Faculdade Brasileira MULTIVIX – Vitória ES.

RESUMO

A Disfunção temporomandibular é resultado de um desequilíbrio entre as articulações temporomandibulares, os músculos da mastigação, dentes, tecidos de suporte dentário, sistema nervoso central e periférico. Pacientes com essa disfunção possuem como característica: dor em região orofacial e pré-auricular, e em alguns casos podem apresentar ruídos auriculares e interferências ou limitações dos movimentos da mandíbula. Sendo uma das principais causas de dores não dentária, o tratamento definitivo para essa patologia tem sido procurado, porém existem dificuldades, devido sua complexa origem e fatores desencadeantes, necessitando portanto de um tratamento multidisciplinar entre as áreas da odontologia, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, otorrinolaringologia.

Existem diversas alternativas de tratamento, desde técnicas minimamente invasivas e mais conservadoras até técnicas mais invasivas e complexas, sendo, portanto de fundamental importância a análise individual de cada paciente pelo cirurgião dentista, para um melhor diagnóstico e alternativa de tratamento em cada caso.

O objetivo deste estudo foi apontar os efeitos terapêuticos da toxina botulínica tipo A nas disfunções temporomandibulares, sendo esta introduzida como método terapêutico pelo seu efeito analgésico e miorrelaxante possuindo ação direta nos músculos mastigatórios. A toxina atua de forma minimamente invasiva, e raramente apresenta efeitos colaterais, no entanto, a aplicação da droga deve ser de forma complementar o tratamento, tendo em vista que é necessário haver interdisciplinaridade terapêutica.

PALAVRAS CHAVES

Toxina botulínica, disfunção temporomandibular, cirurgião dentista.

ABSTRACT

Temporomandibular dysfunction is the result of an imbalance between temporomandibular joints, masticatory muscles, teeth, dental support tissues, central and peripheral nervous system. Patients with this dysfunction have pain in the orofacial and preauricular region, and in some cases may have auricular noise and interference or limitations in the movements of the jaw. Being one of the main causes of non-dental pain, the definitive treatment for this pathology has been sought, however there are difficulties, due to its complex origin and triggering factors, therefore requiring a multidisciplinary treatment between the areas of dentistry, speech therapy, psychology, physiotherapy, otorhinolaryngology. There are several treatment alternatives, from minimally invasive and more conservative techniques to more invasive and complex techniques, therefore, it is of fundamental importance the individual analysis of each patient by the dental surgeon, for a better diagnosis and treatment alternative for each case. The aim of this study was to point out the therapeutic effects of botulinum toxin type A on temporomandibular disorders, which was introduced as a therapeutic method due to its analgesic and muscle relaxant effect, having

direct action on the masticatory muscles. The toxin acts in a minimally invasive way, and rarely has side effects, however, the application of the drug must be complementary to the treatment, considering that there is a need for therapeutic interdisciplinarity.

Keywords: Botulinum toxin, temporomandibular disorder, dentist.

INTRODUÇÃO

A junta estabelecida entre o osso temporal e a mandíbula, é denominada articulação temporomandibular (ATM), que por sua vez é a única articulação sinovial do crânio, é uma articulação bilateral, composta por quatro superfícies articulares: as facetas articulares do osso temporal, o côndilo mandibular e as superfícies superior e inferior do disco articular (TEIXEIRA, et. al., 2008, p.51).

Entre os componentes da ATM está o côndilo mandibular, ou cabeça da mandíbula, que se ajusta frouxamente na fossa mandibular do osso temporal e compõem a parte móvel da ATM (TEIXEIRA, et al., 2008, p.52). O disco articular é uma estrutura fibrocartilaginosa que não se liga ao osso temporal, mas se encontra intimamente ligado à cabeça da mandíbula através de ligamentos em dois pontos, medial e lateral, um descompasso entre essa união resulta em ruídos articulares, estalidos ou crepitação. Essa estrutura estabiliza o côndilo na fossa mandibular, e assim absorve choques e promove movimentação suave da ATM (MADEIRA, 2004, p. 104).

Na região posterior do disco articular existe um tecido especializado denominado tecido retrodiscal, que possui fibras elásticas, e permite que o disco volte à posição original juntamente com o côndilo quando este retorna à fossa mandibular (TEIXEIRA, et. al., 2008, p.53).

A articulação temporomandibular possui ainda a membrana sinovial responsável pela produção do líquido sinovial, o qual possui funções de lubrificação da ATM, proteção biológica, nutrição da articulação e disco (TEIXEIRA, et al., 2008, p. 56).

Os principais músculos atuantes de forma sinérgica com a ATM são: temporal, masseter, pterigóideo medial e pterigóideo lateral. O posicionamento perfeito de todas as estruturas da ATM é mantido por atividade contínua dos músculos da mastigação (GUEDES et al., 2016). A funcionalidade da ATM pode ser observada pelos movimentos de translação, rotação, transrotação e lateralidade, que ocorrem durante os movimentos mandibulares (TEIXEIRA, et al., 2008, p. 60).

A disfunção temporomandibular é um termo utilizado para abordar um grupo de doenças que envolvem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular e estruturas associadas, compreendendo uma série de sinais e sintomas, como dor orofacial e distúrbios funcionais (REAL APARÍCIO, 2018). Segundo a Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP), as disfunções temporomandibulares podem ser classificadas em

disfunções musculares ou articulares.

A toxina botulínica (BTX-A) é uma neurotoxina produzida pela bactéria *Clostridium botulinum*, exercendo seu principal efeito na junção neuromuscular e devido sua alta toxicidade é considerada umas das mais potentes neurotoxinas. Existem diversas práticas terapêuticas para as DTM, no entanto há buscas constantes por métodos eficazes. Com a intenção de se apresentar uma alternativa, a toxina botulínica tipo A (BTX-A) vem sendo estudada como método terapêutico para pacientes que sofrem desta patologia (BARBOSA; BARBOSA, 2017, p. 19-30).

O presente estudo tem como principal objetivo apontar os efeitos terapêuticos da toxina botulínica tipo A nas disfunções temporomandibulares.

DESENVOLVIMENTO

Disfunção Temporomandibular

As complicações envolvendo a articulação temporomandibular e suas estruturas associadas são consideradas os principais causadores das dores orofaciais, e quando associadas à transtornos clínicos dos músculos da mastigação e da articulação, é denominado disfunção temporomandibular (DTM), esse termo também é utilizado para denominar a dor mioesquelética crônica ou aguda na face (ZAVANELLI et al. 2018).

As disfunções temporomandibulares são consideradas um grupo heterogêneo de patologias com manifestação na área orofacial, é caracterizada pela dor orofacial e na região pré-auricular e/ou também por limitações ou interferências nos movimentos mandibulares, além de ruídos articulares (MELCHIOR et al., 2018).

Segundo a Academia Americana de Dor Orofacial, a DTM é definida como um conjunto de distúrbios que envolvem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular e estruturas associadas. (CARRARA et al., 2010)

Esta síndrome é uma das principais causas de dor não dentária na região orofacial, estudos populacionais mostram que a DTM afeta 10% a 15% dos adultos, mas apenas 5% procuram assistência profissional. A disfunção temporomandibular acomete geralmente indivíduos de 20 a 40 anos e é duas vezes mais comum em mulheres do que comparado aos homens (GAUER; SEMIDEY, 2015).

A DTM é resultante de um desequilíbrio entre as articulações temporomandibulares, músculos da mastigação, músculos do pescoço, dentes, tecidos de suporte dentários, sistemas nervosos central e periférico. (DIAS; FONSECA, 2016). A etiologia precisa da síndrome é bastante controversa na comunidade científica, no entanto a maioria dos autores concordam que é de origem complexa e multifatorial (BASTOS et al., 2017).

Dentre os fatores mais frequentemente relacionados com a DTM pode ser citada a

hiperatividade muscular, causada por diferentes fatores e induz em o acúmulo de metabólitos no interior de fibras musculares, levando a um quadro inflamatório que pode ou não se manifestar dolorosamente, dependendo da tolerância de cada indivíduo. Além disso, é válido salientar que não é todo indivíduo com hiperatividade muscular que desenvolverá DTM, essa patologia está vinculada a características associadas a fatores endócrinos e neurológicos relacionados com os processos inflamatórios e dolorosos (BARBOSA; BARBOSA, 2017, p. 144).

Carrara et al. (2010) citam que a tentativa de isolar uma etiologia única “nítida e universal” não tem sido bem sucedida, no entanto é necessário uma anamnese bem-feita em pacientes que possuem disfunção temporomandibular, visto que não há um método confiável de diagnóstico e mensuração da presença e severidade das disfunções temporomandibulares, identificando fatores predisponentes (que aumentam o risco da DTM), fatores iniciadores (que resultam na instalação da DTM), e fatores perpetuantes (interferem no controle da patologia). Dentre os fatores etiológicos mais relevantes estão o trauma direto, indireto ou microtrauma, fatores psicossociais, ansiedade, depressão e fatores fisiopatológicos, sendo que para estes no entanto, ainda não há uma relação estabelecida entre as alterações citadas e as disfunções temporomandibulares.

É consenso entre pesquisadores e clínicos especializados em dor orofacial que a oclusão dentária não mais pode ser considerada fator primário na etiologia da DTM. Alguns fatores de relacionamento oclusal são citados como predisponentes das DTM, entretanto, estudos demonstram que a correção desses fatores em indivíduos sintomáticos tem pouca eficácia no controle da DTM. (CARRARA et al., 2010).

No entanto, apesar desta constatação científica, a oclusão na prática odontológica continua sendo importante, pois patologias oclusais podem levar consequências relevantes para o aparelho estomatognático (CARRARA et al., 2010).

Fatores psicossociais, como ansiedade e estresse, têm demonstrado influenciar a capacidade adaptativa do sistema mastigatório, pela sua capacidade de causar alteração ao tônus muscular, constituindo assim importantes mecanismos predisponentes e perpetuantes da DTM (FONSECA et al., 2016).

Fatores de ordem psicossocial podem exacerbar os sintomas de DTM por pelo menos duas vias principais; causando um desequilíbrio da atividade dos músculos mastigatórios, favorecendo o apertamento e/ou bruxismo; e a segunda via é diminuindo o limiar de sensibilidade à dor, fazendo com que estados inflamatórios da musculatura mastigatória ou da ATM, mantidos subclínicos por longos períodos, se manifestem como dor (CARRARA et al., 2010).

Quanto ao sistema de classificação das disfunções mandibulares não há uniformidade e consenso, sendo os métodos atualmente mais utilizados o da AAOP (Academia Americana

de Dor Orofacial) a qual classifica as desordens temporomandibulares em dois grupos: DTM articular e DTM muscular (CARRARA et al., 2010).

No grupo dos distúrbios da ATM de origem articular, os deslocamentos do disco com ou sem redução, a osteoartrose e a osteoartrite são as alterações mais frequentes nos pacientes que procuram assistência profissional (LOPEZ, et al., 2016).

A desordem temporomandibular de origem muscular mais comum é a mialgia, acometendo cerca de 80% dos pacientes com disfunção caracterizando um estado de dor musculoesquelética crônica, regional e que possui sinais e sintomas específicos como a presença de pontos-gatilho (PG) miofasciais (LIST; JENSEN, 2017). Os pontos gatilhos miofasciais são pontos palpáveis irritáveis na musculatura esquelética associado a um nódulo palpável hipersensível em uma banda tensa do músculo, são dolorosos à digito compressão e podem gerar características de dor referida, sensibilidade referida, disfunção motora e fenômenos autonômicos (BARBOSA; BARBOSA, 2017, p. 148).

Entre os distúrbios dos músculos mastigatórios podemos encontrar mialgia, tendinite, espasmo, miosite, contratura, hipertrofia e neoplasia (FONSECA et al., 2016).

Sinais e Sintomas Disfunção Temporomandibular (DTM)

A sintomatologia das DTMs contribui com o diagnóstico para a eficácia de um tratamento adequado, que potencializa sua identificação, e é dividida em fatores objetivos e subjetivos. Os subjetivos referem-se ao relato do paciente, por exemplo, a dor; quanto aos fatores objetivos são podemos citar os achados clínicos, por exemplo, a limitação dos movimentos mandibulares, e, juntos contribuem para o diagnóstico. No entanto, a dor é a sintomatologia mais predominante (GONZALEZ, 2005, p. 46).

Os principais sinais da DTM são os ruídos e as limitações do movimento mandibular. Os ruídos mais comuns são os estalos, sendo um indicativo de alteração na posição do disco articular, no entanto, o estalo só é tratado se aparecer junto com outros sinais e sintomas. As limitações de movimento mandibular podem se apresentar de diferentes formas e intensidades, como na limitação de abertura, de fechamento ou mesmo na realização de movimentos laterais e protrusões. A diversidade de apresentações se dá por terem diversas origens. Uma variedade de sintomas são relacionados com as DTMs, no entanto, os mais comuns são dor de cabeça (cefaleia), dor de ouvido (otalgia), dor nos dentes (odontalgia), dor na face e zumbido (BARBOSA; BARBOSA, 2017 p.145-146). Demais sintomas também podem estar presentes segundo Hupp et al., (2009 p. 622-623), manifestando-se através de tensão e dor na musculatura mastigatória, resultado da função muscular alterada ou hiperatividade. Outros pacientes em geral se queixam de dor difusa, dor pré-auricular, podendo ainda revelar no exame físico alterações de sensibilidade difusa nos músculos da mastigação, exacerbando quando estes músculos são recrutados funcionalmente.

Métodos Terapêuticos na Assistência da Disfunção Temporomandibular

O principal objetivo do tratamento da DTM é o controle da dor, recuperação da função do aparelho mastigatório, reeducação do paciente e amenização das cargas adversas que perpetuam o problema (CARRARA et al., 2010).

Os tratamentos existentes para as DTM são diversos, devido sua etiologia multifatorial e o diagnóstico clínico por um especialista é imprescindível para um melhor prognóstico. O método escolhido em primeiro plano deve ser conservador, reversível e não invasivo, podendo ser adotadas orientações de autocuidado, intervenções psicológicas, terapia farmacológica, fisioterapia, acupuntura, laserterapia de baixa intensidade, placas de oclusão, exercícios musculares e terapias manuais (SASSI et al., 2017).

As terapias cognitivas-comportamentais que atuam na conscientização da realização das atividades parafuncionais, correções posturais, alimentação adequada bem como a prática de exercícios de alongamento muscular e aeróbicos exercem ótimos resultados nas estratégias terapêuticas para DTM (ROENN et al., 2009, p. 293).

Entre as terapias alternativas em DTM a acupuntura vem se destacando, agindo através de estímulos de pontos específicos ao longo do sistema osteomioarticular, através de diferentes técnicas e protocolos de tratamentos multiprofissional aliviando principalmente os quadros algicos do paciente (TORTELLI et al., 2019).

Conforme a revisão sistemática de Sassi et al. (2017), a laserterapia mostrou um resultado benéfico somente no alívio da dor momentânea, no entanto, quando associada a outras técnicas mostra ser mais eficiente.

Alguns pacientes podem manifestar zumbido, vertigem e plenitude auricular e em alguns casos é necessário a assistência profissional do otorrinolaringologista no tratamento multiprofissional (GONZALEZ, 2005, p. 90).

A terapia manual consiste também em um meio de tratamento para a DTM e tem como finalidade, organizar e recuperar a integridade articular contribuindo para recuperação funcional e alívio da sintomatologia da DTM por meio de técnicas de manipulação e de mobilização (SANTOS; PEREIRA, 2016).

Quando necessário, o uso de medicamentos adequados podem beneficiar os pacientes no alívio da dor e sinais inflamatórios. Em quadros clínicos mais complexos o uso de drogas como: corticosteróides, opióides, ansiolíticos, hipnóticos e antidepressivos, e relaxantes musculares podem ser prescritos aos pacientes (ROENN et al., 2009, p.293). Dentro deste contexto, a toxina botulínica é um bloqueador neuromuscular biológico que funciona como um relaxante muscular, e pode ser usado em várias distúrbios temporomandibulares diminuindo a dor e os sintomas miofasciais (PIHUT et al., 2016).

A interdisciplinaridade das áreas da odontologia, fonoaudiologia, psicologia,

fisioterapia, otorrinolaringologia é essencial para que o diagnóstico e o tratamento sejam eficientes. Devido a estes fatores, pacientes com apresentações clínicas semelhantes podem ter intensidades dolorosas diferentes e devem, portanto, ser tratados de modo distinto. A individualização do tratamento, o gerenciamento das crises de dor pelo próprio paciente (autogerenciamento) e a utilização de procedimentos não invasivos têm sido tendências na terapia das DTMs (GONZALEZ, 2005, p. 129).

De acordo com a revisão sistemática de tratamentos para DTM feita por Sassi et al. (2017), os melhores resultados encontrados são dos protocolos que combinavam várias técnicas, existindo diversidades desses protocolos, sendo que cada um apresenta algum tipo de benefício. Segundo Gonzalez (2005, p. 129), a relação entre esses profissionais deve ser muito estreita, para que cada um conheça a terapêutica das outras áreas envolvidas.

Atualmente o modelo biopsicossocial tem ganhado destaque, promovendo uma ampla discussão sobre a influência dos fatores emocionais na etiologia da DTM. Neste sentido, a tensão emocional, o estresse, a ansiedade e a depressão têm sido associados à presença de sinais e sintomas (PAULINO et al., 2018).

A prática da Odontologia Baseada em Evidência (OBE) não ampara a prescrição de técnicas que promovem mudanças oclusais complexas e irreversíveis, como o ajuste oclusal por desgaste seletivo, terapia ortodôntica, ortopedia funcional, cirurgia ortognática ou técnicas de reabilitação oral protética no tratamento da disfunção temporomandibular. Com relação às cirurgias de ATM, é possível afirmar que são necessárias em alguns poucos casos específicos, tais como anquilose, fraturas e determinados distúrbios congênitos ou de desenvolvimento. Excepcionalmente são aplicáveis para complementar o tratamento em transtornos internos da ATM (CARRARA et al., 2010).

A história do paciente pode ser a parte mais importante da avaliação, pois ela fornece indicações para o diagnóstico. Com isso, inicia-se a anamnese com a queixa principal e na história atual da doença deve conter uma descrição precisa dos sintomas, uma cronologia dos sintomas, descrição de como o problema afeta o paciente, incluir informações sobre qualquer tratamento anterior e da mesma forma detalhes sobre a dor (HUPP et al., p. 2009, 619- 620).

É importante diferenciar a DTM de dores orofaciais de origem dentária como pulpites, abscessos de origem endodôntica e periodontal, pericoronarite ou ligadas a outras estruturas do sistema mastigatório por exemplo as glândulas salivares. Desse modo, uma anamnese rigorosa e individualizada, exame físico intra e extraoral muitas vezes auxiliados por testes adicionais, como vitalidade pulpar, percussão, sondagem periodontal, palpação dos músculos da mastigação e articulações temporomandibulares e exames de imagem são geralmente necessários para o correto diagnóstico das DTMs, bem como para determinar a etiologia e, conseqüentemente, o tratamento mais adequado (BARBOSA; BARBOSA, 2017, p. 148-150).

Generalidades contextuais da Toxina Botulínica

A toxina botulínica é uma neurotoxina produzida pela bactéria *Clostridium botulinum* (C. Botulinum), e se dispõe de sete formas diferentes de A até G sendo a toxina do tipo A (BTX-A) mais utilizada com finalidades terapêuticas (BACHUR, 2009). Essa substância é letal e considerada um dos venenos naturais mais potentes presentes na natureza, no entanto, em pequenas doses, pode ser utilizada como agente terapêutico em várias patologias (BARBOSA; BARBOSA, 2017, p. 21).

A primeira vez que a neurotoxina foi utilizada com finalidade terapêutica foi no ano de 1973 em que Alan Scott a utilizou para correção de estrabismo em primatas, a partir desse fato marcante o uso toxina botulínica tipo A para essa finalidade foi consolidado com o surgimento do produto farmacêutico denominado Oculinum®, hoje denominado Botox®. Desde então suas aplicações terapêuticas têm se ampliado em diversas áreas (BACHUR, 2009).

O princípio ativo da toxina botulínica é um complexo de proteína derivado da C. botulinum, comercialmente essa neurotoxina é um agente biológico obtido laboratorialmente, sendo substâncias cristalinas e estáveis, liofilizadas, associadas à albumina humana e utilizadas, após diluição, em solução de NaCl a 0,9% (COLHADO et al. 2009).

Esta toxina exerce seu principal efeito na junção neuromuscular inibindo a liberação de acetilcolina, interrompendo a transmissão nervosa, causando efeito paralisante e o enfraquecimento temporário da musculatura. Com o passar do tempo, novos neurotransmissores são formados e gradativamente a função muscular é restabelecida (AMANTÉA et al., 2003).

As evidências indicam que a toxina, quando inoculada no músculo esquelético, começa a sua ação de paralisia entre o terceiro e décimo dia após a aplicação, com efeito máximo durante a 2ª e a 3ª semana, perpetuando esse efeito por um intervalo de seis semanas a seis meses ou mais, em conformidade com a resposta individual, condição clínica, dose e sorotipo da neurotoxina administrada (SCHLOSSER et al. 2016).

Atualmente a BTX-A é conhecida principalmente por sua utilização na medicina estética, sendo aplicada por meio de injeções intramusculares com o objetivo de diminuir sinais de envelhecimento. Entende-se que o principal uso da toxina diz respeito as propriedades terapêuticas, sua utilização em procedimentos cosméticos foi aprovada pela ANVISA no Brasil em 2000 e nos EUA pela FDA em 2002. As marcas comerciais da toxina mais conhecidas são Botox®, Dysport®, Prosigne® e Xeomin (MARCIANO et al., 2014).

Para Silva (1997 apud CAZUMBÁ et. al. 2017), afirma que a toxina botulínica mostra-se eficiente em vários tratamentos odontológicos que é utilizada, entre eles se encontram correção do sorriso gengival, cefaleia tensional, bruxismo, queilite angular, dor orofacial,

sorriso assimétrico, hipertrofia do masseter, e sialorréia e nas disfunções temporomandibulares.

Marciano et al. (2014), relatam que o cirurgião dentista possui conhecimento vasto sobre as estruturas de cabeça e pescoço, portanto, pode tratar as afecções dessas áreas de forma eficiente e segura, através da aplicação da toxina botulínica, no entanto, é preciso considerar seu treinamento específico e conhecimento, tendo em vista que essa neurotoxina é a mesma causadora da doença botulismo, frente a isso é extremamente necessário que o profissional seja capacitado e treinado para realizar os devidos procedimentos. Atualmente, o cirurgião-dentista é habilitado ao uso terapêutico e estético da toxina botulínica de acordo com a Resolução CFO-176/2016 desde que não ultrapasse o limite anatômico de atuação da sua profissão que é desde superiormente ao osso hióide até o limite do ponto násis, anteriormente ao tragus, incluindo estruturas anexas e o terço superior da face em casos de procedimentos não cirúrgicos.

Aplicabilidade Terapêutica da Toxina Botulínica nas disfunções temporomandibulares

Existem diversas possibilidades de tratar a disfunção temporomandibular, entre elas encontra-se a injeção local de toxina botulínica, substância que tem sido muito indicada como método terapêutico para casos em que a DTM possui origem miogênica. (Barbosa; Barbosa, 2017, p. 160). O tratamento com a toxina botulínica gera diminuição dos efeitos dos músculos hiper-funcionais ou espásticos, podendo melhorar significativamente a função e a abertura da boca e efetivamente diminuem a dor e a sensibilidade à palpação (RAO et al. 2011).

Segundo Velázquez et al. (2015) a BTX-A possui efeito analgésico benéfico ao reduzir a hiperatividade muscular, e estudos recentes sugerem que essa substância pode induzir analgesia por ações não neuromusculares. Portanto, a toxina botulínica traz muitos benefícios ao indivíduo, pois alivia a dor muscular, oriunda da disfunção e também reverte a hipertrofia massetéica melhorando assim o contorno facial e restaura a cinética da ATM.

Marciano et al. (2014) ressalta ser seguro o mecanismo de ação da toxina botulínica, e quando a mesma é injetada no músculo resulta em bloqueio da inervação da musculatura esquelética, ou seja, irá enfraquecer o músculo alvo, diminuindo a contratilidade e os movimentos distônicos, assim com o relaxamento muscular, poderá ocorrer a diminuição da dor estabelecendo a função mandibular.

No que se refere a protocolo para o uso da toxina botulínica, ainda é incerto, e há divergências tanto na localização das injeções quanto em relação às doses. Porém para Barbosa e Barbosa, (2017, p. 168) a dosagem deve ser bilateralmente de 30U para os masseteres e 20U para os músculos temporais, totalizando 100U do frasco da toxina. É esperado que os sintomas de dor muscular diminuam cerca de 70% após uma semana de

aplicação, e que até o 14º dia não haja sintomas, período quando a BTX-A apresenta maior efetividade. É preciso ressaltar que o efeito do fármaco pode ser diferente para cada paciente, levando em conta cada biotipo, seu período de ação pode variar entre 90 a 180 dias.

Segundo Bicalho et al. (2015), as áreas musculares para a aplicação da toxina são as que apresentam maior volume a palpação e com maior hiperatividade. Nos músculos mastigatórios, cinco pontos devem ser selecionados bilateralmente de acordo com sua contração, sendo definido como protocolo 2 pontos em cada inserção e um no ventre muscular.

Apesar de seus benefícios, a toxina botulínica pode apresentar efeitos colaterais mesmo que raramente como a hipotensão, náusea, vômito, disfagia, prurido, ausência do controle da salivação, além de poder ser disseminada através do sangue e apresentar fraqueza generalizada (CAZUMBÁ et al., 2017). Efeitos adversos como edema e hematomas também podem ocorrer onde foi realizada a punção, em sua maioria são transitórios, e desaparecem após o efeito da substância (BARBOSA, 2017, p. 171).

Há também contraindicações quanto ao uso da substância, estando entre elas, mulheres grávidas ou no período de lactação, pacientes que usam aminoglicosídeos, alérgicos à substância, indivíduos com distúrbios de transmissão neuromuscular, doença autoimune adquirida, como a miastenia gravis, pois essas doenças também diminuem a liberação de acetilcolina no sítio pré-sináptico da placa neural (CAZUMBÁ et al., 2017).

Von Linder et al. (2003) realizaram um estudo randomizado e concluíram que a toxina botulínica é um método inovador e eficiente para tratamento da dor crônica facial associada com a hiperatividade muscular em pacientes que não respondem aos métodos de tratamento convencionais.

A toxina botulínica é indicada para uso em DTMs por aliviar a dor e ser um tratamento minimamente invasivo e de resultado satisfatório, no entanto, apesar de apresentar bons resultados, este não deve ser o único tratamento para a disfunção, tendo em vista que é uma síndrome multifatorial. Desta maneira a toxina botulínica deve ser utilizada de forma complementar e interdisciplinar (BICALHO, et al., 2015).

A SOCIEDADE BRASILEIRA DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL (SBDOF), fez uma declaração em 27/10/2016 sugerindo algumas recomendações a respeito do uso da toxina botulínica nas disfunções temporomandibulares, entre elas está:

A TB não deveria ser indicada, até essa data, como tratamento de primeira escolha para DTM do subtipo "Mialgia", devido a existência de outras opções de tratamento seguras, efetivas, eficazes, conservadoras, reversíveis e de melhor custo benefício.

Além disso, nessa mesma declaração a SBDOF concluiu que os resultados de ensaios clínicos randomizados publicados até a data da declaração se mostraram contraditórios, pois

estudos evidenciaram resultados semelhantes entre a BTX-A e manipulação miofascial, laser e solução salina, a qual se sobressai em alguns estudos, mais que a toxina botulínica. No entanto a SBDOF afirma que a decisão pelo tratamento deve ser tomada entre o cirurgião dentista e o paciente, estando este ciente que será submetido a uma tentativa de controle do seu quadro doloroso e que este procedimento não possui prática clínica validada.

CONCLUSÃO

Disfunção temporomandibular envolve um conjunto de distúrbios craniofaciais, podendo envolver os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular e/ou outras estruturas associadas, sendo essas disfunções uma das principais causas de dores não dentárias na região orofacial e o motivo pelo qual muitos pacientes procuram um consultório odontológico. A toxina botulínica tipo A, por suas propriedades terapêuticas tem sido muito utilizada através de injeções intramusculares com objetivo de analgesia nas DTMs do tipo muscular, uma alternativa eficiente para dores crônicas faciais, sendo minimamente invasiva e raramente possui efeitos colaterais. A toxina atua reduzindo a dor na região específica e possui efeito analgésico, enfraquecendo o músculo alvo, aliviando assim a dor na musculatura naquele local e restaurando a cinética da ATM.

Com os devidos treinamentos e conhecimentos do cirurgião dentista sobre a técnica, causas e consequências do uso da toxina, o profissional deve e pode utilizá-la de forma segura para tratar essa patologia, proporcionando uma melhor qualidade de vida e bem estar para o paciente. No entanto, apesar dos efeitos benéficos da toxina botulínica no tratamento de DTM, é necessário mais estudos sejam realizados para que a eficácia da BTX-A seja comprovada e um protocolo de atendimento seja realizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMANTÉA, D.V.; et al. Using type A botulinum toxin in pain and temporomandibular joint dysfunction. **JBA**, Curitiba, v.3, n.10, p.170-173, abr./jun. 2003.
2. REAL APARÍCIO, MC. *Disfunción temporomandibular: causas y tratamientos*. Rev. Nac., Itauguá, v.10, n.1, p. 68-91, 2018.
3. BACHUR, TPR. et al. Artigo de Revisão Toxina Botulínica: *de Veneno A Tratamento*. *Revista Eletrônica Pesquisa Médica – REPM*. v.3, n.1, p.9-19, jan. 2009.
4. BARBOSA, R.C.M.; BARBOSA, A. J. R. *Toxina Botulínica em odontologia*. 1.ed. Brasil: Elsevier, 2017.
5. Bastos, J.M. et. al. Disfunção Temporomandibular: Uma Revisão De Literatura Sobre Epidemiologia, Sinais e Sintomas e Exame Clínico. *Revista da Saúde e Biotecnologia*, [S.l.], v.1, n.1, p. 66-77, jul-out, 2017.

6. BICALHO, B.M.; DELGADO, P.F.; BORINI, B.C. *Toxina Botulínica no Tratamento Da Disfunção Temporomandibular*. Políticas e Saúde Coletiva, Belo Horizonte, v.1, n.2, p.153-161, set. 2015.
7. BRASIL, Conselho Federal de odontologia (CFO). Resolução-176/2016, Brasília, 06 set. de 2016. Disponível em: https://www.cro-pe.org.br/site/adm_syscomm/legislacao/foto/479.pdf acesso 14 mai. 2020.
8. CARRARA, S.V. et al. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. *Dental Press J Orthod*, São Paulo, v. 15, n.3, p. 114-120, jun. 2010.
9. CAZUMBÁ, F. DE B.; SÁ, RC. et al. Uso de Toxina Botulínica em Odontologia. *Revista Fluminense de Odontologia - Ano XXIII*. [S.I.], n.47, jan./jun. 2017.
10. COLHADO OCG, Boeing M, Ortega LB. Toxina Botulínica no Tratamento da Dor. *Revista Brasileira Anestesiologia*. Campinas, v.59, n. 3, p.366-381, jun. 2009.
11. DECLARAÇÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL – SBDOF SOBRE A UTILIZAÇÃO DA TOXINA BOTULÍNICA NA ESPECIALIDADE DE DTM E DOR OROFACIAL
12. BRASÍLIA, 27/10/2016 Disponível em <http://sbdof.com/wp-content/uploads/2017/03/SBDOF-Declara%C3%A7%C3%A3o-toxina-botul%C3%ADnica.pdf> Acesso em 10 mai. 2020.
13. DIAS, R.; FONSECA, J. DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES(DTM): Introdução e Classificação. In: Almeida, A. M.; Fonseca, J.; Félix, S. *Dor orofacial e disfunções temporomandibulares: Tratamento farmacológico*. 1º Ed. [S.I.], p. 17-26, 2016.
14. DUARTE, F. B.. et al. *Avaliação da efetividade de tratamentos conservadores para disfunções temporomandibulares miogênicas: revisão integrativa da literatura*. RFO UPF, Passo Fundo, v. 24, n. 1, p. 141-147, jan. /abr. 2019.
15. FONSECA, J; PAÇO, M; OLIVEIRA, T. DTM: Subgrupo Dos Distúrbios Musculares. In: Almeida, A. M.; Fonseca, J.; Félix, S. *Dor orofacial e disfunções temporomandibulares: Tratamento farmacológico*. 1º Ed. [S.I.], p. 39-41, 2016.
16. GAUER, MD. R.; SEMIDEY, DMD. J. M. *Diagnosis and Treatment of Temporomandibular Disorders*. *American Family Physician*, [S.I.], v. 91, n. 6, p.1-11, mar. 2015.
17. Gonzalez, B. DA. *Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares*. 1º ed. Brasil: Manoele, 2005.
18. Guedes A. S., Nogueira A. J. S., Guedes A. S. Características anatomofisiológicas da articulação temporomandibular. *Revista científica dos profissionais de fisioterapia*. Belém, v. 11, n.4, p.213-217, out. /nov./dez.2016.
19. HUPP, J.R.; ELLIS, E.; TUCKER, M. R. *CIRURGIA ORAL E MAXILOFACIAL CONTEMPORÂNEA*. 5ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier Editora Ltda, 2008.
20. LIST, T.; JENSEN, R. H. *Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts*.

Cephalalgia, Sweden, v. 37, n. 7, p.692-704, jan. 2017.

21. LOPEZ et. al. DTM: SUBGRUPO DOS DISTÚRBIOS ARTICULARES..In: Almeida, A. M.; Fonseca, J.; Félix, S. Dor orofacial e disfunções temporomandibulares: Tratamento farmacológico. 1º Ed. [S.I.], p. 27-37, 2016.
22. Madeira, M.C. ANATOMIA DA FACE: BASES ANATOMOFUNCIONAIS PARA A PRÁTICA ODONTOLÓGICA. 6º Ed. São Paulo: SARVIER, 2004.
23. MARCIANO, A. et. al. Toxina Botulínica e sua aplicação na Odontologia. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, Três Corações, v1, n.4, p.65-75, 2014.
24. MELCHIOR, M. O.; MAZZETTO, M.; MAGRI, L. V. *Relação da DTM dolorosa com a função de fala: Quais as possíveis características de movimentos mandibulares e os principais sintomas relatados?* CODAS, São Paulo, v.31, n.2, p.1-7, 2019.
25. PAULINO, MR. 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, [S.I.], vol.23, n.1, p.173-186, 2018.
26. PIHUT et al. Reported concepts for the treatment modalities and pain management of temporomandibular disorders. *The Journal of Headache and Pain*, [S.I.], p. 1-6, 2016.
27. RAO, L.B.; SANGUR, R.; PRADEEP, S. Aplicação de toxina botulínica tipo A: Um arsenal em odontologia. *J Indiana Dent Res*, [S.I.], v.3, n.22, p. 440-445, 2011.
28. ROENN, JH; PAICE JA; PREODOR, ME. *Current Diagnóstico e Tratamento da Dor.* Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2008.
29. SANTOS, S. F. L; PEREIRA, A. C. M. *A efetividade da terapia manual no tratamento de disfunções temporomandibulares (DTM): uma revisão de literatura.* Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul, São Paulo, v. 14, n. 49, p. 72-77, 2016.
30. SASSI, C. F et al. *Tratamento para disfunções temporomandibulares: uma revisão sistemática.* Audiology Communication Research, São Paulo, v. 23, p. 1-13, Apr. 2018.
31. SCHLOSSER, D. et al. Uso da Toxina Botulínica na Odontologia. *Revista Gestão & Saúde*,[S.I.], v.15, n.2, p.26-34, 2016.
32. TEIXEIRA, L.M.S.; REHER, P.; REHER, V.G.S. ANATOMIA APLICADA À ODONTOLOGIA. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Editora Guanabara koogan Ltda, 2008.
33. TORTELLI, C. S. A; SARAIVA L.; MIYAGAKI C. D. Efetividade da acupuntura, ozonioterapia e do laser de baixa intensidade no tratamento da disfunção temporomandibular de origem muscular: um ensaio clínico randomizado. *Rev. Odontol. UNESP, Araraquara, São Paulo*, v. 48, p. 1-10, 2019.
34. VELÁZQUEZ, M. F. et al. *Desarrollo de miastenia gravis tras administración de toxina botulínica en el síndrome de dolor miofascial.* Rev Soc Esp Dolor, Madrid, v.22, n.3, p.102-105, mai./jun.2015.VON LINDER, J.J. et al. Type A botulinum toxin in the treatment of chronic facial pain associated with masticatory hyperactivity. *J Oral Maxillofac Surg*, [S.I.], v.61, n.7, p.774-778, 2003.
35. ZAVANELLI, A. C. et. al. Abordagem, diagnóstico e tratamento das disfunções temporomandibulares – relato de caso. *Arch Health Invest*, [S.I.], v.7, n.12, p.523-529

PIOMETRA ABERTA EM CADELA IDOSA: RELATO DE CASO

Telma Maria de Souza da Conceição Stein¹; André Torres Geraldo².

1. Acadêmica do Curso de Medicina Veterinária o Centro Universitário MULTIVIX – Vitória ES

2. Docente do Curso de Medicina Veterinária do Centro Universitário MULTIVIX – Vitória ES.

INTRODUÇÃO

A piometra, é a inflamação degenerativa e supurativa do útero, resultante da interação bacteriana com a hiperplasia cística endometrial (CRIVELLENTI e CRIVELLENTI-BORIN, 2015, FELDMAN, 2004). Comumente observada no período diestral, pois é quando ocorre uma combinação do estrógeno, progesterona com bactérias. A ação da progesterona é ampliada pela ação do estrógeno criando um ambiente propício para a adesão e crescimento bacteriano (NELSON e COUTO, 2015). De acordo com Luz e Silva (2019), inicialmente pode-se dizer que é normal a cadela apresentar essa condição. Porém, essas alterações que comprometem o útero são cumulativas, ou seja, a cada novo ciclo estral, o grau de alteração aumenta, causando lesões uterinas que podem predispor a piometra ou causar infertilidade. Alguns animais apresentam este tipo de resposta à progesterona e outros não, é a sua causa ainda é desconhecida (NELSON e COUTO, 2015).

Os sinais clínicos comumente encontrados são variáveis, além de corrimento vulvar, são: distensão abdominal, perda de peso, poliúria, desidratação, letargia, anorexia, vômitos, polidipsia, poliúria (FELDMAN, 2004). A *Escherichia coli* é o microrganismo que é mais comumente identificado na piometra em cães e gatos (FOSSUM et al., 2005, NELSON e COUTO, 1994).

A piometra se apresenta como aberta, quando há secreção vaginal ou não, decorrente da cérvix que se encontra aberta, e fechada quando não há abertura na cérvix, gerando acúmulo de conteúdo no útero e visível distensão abdominal (DYCE et al., 1997).

Quando a cadela está acometida por HEC em grau adiantado, é corriqueira a apresentação de secreção dentro do útero. Se existir grande quantidade de secreção aquosa, significa que há hidrometra; se a secreção for mucosa, denomina-se mucometrae, se a secreção for sanguinolenta, o termo empregado é hemometra (LUZ e SILVA, 2019). Em todos os casos, se houver contaminação

bacteriana, esse acúmulo de secreção dentro do útero pode evoluir para a piometra. A ovariohisterectomia (OSH) é o tratamento de eleição para a piometra, geralmente resultando em ligeira recuperação do animal (STONE, 2007). A piometra é uma doença que afeta quase 25% das cadelas intactas, isto é, não castradas, e é mais comum em cadelas idosas, mas essa porcentagem altera conforme a raça. Além disso, o uso de contraceptivos hormonais também pode levar ao desenvolvimento de piometra (LUZ e SILVA, 2019).

RELATO DE CASO

Foi atendido na Clínica Veterinária São Francisco de Assis – Anjos de Deus, um canino, fêmea, SRD, de aproximadamente 11 anos de idade, não castrada, com protocolo de vacinação em atraso, pesando 20 Kg. A tutora relatou que nunca fez uso de contraceptivos hormonais e que havia notado um aumento de volume abdominal, com secreção vaginal.

Relatou ainda que o animal não comia normalmente a aproximadamente 15 dias, aceitava soro caseiro e bananas esporadicamente. Ao exame físico foram aferidos os parâmetros vitais e se encontravam dentro da normalidade, na auscultação cardíaca apresentava abafada, respiração rápida e curta. Pressão arterial 150/160 bpm, temperatura corporal 39,2°C, mucosas hipocoradas e Tempo de Preenchimento Capilar (TPC) em dois segundos. Linfonodos submandibulares reativos.

Na palpação abdominal notou-se aumento de volume uterino e dor à palpação no local, com presença de secreção vaginal. Foram solicitados exames complementares como, hemograma (ANEXO 1), bioquímica sérica (ANEXO 2), eletrocardiograma, ecocardiograma (ANEXO 3A e 3B), e ultrassonografia abdominal. Através da ultrassonografia abdominal pode-se notar verificar a existência de um útero aumentado de volume e preenchido com líquido, sugestivo de piometra.

Por condições financeiras a tutora escolheu fazer hemograma completo e o ecocardiograma, deixando o eletrocardiograma sem fazer. A tutora foi orientada quanto aos riscos desta enfermidade, pois somente a terapia clínica não seria considerada viável frente a este caso. O tratamento de escolha foi a ovario histerectomia (OH) para retirada completa da piometra (Fig. 13 A), e, por se tratar de uma paciente idosa, visando impedir possíveis complicações, o protocolo anestésico foi com anestesia inalatória. Dentre as várias as técnicas

cirúrgicas utilizadas para OH de cadelas, foi escolhida o acesso mediano ventral retro umbilical (Fig. 13 B).

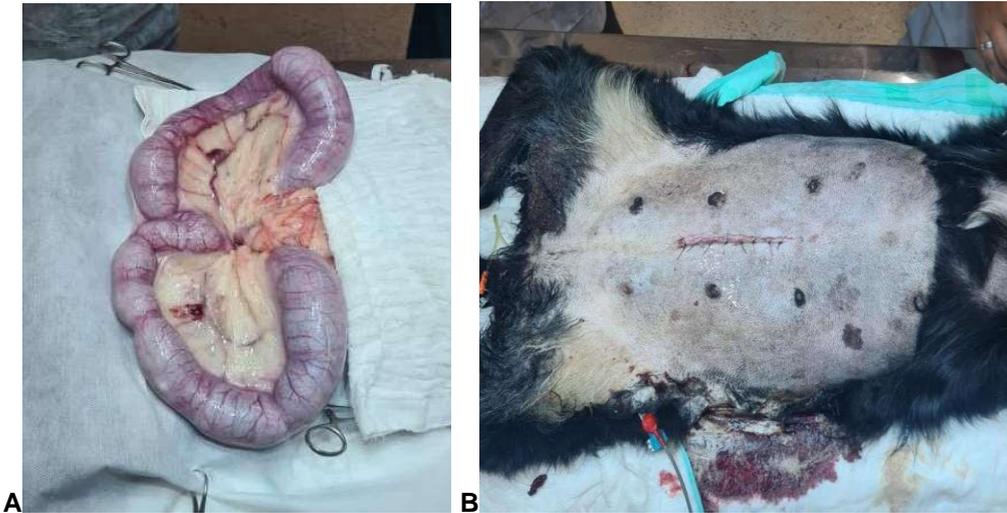


Figura 13: (A) Útero exposto com conteúdo exsudativo após o procedimento de ovariectomia. (B) Paciente com cavidade abdominal fechada após procedimento cirúrgico de ovariectomia. Fonte: Arthur Oliveira Rodrigues, 2022.

Como medicações pré-anestésica (MPA) utilizou-se Acepromazina, e Morfina; indução com Propofol, Cetamina e Diazepam, e manutenção com Fentanil. No pós-operatório foi administrado omeprazol, sulfa + trimetoprima, dipirona, meloxicam. E omeprazol 2,5ml, Cerenia 2ml e Glicose 25% - 20ml adicionados ao soro.

O resultado cirúrgico foi bem-sucedido. Após a cirurgia, o animal foi extubado e permaneceu em observação, descansou por algumas horas, recebeu alta médica e pode voltar à sua casa junto à tutora para melhor conforto e bem-estar.

DISCUSSÃO

De acordo com, Luz e Silva, (2019) o uso de contraceptivos hormonais também pode levar ao desenvolvimento de piometra. Neste relato a tutora afirma, não ter feito uso de contraceptivos hormonais no animal, porém, outros fatores podem favorecer o acometimento dessa patologia. Essa patologia é comumente encontrada em fêmeas de meia idade ou idosas, porém pode afetar animais de jovens também (LUZ e SILVA, 2019).

Nos casos de piometra aberta, quando a cérvix está aberta, existe a presença de secreção purulenta ou serosanguinolenta vaginal. Já na piometra fechada, quando não há abertura na cérvix, evidencia-se acúmulo de conteúdo no útero e visível distensão do abdômen (ETTINGER; FELDMAN, 1997). No caso apresentado a paciente teve secreção vaginal e distensão de abdômen.

O diagnóstico deve ser confirmado com base na anamnese, exame físico e exames complementares. (FELDMAN e NELSON, 2004; WANKE e GOBELLO, 2006). Exames de imagem como a radiografia abdominal tem um diagnóstico limitado pois não diferencia piometra de uma gestação antes do período fetal. O método mais indicado para a confirmação do diagnóstico é a ultrassonografia, visto que vai fornecer informações mais precisas sobre a espessura da parede, o tamanho do útero e presença de fluido intraluminal (FELDMAN e NELSON, 2004). Neste caso por a cadela ser núlpara, esse pode ter sido um dos fatores predisponentes para o acometimento da afecção.

No presente relato observou-se útero preenchido por fluido com aspecto de altacelularidade, indicando presença de pus, na avaliação ultrassonográfica, o que corrobora com o descrito pelos autores Feldman e Nelson, (2004), possibilitando assim a conclusão diagnóstica de piometra.

O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico, sendo a ovariohisterectomia (OSH) o tratamento recomendado para cadelas que não vão ser designadas a reprodução ou que tenham mais que sete anos de idade (ANDRADE, 2022; WANKE e GOBELLO, 2006). O tratamento de eleição foi o cirurgico, devido, a alta chance de recidiva. Nestes casos, é extremamente importante o manejo da sepse e antibiótico terapia.

Devido aos sinais clínicos apresentados pelo animal, e os exames estarem de acordo com a viabilidade do procedimento, a cirurgia foi realizada no dia seguinte sem intercorrências com desfecho favorável.

Tendo em vista o crescente número de afecções relacionadas ao sistema reprodutivo dos animais, a castração é uma opção para prevenção, caso o tutor não tenha pretensão para fins de reprodução. O protocolo cirurgico e terapeutico adequado, juntamente com o diagnóstico rápido e eficaz do quadro clínico do paciente, promoveram a melhora clínica e resolução completa da causa de base.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, R. A. C.; MOREIRA, V. S.; PORTO, M. R. **Patologias reprodutivas diagnosticadas durante ovários salpingo-histerectomia (osh) em gatas e cadelas**. Anais do Icescp: Simpósio de TCC e Seminário de IC, 2016 / 1º, São Paulo, p.1368-1373, jan. 2016.

ANDRADE, S. F.; **Manual de Terapêutica Veterinária**. 2ª ed. São Paulo: Roca,2002.

ARAUJO, A. K. L., & LEAL, C. A. S. **Esporotricose felina no município de Bezerros, Agreste Pernambucano: Relato de caso**. PUBVET, 2016.

ARAÚJO, L. S. **Morte fetal em cadelas e gatas submetidas e tratamento com anticoncepcionais atendidas no Hospital Veterinário do Centro de Saúde e Tecnologia Rural da UFCG**. Trabalho de Conclusão de Curso – Med. Veterinária Patos, dez-2013.

ARMSTRONG, P. J.; BLANCHARD, G. **Hepatic Lipidosis in Cats**. Veterinary Clinics Of North America: Small Animal Practice, [S.L.], v. 39, n. 3, p. 599-616, maio 2009. Elsevier BV

BARROS, M. B. L.; SCHUBACH, T. P.; COLL, J. O.; GREMIÃO I. D.; WANKE, B.; SCHUBACK, A. **Esporotricose: A evolução e os desafios de uma epidemia**. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v. 27, n. 6, p. 455-460, 2010.

BRAGA, P.O.; BARROSO, R.M. **Aspectos fisiopatológicos da mumificação fetal**. PUBVET, Londrina, V. 8, N. 15, Ed. 264, Art. 1752. Agosto, 2014.

CENTER, S. A.. **Feline hepatic lipidosis**. Veterinary Clinics Of North America: Small Animal Practice, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 225-269, jan. 2005. Elsevier BV.

CHEVILLE, N. F. **Introdução à patologia veterinária**. 3ª ed. São Paulo: Manole,2009.

CRIVELLENTI, L. Z.; CRIVELLENTI-BORIN, S.; **Casos de rotina em medicina veterinária de pequenos animais**. Editora MedVet, 2ª ed. 2015.

CRUZ, C. S. A.; FERREIRA, M. L. **Ocorrência de Esporotricose em animais domésticos: uma revisão bibliográfica**. XIV Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação - Universidade do Vale do Paraíba - São Paulo: Uninove, 2010.

CUBAS, Z. S.; SILVA, J. C. R.; CATÃO-DIAS, J. L. **Tratado de Animais**

Selvagens - Medicina Veterinária - 2 Vol. Roca Grupo GEN, 2014.

CUSTÓDIO, C. A. V. **Lipidose hepática felina - estudo retrospectivo**. 2021. 86 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina Veterinária, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2021.

DYCE, K. M.; SACK, W. O.; WENSING, C. J. G.; **O aparelho urogenital**. In: DYCE, K. M.; **Tratado de Anatomia Veterinária**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

DUMON, C. **Patologia Neonatal do Filhote. Os primeiros 15 dias**. In: Prats, A. Neonatologia e Pediatria: canina e felina. São Caetano do Sul: Interbook, p.126-151, 2005.

DUNN, J. K. **Tratado de medicina de pequenos animais**. Editora: Roca, São Paulo: 2001.

ETTINGER, S. J.; FELDMAN, E. C.; **Tratado de Medicina Interna Veterinária**; Manole; 4ª ed. São Paulo. 1997.

FARIAS, M. R. **Avaliação clínica, citopatológica e histopatológica seriada da esporotricose em gatos (Felis catus – Linnaeus, 1758) infectados experimentalmente**. 2000. 97 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Veterinária) – Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2000.

FELDMAN, E. C. O.; **Complexo hiperplasia endometrial cística/piometra e infertilidade em cadelas**. In: ETTINGER, S. J.; FELDMAN, E. C. **Tratado de medicina interna veterinária – doenças do cão e do gato**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2004.

FONTES, S.; SILVA, A. S. A.; PORTILHO, C. A. **Esporotricose**. In: VI Simpósio de Iniciação Científica da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Viçosa, 2014.

FOSSUM, T. W.; **Cirurgia de Pequenos Animais**, 3ª ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2008.

FOSSUM, T.W.; HULSE, D.A.; JOHNSON, A.L.; SEIM III, H.B.; WILLARD, M.D.; CARROLL, G.L. **Cirurgia de Pequenos Animais**. 2ª ed. Editora: Roca; 2005.

GREENE, C. E. **Doenças infecciosas em cães e gatos** / Craig E. Greene; tradução Idília Vanzellotti, Patricia Lydie Voeux. 4ª ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

GRIFFIN, S. **Feline abdominal ultrasonography: what's normal? What's abnormal? The liver.** Journal Of Feline Medicine And Surgery, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 12-24, 21 dez. 2018. SAGE Publications

HANSEL, D. E.; DINTZIS, R. Z. **Fundamentos de Rubin – Patologia.** GrupoGEN, 2007.

JERICÓ, M. M.; NETO, J. P. A.; KOGIKA, M. M. **Tratado de medicina interna de cães e gatos** - 1ª ed. Rio de Janeiro: Roca, 2015.

JONES, T. C; HUNT, R. D; KING, N. W. **Patologia Veterinária.** 6ª ed. São Paulo: Ed Manole, 2000.

LACAZ, C. S.; PORTO, E.; MARTINS, J. E. C. M. **Esporotricose e outras micoses gomosas.** In: SARVIER, **Micologia médica.** São Paulo: Sarvier, 1991.

LITTLE, S. E. **O gato: medicina interna;** tradução Roxane Gomes dos Santos Jacobson, Idília Vanzellotti. 1ª ed. Rio de Janeiro: Roca, 2018.

LUPI, O.; BELO, J.; CUNHA, P. **Rotinas de Diagnóstico e Tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia** - SBD, 2ª ed. Grupo GEN, 2012.

LUZ, M. R.; SILVA, A. R. **Reprodução de cães.** 1ª ed. São Paulo, Editora Manole, 2019.

LUZ, M. R.; MÜNNICH, A.; VANNUCCHI, C.I. **Novos enfoques na distocia em cadelas.** Rev Bras Reprod Anim, v.39, p.354-361, 2015.

MEDLEAU, L.; HNILICA, K. A.; FAGLIARI, G. S. **Dermatologia de pequenos animais: Atlas colorido e guia terapêutico.** São Paulo: Roca, 2003.

MEZZARI, A.; FUENTEFRIA, A. M. **Micologia no laboratório clínico** – Barueri, São Paulo: Manole, 2012.

MORAIS, L. E. S. **Maceração Fetal em Gata.** Universidade Federal Rural de Pernambuco. Recife, 2019.

MULTIVIX.EDU.BR - **Relato Institucional da Faculdade Brasileira Multivix Vitória/2021.** Acesso em 02 de maio de 2022.

MUZZI, L. A. L. **Obstetrícia em Pequenos Animais.** Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2013.

NAKAMURA, R. **Doenças da unha** – 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

NELSON, R. W.; COUTO, C. G.; **Fundamentos de Medicina Interna de Pequenos Animais;** Guanabara; 1ª ed. Rio de Janeiro; 1994.

NELSON, R. W.; COUTO, C. G., **Medicina Interna de Pequenos Animais.** 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

NELSON, R. W; COUTO, C. G.; **Medicina Interna de Pequenos Animais.** 5ªed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

PRATS. A. **Período neonatal.** In: Prats A. **Neonatologia e Pediatria: canina e felina.** São Caetano do Sul: Interbook, 2005.

RIPPON, J. **Sporotrichosis,** p.325-352. In: Rippon J. (Ed.), **Medical Mycology: the pathogenic fungi and the pathogenic actinomycetes.** 3rd ed. W.B. Saunders, Philadelphia. 1988.

SAHIN, O.; BURROUGH, E. R; PAVLOVIC, N; FRANA, T. S; MADSON, D.M; ZHANG, Q. **Campylobacter jejuni as a cause of canine abortions in the United States.** J Vet Diagn Invest, v.26, n.5, p.699-704, 2014

SALES, K. K. S.; RODRIGUES, N. M.; RUFINO, A. K. B.; LUZ, P. M. S. **Macerção fetal em gata: Relato de caso.** PUBVET: Publicações em Medicina Veterinária e Zootecnia, Piauí, v. 10, n. 12, p.909-912, dez - 2016.

SANTOS, R. L.; ALESSI, A. C. **Patologia Veterinária.** 2ª ed. - Rio de Janeiro:Roca, 2017.

SCHLAFER DH. **Canine and feline abortion diagnostics.** Theriogenology,v.70, p.327-331, 2008.

SCHUBACH, A. O; SCHUBACH, T. M. P.; BARROS, M. B. L; WANKE, B. **Esporotricose.** In: Coura JR. **Dinâmica das Doenças Infeciosas e Parasitárias.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SCOTT, D.W.; MILLER, W.A.; GRIFFIN C. **Dermatologia de Pequenos Animais**. 5ª ed. Interlivros, Rio de Janeiro. 1996.

STONE, E. A.; **Sistema reprodutivo: ovário e útero**. In: SLATTER, D.; **Manual de cirurgia de pequenos animais**. 3ª ed. São Paulo: Manole, 2007.

TAVARES, W.; MARINHO, L. A. C. **Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias**. 4ª ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

TRABULSI, L. R.; ALTERTHUM, F.; GOMPERTZ, O. F.; CANDEIAS, J. A. N. **Microbiologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro. Atheneu. 2002.

VALTOLINA, C.; FAVIER, R. P.. **Feline Hepatic Lipidosis**. Veterinary Clinics Of North America: Small Animal Practice, [S.L.], v. 47, n. 3, p. 683-702, maio 2017.Elsevier BV.

VERSTEGEN, J; DHALIWAL, G; VERSTEGEN-ONCLIN, K. Canine and feline pregnancy loss due to viral and noninfectious causes: A review. Theriogenology, v.70, p.304-319, 2008.

WANKE, M. M.; GOBELLO, C.; **Reproduction en Caninos y Felinos Domésticos**. 1ª ed. Buenos Aires: Intermédica editorial, 2006.

WEBB, C. B. **Hepatic lipidosis: clinical review drawn from collective effort**. Journal Of Feline Medicine And Surgery, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 217-227, 26 fev. 2018. SAGE Publications.

ZAITS, C. **Compêndio de Micologia Médica**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LIPIDOSE HEPÁTICA EM FELINA

Telma Maria de Souza da Conceição Stein¹; André Torres Geraldo².

1. Acadêmica do Curso de Medicina Veterinária o Centro Universitário MULTIVIX – Vitória ES

2. Docente do Curso de Medicina Veterinária do Centro Universitário MULTIVIX – Vitória ES.

INTRODUÇÃO

O fígado é um órgão que exerce variadas funções no organismo, sendo uma delas a metabolização de gorduras. Pode ser acometido por diversas enfermidades, que poderão refletir diretamente na integridade do seu funcionamento (ANDRADE, 2016).

Os felinos se destacam por terem inúmeras peculiaridades em seu metabolismo, e ainda por serem uma espécie com alto índice no desenvolvimento de enfermidades hepáticas, sendo uma delas a Lipidose Hepática Felina (WEEB, 2018).

A Lipidose Hepática Felina (LHF), é a doença hepática que mais acomete os felinos domésticos, é caracterizada pelo alto acúmulo de gordura nos hepatócitos, levando a uma alteração hepática prejudicando o fígado em seus processos metabólicos (CENTER, 2005). Não há predisposição referente a sexo, idade ou raça, mas a incidência em animais acima do peso é maior, e comumente advém quando os mesmos são submetidos a circunstâncias de estresse e ocasiões de anorexia (CUSTODIO, 2021).

A LHF pode ocorrer de forma primária ou secundária. Na forma primária os animais não apresentam nenhuma doença concomitante, mas por serem sujeitos a episódios de baixa ingestão alimentar, desenvolvem a lipidose. Já a apresentação secundária pode ser ocasionada por alguma doença já existente que esteja prejudicando o funcionamento hepático (RODRIGUES, 2009). As manifestações clínicas se baseiam em anorexia, perda de peso, atrofia muscular, icterícia, desidratação, diarreia, vômito, salivação e depressão (VANTOLINA, FAVIER, 2017).

RELATO DE CASO

Foi atendido na Clínica Veterinária São Francisco de Assis – Anjos de Deus,

no dia 07/02/2022, um felino fêmea, SRD, castrada, de aproximadamente 4 anos, pesando 3,3 kg, apresentando falta de apetite, icterícia. A tutora relatou ofereceu nutrill, alimentação na seringa (papinha da ração) mas observou que o animal emagreceu, administrou prednisolona, plasivet para enjôo e dipirona. Não observou fezes e urinas específicas do animal, pois, existem outros gatos na casa. Fez teste de FiV e FeLV que deram negativos, porém a tempos atrás. A vacina múltipla viral está em atraso, a de raiva foi dada na última campanha da PMV, vermifugada com giardpet e foi ministrado medicamento manipulado a base de celamectina para controle de ectoparasitos externos.

Reside em casa terrea com quintal e mais 3 felinos e 2 caninos, e que as vezes tem eventual acesso à rua. Não relata problemas de saúde anteriores. No exame físico o animal apresentou 38,7°C, Frequência cardíaca, (FC) 164 bpm, Frequência respiratória (FR) 40 mrpm, TPC 3s', mucosas ictéricas, desidratação >5%. Observou-se apatia, prostração e caquexia. Locomoção, sistema genital e cardiovasculares normais. Na avaliação respiratória foi observada presença de crepitação pulmonar a ausculta pulmonar, abdômem abaulado, presença de secreção otológica, descamação furfurácea.

A tutora trouxe uma Ultrassonografia realizada dias antes, o laudo concluiu: Achados hepatobiliares são compatíveis com infiltrado gorduroso/esteatose, possivelmente correlacionado a lipidose hepática. Gastrite moderada. Foram observados múltiplos microcalculos em bexiga urinária, sem sinais de cistite associada. Redução de volume esplênico compatível com desidratação/hipovolemia (ANEXO 5).

Foram solicitados exames de Hemograma (ANEXO 6) e Bioquímica Sérica (ANEXO 7) como também de FiV e FeLV (ANEXO 8). Foi indicado para tratamento: Fluidoterapia subcutâneo – 200ml (soro fisiológico, realizado no consultório), indicação de sonda esofágica, SAME 90mg/gato + silimarina 20mg/kg (manipulados por 30 dias), omega 3, 500mg – 1cp, SID – 30 dias, ondasetrona 0,5mg/kg, 5 dias, TID. Ursacol 15mg/kg – 30 dias.

Para a colocação de sonda esofágica (Fig 14) o animal foi encaminhado ao centro cirúrgico onde o procedimento foi realizado. Lá foi administrado zoletil e meperidina na MPA, propofol e lidocaína periglótica e soro fisiológico, e no transoperatório meloxicam, dipirona, ondasetrona, e omeprazol. Após o procedimento foram administrados ondasetrona e omeprazol novamente. O procedimento foi rápido. A tutora foi orientada sobre o manejo correto devido a

gravidade do estado do animal, e foi liberado para casa.



Figura 14: Paciente felino com sonda esofágica. Fonte: Thalia Lima, 2022.

Retorno 1 - 11/02/2022: Animal pesando 3,2 kg. Ao retornar a tutora relatou que o animal demorou três dias para se recuperar do procedimento de sedação para colocação da sonda esofágica, no entanto, apresentava estabilidade, porém, resistente quanto à alimentação sólida, mas a ingestão de água estava normal. Relata também que o abdomen do animal aparentava estar mais rígido. Que urina normalmente. Tutora ainda relata que o animal não defeca a 3 dias. No ambiente ela não identifica nem diferencia as fezes do paciente, porque tem outros gatos no domicílio. Animal ainda icterico, porém ativo. Não faz a própria higiene, mas manteve o peso desde a ultima consulta.

Ao exame físico a temperatura retal era de 38,6°C, estava ronronando muito e não foi possível averiguar a FC, FR 32, TPC 4s', mucosas ictericas, desidratação > 5%, abdomen rígido. Apresentava-se icterico, soluçando (reflexo da sonda), foi recomendado o retornar em 7 dias para reavaliação. Os exames de FiV e FeLVderam negativo.

Retorno 2 – 18/02/2022 (reavaliação): Animal pesando 3,2 kg. Tutora relata que está conseguindo administrar as medicações e alimentação sem intercorrências, animal urina mais, nega vomito ou diarreia, porém, não manifesta interesse pela ração seca.

Ao exame clínico o animal apresentava-se dentro das normalidades, TPC 2s', mucosas roseas, menos ictericas, desidratação < 5%, palpação abdominal sem alterações, ausculta pulmonar limpa. Diagnóstico definitivo, **LIPIDOSE HEPATICA.**

Foi trocado o curativo da sonda esofagica. Receitado Apevitin BC 0,1 ml/kg BID, alimentação a cada 5 h, 32 ml, patê Recavery®, retornar em 7 dias.

Retorno 3 – 25/02/2022 (avaliar retirada da sonda esofágica): Animal pesando 3,4 kg. Tutora relata que animal está se alimentando bem com certa dificuldade em deglutir, fezes e urina normais, sem reclamar de dor.

Ao exame físico o animal apresentava temperatura de 36,8°C, FC 100 bpm, FR 32, TPC 2s', mucosas pouco ictéricas, normohidratada, e palpação abdominal normal.

A tutora não fez uso do apetivin que foi prescrito. Foi feito a limpeza do local de inserção da sonda foi mantida, porém o uso foi recomendado por mais 7 dias.

Retorno 4 – 04/03/2022 (reavaliar retirada da sonda esofágica): Animal pesando 3,3 kg. Tutora relatou que animal teve um quadro de diarreia e um de regurgitação com a sonda esofágica. Está se alimentando bem com ração seca, porém , não sabe a quantidade. ND, NQ, NU.

No exame clínico a FC estava em 180 bpm, desidratação < 5%, linfonodos não reativos, palpação abdominal sem alterações. Na auscultação cardíaca bulhas normofonéticas e ritmicas. Normosfigmia. Ausculta respiratória dificultada devido ao ronronamento. Foi solicitado Hemograma (ANEXO 9) e Bioquímica sérica (ANEXO 10), RX de torax, e retirada a sonda esofágica. Foi receitado SAME 90mg – 35 caps, 1 a cada 24 h, omega 3, 500mg, 1 a cada 24h, e orientada a tutora continuar as medicações até os resultados dos exames solicitados.

DISCUSSÃO

Os exames laboratoriais realizados no paciente foram sugestivos para o diagnóstico de lipidose hepática como muitos autores descrevem. Os achados laboratoriais mais consistentes são aumentos na bilirrubina sérica e fosfatase alcalina (FA), onde o aumento de FA está presente em 80% dos casos. As enzimas séricas alanina aminotransferase (ALT) e aspartato aminotransferase (AST) também podem-se apresentar aumentadas (ARMSTRONG; BLANCHARD, 2009; CENTER, 2005; VALTOLINA; FAVIER, 2017).

A ultrassonografia é o método de diagnóstico essencial para visualizar melhor o que ocorre nesse fígado doente. No laudo anexado neste relato, vimos algumas

alterações que podem sugerir Lipidose Hepática, como os achados hepatobiliares que são compatíveis com infiltrado gorduroso/esteatose.

O órgão também pode ter alterações, com pouca visibilidade das paredes da veia porta intra-hepática e com aumento da atenuação do som. Os diferenciais para um fígado difusamente hiperecoico com preservação da arquitetura hepática normal incluem lipidose hepática, hepatite crônica/colangiohepatite, fibrose e linfoma (GRIFFIN, 2018).

A principal forma de tratamento da LH é baseado na reposição de eletrólitos e manejo nutricional adequado. A terapêutica medicamentosa é instituída para melhorar os sinais clínicos do paciente, como antieméticos, suplementação hepática, analgesia e antieméticos.

O processo de realimentação desse paciente foi iniciado com a colocação de uma sonda esofágica (Figura 13). Não é possível administrar a quantidade necessária da dieta, da forma correta, quando a alimentação é forçada; pois, corre o risco de pneumonia aspirativa, aversão alimentar e ruptura do vínculo entre o tutor e animal de estimação ao se utilizar essa forma de administração (WEBB, 2018).

Para o felino dar continuidade ao tratamento em casa, a sonda esofágica é mais segura, pode permanecer por meses, requer manutenção mínima, facilitam o manejo para administração da dieta e dos medicamentos, o paciente pode se alimentar normalmente caso deseje e é de fácil remoção (WEBB, 2018).

Colocada a sonda, o próximo passo é administrar a uma alimentação pastosa hipercalórica e rica em proteína. A médica veterinária sugeriu a Recovery® da Royal Canin 32 ml a cada 5 horas. Imprescindível estar sempre atento à resposta do paciente e ajustar de acordo; por exemplo: se aumentou o número de ml/refeição e ele vomitou, melhor voltar a como estava anteriormente. A sonda poderá ser retirada quando esse felino voltar a se alimentar normalmente de forma espontânea (ARMSTRONG; BLANCHARD, 2009; WEBB, 2018).

Gatos com Lipidose Hepática apresentam vômito, náusea e/ou ptialismo e devem ser tratados farmacologicamente para aliviar estes sintomas e promover o bem-estar do paciente. Webb (2018), cita como antiemético de predileção o

maropitant, o qual suprime a êmese sem afetar o tempo de esvaziamento gástrico ou a motilidade intestinal, na dose de 1 mg/kg IV (lentamente) a cada 24 horas ou 1 mg/kg SC (geralmente é uma aplicação dolorosa) a cada 24 horas. A ondansetrona também é comumente usada nesses casos, na dose de 0.5–1 mg/kg IV, 25 com intervalos de 6 ou 12 horas entre as aplicações (VALTOLINA; FAVIER, 2017; WEBB, 2018). O uso de protetor gástrico também é recomendado em animais que apresentam náusea, com o objetivo de prevenir esofagite secundária ao vômito frequente, como o omeprazol, na dose de 1 mg/kg, via oral, de 12 em 12 horas. Ideal que seja administrado antes das outras medicações (ARMSTRONG; BLANCHARD, 2009; VALTOLINA; FAVIER, 2017).

A suplementação com S-Adenosil-Metionina (SAME) é comumente vista na rotina clínica. No fígado normal, a metionina é convertida em S-Adenosil-Metionina e tem como produto final a glutatona, importante antioxidante que protege esse órgão; porém quando alterado, não ocorre essa conversão, necessitando-se da suplementação para proteger esse órgão de danos oxidativos. Uma dose de 180 mg por gato deve ser administrada, via oral, uma ou duas vezes ao dia. Importante ressaltar que esse medicamento deve ser manipulado ou fabricado em cápsula com revestimento entérico, pois possui absorção intestinal e o alimento compromete sua biodisponibilidade (CENTER, 2005; VALTOLINA; FAVIER, 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, R. A. C.; MOREIRA, V. S.; PORTO, M. R. **Patologias reprodutivas diagnosticadas durante ovários alpingoesterectomia (osh) em gatas e cadelas**. Anais do Icescp: Simpósio de TCC e Seminário de IC, 2016 / 1º, São Paulo, p.1368-1373, jan. 2016.

ANDRADE, S. F.; **Manual de Terapêutica Veterinária**. 2ª ed. São Paulo: Roca, 2002.

ARAUJO, A. K. L., & LEAL, C. A. S. **Esporotricose felina no município de Bezerros, Agreste Pernambucano: Relato de caso.** PUBVET, 2016.

ARAÚJO, L. S. **Morte fetal em cadelas e gatas submetidas e tratamento com anticoncepcionais atendidos no Hospital Veterinário do Centro de Saúde e Tecnologia Rural da UFCG.** Trabalho de Conclusão de Curso – Med. Veterinária Patos, dez-2013.

ARMSTRONG, P. J.; BLANCHARD, G. **Hepatic Lipidosis in Cats.** Veterinary Clinics Of North America: Small Animal Practice, [S.L.], v. 39, n. 3, p. 599-616, maio 2009. Elsevier BV

BARROS, M. B. L.; SCHUBACH, T. P.; COLL, J. O.; GREMIÃO I. D.; WANKE, B.; SCHUBACK, A. **Esporotricose: A evolução e os desafios de uma epidemia.** Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v. 27, n. 6, p. 455-460, 2010.

BRAGA, P.O.; BARROSO, R.M. **Aspectos fisiopatológicos da mumificação fetal.** PUBVET, Londrina, V. 8, N. 15, Ed. 264, Art. 1752. Agosto, 2014.

CENTER, S. A.. **Feline hepatic lipidosis.** Veterinary Clinics Of North America: Small Animal Practice, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 225-269, jan. 2005. Elsevier BV.

CHEVILLE, N. F. **Introdução à patologia veterinária.** 3ª ed. São Paulo: Manole, 2009.

CRIVELLENTI, L. Z.; CRIVELLENTI-BORIN, S.; **Casos de rotina em medicina veterinária de pequenos animais.** Editora MedVet, 2ª ed. 2015.

CRUZ, C. S. A.; FERREIRA, M. L. **Ocorrência de Esporotricose em animais domésticos: uma revisão bibliográfica.** XIV Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação - Universidade do Vale do Paraíba - São Paulo: Uninove, 2010.

CUBAS, Z. S.; SILVA, J. C. R.; CATÃO-DIAS, J. L. **Tratado de Animais Selvagens-Medicina Veterinária** - 2 Vol. Roca Grupo GEN, 2014.

- CUSTÓDIO, C. A. V. **Lipidose hepática felina - estudo retrospectivo**. 2021. 86 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina Veterinária, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2021.
- DYCE, K. M.; SACK, W. O.; WENSING, C. J. G.; **O aparelho urogenital**. In: DYCE, K. M.; **Tratado de Anatomia Veterinária**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- DUMON. C. **Patologia Neonatal do Filhote. Os primeiros 15 dias**. In: Prats, A. Neonatologia e Pediatria: canina e felina. São Caetano do Sul: Interbook, p.126-151, 2005.
- DUNN, J. K. **Tratado de medicina de pequenos animais**. Editora: Roca, São Paulo: 2001.
- ETTINGER, S. J.; FELDMAN, E. C.; **Tratado de Medicina Interna Veterinária**; Manole; 4ª ed. São Paulo. 1997.
- FARIAS, M. R. **Avaliação clínica, citopatológica e histopatológica seriada da esporotricose em gatos (Felis catus – Linnaeus, 1758) infectados experimentalmente**. 2000. 97 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Veterinária) – Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2000.
- FELDMAN, E. C. O.; **Complexo hiperplasia endometrial cística/piometra e infertilidade em cadelas**. In: ETTINGER, S. J.; FELDMAN, E. C. **Tratado de medicina interna veterinária – doenças do cão e do gato**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2004.
- FONTES, S.; SILVA, A. S. A.; PORTILHO, C. A. **Esporotricose**. In: VI Simpósio de Iniciação Científica da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Viçosa, 2014.
- FOSSUM, T. W.; **Cirurgia de Pequenos Animais**, 3ª ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2008.
- FOSSUM, T.W.; HULSE, D.A.; JOHNSON, A.L.; SEIM III, H.B.; WILLARD, M.D.; CARROLL, G.L. **Cirurgia de Pequenos Animais**. 2ª ed. Editora: Roca; 2005.
-

GREENE, C. E. **Doenças infecciosas em cães e gatos** / Craig E. Greene; tradução Idilia Vanzellotti, Patricia Lydie Voeux. 4ª ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

GRIFFIN, S. **Feline abdominal ultrasonography: what's normal? What'sab normal? The liver.** Journal Of Feline Medicine And Surgery, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 12-24, 21 dez. 2018. SAGE Publications

HANSEL, D. E.; DINTZIS, R. Z. **Fundamentos de Rubin – Patologia.** Grupo GEN, 2007.

JERICÓ, M. M.; NETO, J. P. A.; KOGIKA, M. M. **Tratado de medicina interna de cães e gatos** - 1ª ed. Rio de Janeiro: Roca, 2015.

JONES, T. C; HUNT, R. D; KING, N. W. **Patologia Veterinária.** 6ª ed. São Paulo:Ed Manole, 2000.

LACAZ, C. S.; PORTO, E.; MARTINS, J. E. C. M. **Esporotricose e outras micoses gomosas.** In: SARVIER, **Micologia médica.** São Paulo: Sarvier, 1991.

LITTLE, S. E. **O gato: medicina interna;** tradução Roxane Gomes dos Santos Jacobson, Idilia Vanzellotti. 1ª ed. Rio de Janeiro: Roca, 2018.

LUPI, O.; BELO, J.; CUNHA, P. **Rotinas de Diagnóstico e Tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia** - SBD, 2ª ed. Grupo GEN, 2012.

LUZ, M. R.; SILVA, A. R. **Reprodução de cães.** 1ª ed. São Paulo, Editora Manole, 2019.

LUZ, M. R.; MÜNNICH, A.; VANNUCCHI, C.I. **Novos enfoques na distocia em cadelas.** Rev Bras Reprod Anim, v.39, p.354-361, 2015.

MEDLEAU, L.; HNILICA, K. A.; FAGLIARI, G. S. **Dermatologia de pequenos animais: Atlas colorido e guia terapêutico.** São Paulo: Roca, 2003.

MEZZARI, A.; FUENTEFRIA, A. M. **Micologia no laboratório clínico** – Barueri, São Paulo: Manole, 2012.

MORAIS, L. E. S. **Maceração Fetal em Gata**. Universidade Federal Rural de Pernambuco. Recife, 2019.

MULTIVIX.EDU.BR - **Relato Institucional da Faculdade Brasileira Multivix Vitória**/2021. Acesso em 02 de maio de 2022.

MUZZI, L. A. L. **Obstetrícia em Pequenos Animais**. Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2013.

NAKAMURA, R. **Doenças da unha** – 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

NELSON, R. W.; COUTO, C. G.; **Fundamentos de Medicina Interna de Pequenos Animais**; Guanabara; 1ª ed. Rio de Janeiro; 1994.

NELSON, R. W.; COUTO, C. G., **Medicina Interna de Pequenos Animais**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

NELSON, R. W, COUTO, C. G.; **Medicina Interna de Pequenos Animais**. 5ª ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

PRATS, A. **Período neonatal**. In: Prats A. **Neonatologia e Pediatria: canina e felina**. São Caetano do Sul: Interbook, 2005.

RIPPON, J. **Sporotrichosis**, p.325-352. In: Rippon J. (Ed.), **Medical Mycology: the pathogenic fungi and the pathogenic actinomycetes**. 3rd ed. W.B. Saunders, Philadelphia. 1988.

SAHIN, O.; BURROUGH, E. R; PAVLOVIC, N; FRANA, T. S; MADSON, D.M; ZHANG, Q. **Campylobacter jejuni as a cause of canine abortions in the United States**. J Vet Diagn Invest, v.26, n.5, p.699-704, 2014

SALES, K. K. S.; RODRIGUES, N. M.; RUFINO, A. K. B.; LUZ, P. M. S. **Maceração fetal em gata: Relato de caso**. PUBVET: Publicações em Medicina Veterinária e Zootecnia, Piauí, v. 10, n. 12, p.909-912, dez - 2016.

SANTOS, R. L.; ALESSI, A. C. **Patologia Veterinária**. 2ª ed. - Rio de Janeiro: Roca, 2017.

SCHLAFER DH. **Canine and feline abortion diagnostics**. Theriogenology, v.70, p.327-331, 2008.

- SCHUBACH, A. O; SCHUBACH, T. M. P.; BARROS, M. B. L; WANKE, B. **Esporotricose.** In: Coura JR. **Dinâmica das Doenças Infecciosas e Parasitárias.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- SCOTT, D.W.; MILLER, W.A.; GRIFFIN C. **Dermatologia de Pequenos Animais.** 5ª ed. Interlivros, Rio de Janeiro. 1996.
- STONE, E. A.; **Sistema reprodutivo: ovário e útero.** In: SLATTER, D.; **Manual de Cirurgia de Pequenos Animais.** 3ª ed. São Paulo: Manole, 2007.
- TAVARES, W.; MARINHO, L. A. C. **Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias.** 4ª ed. São Paulo: Atheneu, 2015.
- TRABULSI, L. R.; ALTERTHUM, F.; GOMPERTZ, O. F.; CANDEIAS, J. A. N. **Microbiologia.** 3ª ed. Rio de Janeiro. Atheneu. 2002.
- VALTOLINA, C.; FAVIER, R. P.. **Feline Hepatic Lipidosis.** Veterinary Clinics Of North America: Small Animal Practice, [S.L.], v. 47, n. 3, p. 683-702, maio 2017. Elsevier BV.
- VERSTEGEN, J; DHALIWAL, G; VERSTEGEN-ONCLIN, K. Canine and feline pregnancy loss due to viral and noninfectious causes: A review. Theriogenology, v.70, p.304-319, 2008.
- WANKE, M. M.; GOBELLO, C.; **Reproduction en Caninos y Felinos Domésticos.** 1ª ed. Buenos Aires: Inter-Médica editorial, 2006.
- WEBB, C. B. **Hepatic lipidosis: clinical review drawn from collective effort.** Journal Of Feline Medicine And Surgery, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 217-227, 26 fev. 2018. SAGE Publications.
- ZAITS, C. **Compêndio de Micologia Médica,** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
-

ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS FRENTE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Júlia Dias¹, Julia Tognery¹ e Nathalia Guidini¹; Maycon Carvalho dos Santos²

1. Curso de Graduação em Enfermagem Bacharelado.

2. Mestre em Ciências Fisiológicas, Docente no Centro Universitário Multivix Vitória

RESUMO

O presente trabalho acadêmico tem como objetivo analisar a atuação do enfermeiro na prevenção da violência obstétrica. Trata-se de um estudo descritivo através de Revisão Bibliográfica de Literatura. Primeiro faremos o cotejo do direito à saúde como parte fundamental do direito à vida. Desse modo, será abordada a violência obstétrica sofrida pelas gestantes, e como essa violência fere os direitos da mulher e os direitos à saúde e como a desinformação de seus direitos contribui para o aumento da violência obstétrica. E por fim será ressaltada a importância do enfermeiro no combate à violência obstétrica, como a mudança de comportamento desse pode fazer diferença na vida da gestante em seu pré-natal, parto e pós-parto, promovendo autonomia na mulher e partos mais humanizados. O estudo evidenciou que a qualificação profissional, a educação em saúde e a inclusão da mulher sobre seus direitos são as melhores formas para prevenir as ocorrências de violência obstétrica.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Enfermagem. Gestante.

INTRODUÇÃO

A maternidade é um grande feito na vida de toda mulher que anseia por este momento, afinal para elas, no lado sentimental, ter um filho é um ato de amor e afeto para vida e, no contexto social, é a representação da perpetuação de uma geração. Todavia, sabe-se que situações arriscadas poderão fazer parte do momento gestacional até o parto, como por exemplo a violência obstétrica, um fator epidemiológico que vem crescendo e sendo discutido por muitas pessoas, profissionais ou leigos, nos últimos anos (ANDRADE et al., 2014; PEREIRA et al., 2016).

Essa violação do direito da mulher vem acontecendo desde o início do seu período gestacional. Contudo, essa falta de desumanização por parte da

equipe hospitalar em todas as etapas da gestação abre espaço para a violência obstétrica. Sabe-se que a falta de informações prestadas a essas parturientes contribui para o agravo deste tipo de violência (ANDRADE et al., 2014).

Conceitua-se como violência obstétrica qualquer “conduta, ato ou omissão praticados por profissionais da saúde, tanto em instituições públicas ou privadas que, de forma direta ou indireta conduz ao apoderamento indevido dos processos corporais e reprodutivos das mulheres”. Desta forma, pode-se exemplificar este conceito em ações indesejadas através do desrespeito, uso indevido de medicações, interferência no direito de autonomia e decisão por parte da gestante, propondo um impacto negativo diante da qualidade de vida da mulher (ANDRADE et al., 2014; BRASIL, 2014).

Conforme alguns estudos realizados pela Fundação Perseu Abramo (2010), é possível afirmar que uma a cada quatro brasileiras enfrentaram algum tipo de desrespeito ou maus tratos durante o período gestacional e o parto. Portanto, a atuação da equipe de saúde nesta fase é muito válida para orientar conhecimentos e experiências para essa gestante fazendo com que as mesmas tenham um período gestacional prazeroso a fim de não ter nenhum trauma em sua gestação, seja ele emocional, físico ou psicológico.

Como mediador importante neste processo, temos o profissional enfermeiro que pode estar presente desde a fase inicial da gestação, com o diagnóstico e acompanhamento de pré-natal, até o momento do parto, atuando como profissional obstetra. Compete a ele atuar de forma ética e educacional, promovendo bem-estar e conforto para a gestante, intervindo sempre que observar qualquer desrespeito para com a paciente (CARDOSO et al., 2017; MATOSO, 2018).

Ainda cabe ao enfermeiro e sua equipe garantir que essa gestante tenha um bom acompanhamento em seu período gestacional com cuidado, respeito, ética e proporcionando o bem-estar da gestante. A educação em saúde é uma ferramenta que o profissional deve utilizar para que no decorrer da gestação a paciente possa identificar se está ou não sofrendo algum tipo de violência obstétrica e quais seriam seus direitos e penalidades cabíveis no momento (MATOSO, 2018; MOURA et al., 2018).

De acordo com Matoso et al. (2018), a violência obstétrica desrespeita o fisiológico e psicológico da mãe que, em determinados casos por falta de

entendimento, acabam sendo vítimas do achismo que tal prática seja realmente necessária e, por isso, justifica-se a necessidade de intervenções por parte da equipe de enfermagem que empoderam-se da humanidade e empatia com a mãe e o recém-nascido.

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa cujo objetivo central consiste em analisar como o profissional da enfermagem pode auxiliar na prevenção da violência obstétrica, exemplificando os tipos de violência obstétrica e quais são as suas consequências na vida da puérpera, identificando possíveis meios de diminuir com estes casos.

REFERENCIAL TEÓRICO

SAÚDE COMO UM DIREITO FUNDAMENTAL

De acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) todos os seres humanos merecem ter acesso aos direitos fundamentais que lhes são atribuídos, dos quais estão inclusos o direito à vida, à liberdade de opinião e expressão, o direito ao trabalho, a educação e, não menos importante, o direito à saúde. Para que tais feitos sejam garantidos, a declaração reforça a importância das entidades governamentais como precursoras desses direitos, é preciso que estes cumpram determinadas obrigações e invistam em ações que sejam propostas como meios de garantir os direitos humanos.

Conforme estabelecido pelas Nações Unidas, na Carta da Onu em 1945, os objetivos fundamentais, são promover e encorajar o respeito aos direitos humanos para todos e assim reafirmam sua fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade, no valor do ser humano e na igualdade de direitos entre homens e mulheres, que ali, decidiram promover o progresso social e a melhora de condições de vida em uma liberdade mais ampla. A Assembleia Geral proclama a presente Declaração Universal dos Direitos Humanos como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações.

O Preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948 diz:

“Os direitos humanos são comumente compreendidos como aqueles direitos inerentes ao ser humano, ele reconhece que cada ser humano pode desfrutar de seus direitos humanos sem distinção de raça,

cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outro tipo, origem social ou nacional ou condição de nascimento ou riqueza, são garantidos legalmente pela lei de direitos humanos, protegendo indivíduos e grupos contra ações que interferem nas liberdades fundamentais e na dignidade humana”.

Segundo o Manual sobre Saúde e Direitos Humanos do Ministério da Saúde (2010), a saúde é um estado de bem-estar inerente a todo ser humano, essencial para a execução de outros direitos, como por exemplo, no que diz respeito à efetivação de uma vida digna. O direito à saúde é um direito fundamental, presente na Segunda Dimensão de direitos fundamentais, posto que está inserido nos direitos sociais e como tal deve ser preservado a todas as pessoas. Sem a efetivação do direito à saúde, diversos outros direitos são violados.

Os direitos sexuais e reprodutivos foram definidos a partir da Conferência de Cairo que representa um marco político para a proteção dos direitos das mulheres, fator esse decisivo para a delimitação desses objetos e para a afirmação da capacidade das de tomar decisões sobre seu próprio corpo. Foram definidos na Conferência como “[...] o direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção e violência.” Portanto, pode-se dizer que a VO viola os direitos reprodutivos e sexuais pois, afinal é um ato que fere o corpo físico, a autonomia e dignidade das mulheres no momento de grande importância da vida reprodutiva.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Assuntos relacionados a violência obstétrica começaram a ganhar mais visibilidade a partir do início do século XXI onde começaram a eclodir movimentos feministas, obras artísticas e documentários sobre o tema. No final da década de 1980, movimentos feministas que aconteceram no Brasil, descrevem explicitamente através da obra “Espelho de Vênus” o parto institucionalizado como uma vivência traumática e violenta. Contudo, o assunto acabou sendo negligenciado por resistência de profissionais em reconhecer o tratamento prestado como violência (BRANDT et al., 2018).

A violência obstétrica já era tema também das políticas de saúde ao final da década de 1980: o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), por exemplo, reconhecia o tratamento impessoal e muitas vezes agressivo da atenção à saúde das mulheres. Porém, ainda que o tema estivesse na pauta feminista e mesmo em políticas públicas, foi relativamente negligenciado, diante da resistência dos profissionais e de outras questões urgentes na agenda dos movimentos, e do problema da falta de acesso das mulheres pobres a serviços essenciais. No Brasil não há uma Lei Federal que especifique o que é violência obstétrica (BRASIL, 2010).

Atualmente, estudos no país e no mundo vêm documentando como são frequentes as atitudes desumanas na assistência à mulher durante o parto, tanto em setores privados, como também no sistema público. O interesse acadêmico se ampliou e a produção dos últimos anos inclui pesquisas sobre a formação dos profissionais e, mais recentemente, dadas de base populacional (DINIZ et al., 2015).

Apesar do parto ser um acontecimento de grande importância na vida da mulher, um número grande de mulheres terá lembranças pouco confortáveis a respeito de seus períodos gestacionais. Conforme Silva (2014), a mulher vive na gestação um momento de preparação e adaptação para o parto e a chegada de um novo ser. No pré-natal, ela deve ser esclarecida sobre o que acontecerá durante a gestação, trabalho de parto, parto e puerpério. Entretanto, muitas mulheres não são orientadas sobre os seus direitos e a autonomia do seu corpo no momento do parto.

Segundo Pereira (2016), o termo "violência obstétrica" (VO) é usado para descrever e incluir inúmeros atos de violência na prática obstétrica profissional. Agrupa o abuso físico, psicológico e verbal, bem como procedimentos desnecessários e invasivos, como episiotomias, repouso no pré-parto, tricotomia, ocitocina de rotina e ausência de acompanhante. São constantes os relatos de maus tratos sofridos pelas mulheres, não apenas durante o parto, mas durante todo o processo de gravidez, parto e pós-parto, que violam a dignidade e o respeito delas.

De acordo com o manual "Violência: Definições e Tipologias", pode-se classificar o abuso frente a gestante em físico, psicológico e verbal. O abuso físico é aquele em que o profissional da saúde usa da força para produzir injúrias,

feridas, incapacidade ou dor na paciente; a psicológica parte do uso de expressões que causem humilhação, insulto, intimidação e degradação pública; enquanto no abuso verbal os profissionais utilizam de palavras ou gestos que podem provocar um abuso psicológico (COELHO et al., 2014).

No atual contexto em que vivemos, algumas VO acontecem e muitas vezes passam despercebidas, seja pela própria equipe profissional ou pela própria gestante, pois a mesma não leva os casos a frente por não ter ciência dos seus direitos (PEREIRA et al., 2016). Atualmente 1 a cada 4 mulheres sofrem algum tipo de violência, sendo que inúmeros desses desleixos feitos com essa gestante ficam por isso mesmo e ela se quer receber alguma assistência seja psicológica ou legal. São casos tratados como invisíveis aos olhos dos superiores como se não tivesse importância alguma o que aconteceu com a paciente e, sendo assim, dificilmente tem alguma punição uma vez que os casos nem são apurados (ANDRADE et al., 2014).

A violência obstétrica, não é somente física, a de forma psicológica é a mais frequente. Visto que a mulher é pressionada verbalmente, sendo em muitos casos desmoralizada. Formas de tratamento que prejudicam o parto e o pós-parto efetivamente, promovendo na mulher um abalo emocional, medo e violação de seus direitos, além de falta de confiança na equipe médica (ANDRADE et al., 2014).

Considerada como violência institucional, a violência obstétrica, segundo Silva et al. (2014), decorre das relações sociais marcadas pelo descaso com os aspectos humanos do cuidado, da rigidez hierárquica nas relações dos profissionais de saúde com os pacientes, das falhas no processo de comunicação, da mecanização do cuidado, do uso inadequado da tecnologia e do não compromisso dos profissionais com o processo de cuidar.

Várias expressões já foram usadas para designar o fenômeno, como “violência no parto”, “abuso obstétrico”, “desrespeito e abuso”, “violência de gênero no parto e aborto”, “violência institucional de gênero no parto e aborto”, “assistência desumana/desumanizada”, “crueldade no parto”, “violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto”.

Dentre as várias conceituações possíveis, a proposta por Bowser e Hill (2015) elenca as principais categorias de desrespeito e abuso nas instituições

de saúde, associando-as aos direitos correspondentes, no quadro (tabela 1) abaixo:

Tabela 1: Categorias de Desrespeito e Abuso em Instituições de Saúde associado aos seus Direitos.

Categoria	Direito correspondente	Situações exemplares
Abuso físico.	Direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos.	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias. Imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”
Imposição de intervenções não consentidas. Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas.	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa, e respeito pelas escolhas e preferências, incluindo acompanhantes durante o atendimento de maternidade.	Mulheres que verbalmente e por escrito, não autorizam uma episiotomia, mas esta intervenção é feita à revelia da sua desautorização. Recusa à aceitação de planos de parto. Indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” nas 40 semanas, etc.) ou para a mãe (cesárea para “prevenir danos sexuais”, etc.). Não informação dos danos potenciais de longo prazo dos modos de nascer (aumento de doenças crônicas nos nascidos, por exemplo).
Cuidado não confidencial ou privativo	Confidencialidade e privacidade.	Maternidades mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem sequer um biombo separando os leitos, e ainda usam a falta de privacidade como justificativa para desrespeitar o direito a acompanhantes
Cuidado indigno e abuso verbal.	Dignidade e respeito.	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda. Humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando”

Discriminação baseada em certos atributos.	Igualdade, não discriminação, equidade da atenção.	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casadas, com gravidez planejadas, adultas, brancas, mais escolarizadas, de classe média, saudáveis, etc.) depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobres, não-escolarizadas, mais jovens, negras, e as que questionam ordens médicas).
Abandono, negligência ou recusa de assistência	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde.	Estudos mostram o abandono, a negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, descompensadas ou demandantes, e nos casos de assistência ao aborto incompleto, frequentemente são deixadas por último, com riscos importantes à sua segurança física
Detenção nos serviços.	Liberdade, autonomia	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços. No Brasil e em outros países, começam a ocorrer detenções policiais, como no caso narrado no início deste artigo

Fonte: BROWSER, Diana; HILL, Kathleen. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis-USAID. 2015.

É necessário que haja uma mudança na assistência, e esta deve ser pautada na humanização. As instituições de saúde e os profissionais, principalmente o de enfermagem, devem acolher a mulher, seus familiares e o recém-nascido com dignidade, respeito e carinho, para que se crie um ambiente que proporcione a autonomia da mulher para que a mesma se sinta protagonista de seu parto (MOURA et al., 2018).

Uma estratégia que pode ser efetiva na atenção ao pré-natal para a prevenção da violência obstétrica é a realização de atendimento humanizado, que possa fortalecer a mulher e o seu companheiro para assegurar o direito de escolha, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), que defende a incorporação de condutas acolhedoras e favoráveis ao protagonismo feminino, em especial no transcurso do parto (BRASIL, 2012a).

A educação em saúde constitui-se, assim, uma oportunidade de despertar nas mulheres, em seus companheiros e familiares a vivência de um parto mais

agradável. Organização Mundial da Saúde define educação em saúde como o “conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com as suas necessidades” (BRASIL, 2009a).

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Os enfermeiros possuem um papel fundamental na promoção de um parto invulnerado para as puérperas, visto que é necessária a participação de enfermeiros obstétricos para a realização de um parto humanado. Um enfermeiro bem capacitado poderá acolher melhor a parturiente e propiciar satisfação e comodidade durante o parto, e autonomia nas escolhas realizadas durante todo o processo. Assim, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde de número 2815/98, de maio de 1998, inclui-se o procedimento de “parto sem distócia” ou parto normal, realizado por enfermeiros (as) obstetras, assegurando a autonomia no cuidado obstétrico por este profissional.

Diante dos constantes acontecimentos de violência obstétrica, o acompanhamento do parto por um enfermeiro especialista nesta área passa a ser uma necessidade capaz de amenizar as intervenções que possam ser desnecessárias, possibilitando assistência de qualidade para a mulher (MOURA et al., 2017).

Conforme Moura et al. (2018), existem algumas formas do enfermeiro combater a violência obstétrica, como promover orientações às gestantes em uma linguagem mais acessível sobre todos os procedimentos necessários durante a gestação, sobre a importância da participação dela em todas as decisões, de forma a escolher sempre processos mais confortáveis e que tragam menos riscos para ela e o recém-nascido; ouvir mais a gestante e respeitar suas escolhas; permitir que a mulher defina que alguém de sua confiança a acompanhe durante o pré-natal e parto; propiciar que a mulher seja protagonista e entenda seus direitos sexuais e reprodutivos; investir em aperfeiçoamento profissional para que estejam preparados para humanização do pré-natal ao parto.

Dessa forma, o profissional da enfermagem possui um papel crucial na educação das mulheres sobre seus direitos de saúde, cuidados e conhecimento de seu corpo e as possibilidades de procedimento de partos disponíveis, visto que a gestante tem se constituído como um grupo muito vulnerável a processos agressivos durante a gestação. É necessário expressar empatia para com a mulher e sua intimidade, reconheça suas necessidades nesse momento delicado de sua vida e crie oportunidade de escolhas de acordo com suas especificidades. Ressaltando que os planos de parto foram instruídos na necessidade de mulheres que reivindicavam controle sobre seu próprio corpo na prática da crescente intervenção de procedimentos e medicalização do parto (MATOSO et al., 2018; MOURA et al., 2018; PEREIRA et al., 2016).

De acordo com Moura et al. (2017), o cuidado de enfermagem às vítimas de violência deve ser planejado para promover segurança, acolhimento, respeito e satisfação das suas necessidades individuais. Refletir sobre o seu planejamento, pautado nos instrumentos básicos de enfermagem, nas políticas públicas de saúde e na legislação vigente é fundamental para a prevenção de agravos afetivos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica básica sendo uma revisão de literatura narrativa com objetivos exploratórios, que segundo Estrela (2018) este tipo de estudo busca atender a dois propósitos primordiais, sendo: a elaboração de uma contextualização frente a um problema e seguir para uma investigação de possibilidades que podem responder a esta problemática com base em literaturas consultadas, e seguindo um padrão de revisão narrativa, entendemos que a mesma não implicará na busca exaustiva de conteúdo, e a seleção e interpretação do que for encontrado estará sujeita a subjetividade dos autores.

Seguindo o pressuposto deste autor, o trabalho atende as seguintes fases: 1) Levantamento Bibliográfico; 2) Leitura dos artigos selecionados; 3) Elaboração de resumos sobre o que foi lido (fichamentos); 4) Elaboração da resenha.

1) Levantamento Bibliográfico:

Os seguintes critérios de inclusão foram analisados na pesquisa bibliográfica:

- Publicações pertinentes dos últimos 5 anos (exceto para manuais oficiais);
- Caráter nacional e/ou internacional;
- Assunto contemplando a busca por resposta do objetivo estudado.

Todos os materiais que não se enquadravam nos critérios citados foram excluídos da pesquisa.

O levantamento das publicações utilizadas para a elaboração deste projeto foi realizado através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) por meio das seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Localizador de Informação em Saúde (LIS). Os descritores utilizados para pesquisa foram: “Violência Obstétrica”, “Enfermagem”, “Parto” e “Gestante”. Ao todo, foram selecionados 07 trabalhos sobre a temática para a discussão dos resultados dos mesmos.

2) Leitura dos artigos selecionados:

De início, como forma compensatória de tempo, realizou uma leitura prévia dos títulos e resumos dos artigos selecionados para analisar se os mesmos se enquadram na temática deste projeto, e após aconteceu a leitura analítica, de forma a aprofundar o conhecimento sobre o tema com base em todas as estruturas dos artigos.

3) Elaboração de fichamentos:

A elaboração de fichamentos serviu como base para marcação das partes mais importantes destacadas nas leituras e, desta forma, após cada artigo lido, foi elaborado um resumo que serviu como forma de resgate rápido durante a escrita da resenha, além de facilitar o encaixe cronológico do que deve ser dito, sem que o foco principal fosse perdido.

4) Elaboração da resenha:

Por fim, foi proposta a parte mais importante do processo de estudo, a escrita da resenha. Através de pontos objetivos e diretos, formulou-se os parágrafos do projeto respeitando a norma culta da língua portuguesa, contando com citações na forma indireta e direta com base nos conhecimentos adquiridos com as leituras e fichamentos realizados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela a seguir, contém o resumo dos 7 artigos selecionados para confecção da discussão deste projeto, juntamente com os respectivos títulos, ano de publicação e autor.

Tabela 2: Resumos dos artigos selecionados para confecção da discussão.

Nº	TÍTULO/ANO/AUTOR (ES)	RESUMO
1	Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. (2014) Leal, M. C. et al.	Este artigo avaliou o uso das boas práticas (alimentação, de ambulância, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e de partograma) e de intervenções obstétricas na assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres de risco obstétrico habitual. As boas práticas durante o trabalho de parto ocorreram em menos de 50% das mulheres, sendo menos frequentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste.
2	Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. (2017) POSSATI, Andrêssa Batista et al.	A humanização do parto ainda representa um desafio na prática profissional. O protagonismo da mulher, o respeito aos seus direitos e o comprometimento dos profissionais de saúde constituem os alicerces para a humanização do parto.
3	Cuidados de Enfermagem na prevenção da violência obstétrica. (2018) MOURA, R. C. M. et al.	A enfermagem obstétrica exerce um papel essencial ao facultar a humanização do parto.

4	O papel do enfermeiro frente à violência Obstétrica. (2018) MATOSO, L. M. L.	Mesmo tendo o parto normal como o mais escolhido por uma grande quantidade de mulheres, são assistidas com a prática da VO ou sua vontade não é atendida.
5	Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado (2010). Pesquisa SESC Perseu Abramo	De acordo com a pesquisa, questões como violência doméstica, aborto, contracepção, machismo, feminismo, moralismo e mercado de trabalho atestam que as desigualdades entre homens e mulheres se alastram por vários âmbitos da vida social.
6	Violência Obstétrica-Papel do Enfermeiro. (2017) Lucia Julieta Alcântara Seixas et al.	Conclui-se que o cuidado desenvolvido na hora do parto é uma assistência prestada basicamente pela equipe de Enfermagem, mas nem sempre esse cuidado causa bem-estar nas parturientes. O cuidado deve ser aplicado de forma acolhedora, com paciência, preocupação, respeitar o tempo da mulher, utilizar técnicas que visam o relaxamento.
7	Violência obstétrica institucional no parto: percepção dos profissionais de saúde. (2017) CARDOSO F. J. C. C. et al.	A grande maioria dos profissionais se mostrou desconhecadora do tema violência obstétrica. Por meio da análise dos discursos, sugere-se que a solução do problema da violência obstétrica está na humanização da assistência.

Fonte: os autores.

De acordo com a pesquisa *“Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados”* realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010), verificou-se que no Brasil uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, desde gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência.

Comparando-se com a pesquisa *“Nascer no Brasil”*, realizada pelo Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (2011 a 2012), o qual investigou um total de 23.940 puérperas, identificou-se uma semelhança de achados frente ao excesso de intervenções no parto e nascimento, apontando um modelo assistencial marcado por intervenções desnecessárias e muitas vezes prejudiciais, expondo mulheres e crianças a iatrogenias.

Em relação às intervenções realizadas durante o trabalho de parto, a pesquisa citada anteriormente que foi coordenada por Leal et al. (2014) revelou que em aproximadamente 70% das mulheres foi realizada punção venosa, onde 40% receberam ocitocina e realizaram amniotomia (ruptura da membrana que envolve o feto) com o intuito de acelerar o parto e 30% das mulheres receberam analgesia raqui/peridural. Já em relação às intervenções realizadas durante o parto, 92% dos casos analisados foi utilizada a posição de litotomia (deitada com a face para cima e joelhos flexionados), a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero) teve uma ocorrência de 37% e a episiotomia (corte na região do períneo) ocorreu em 56% dos partos.

Esse número de intervenções foi considerado excessivo e não encontra respaldo científico em estudos internacionais. Além disso, muitas dessas práticas são associadas a risco de complicações, são dolorosas e seu uso é considerado desnecessário, como é o caso da episiotomia (Leal et al., 2014). Essa pesquisa nacional de base hospitalar, composto por puérperas e seus recém-nascidos das diferentes regiões do país, revelou que, da amostra total da pesquisa de 23.940 mulheres, 56,8% foram consideradas como casos de risco obstétrico habitual, ou seja, sem condições de saúde que indicassem o uso de procedimentos e intervenção cirúrgica. Dentre essas mulheres, 45,5% realizaram cesárea e 54,5% tiveram parto vaginal, porém, apenas 5,6% tiveram parto normal sem nenhuma intervenção (Leal et al., 2014).

Neste contexto, a humanização durante o trabalho de parto, vista como política pública no Brasil, precisa ser posta em prática pelos profissionais da

saúde. Segundo Possati et al. (2017), em um estudo realizado com a visão de profissionais enfermeiras traz que, para elas, a humanização do parto envolve a realização de condutas que sejam benéficas para a mulher e o recém-nascido, abandonando práticas desnecessárias e invasivas que prejudicam a saúde física e psicológica das parturientes, implicando desta forma no respeito às escolhas, singularidade e individualidades de cada mulher.

Diante destes resultados alarmantes que foram expostos em tais pesquisas, busca-se aqui propor meios de reduzir o processo de violência na obstetrícia, para isso, destaca-se o papel fundamental do profissional enfermeiro, como líder e mediador de soluções para o bem-estar do binômio mãe-filho. De acordo com Moura et al. (2017), a assistência prestada à mulher durante o parto é realizada em sua grande parte pela equipe de enfermagem, liderada pelo enfermeiro, para a autora este processo deve ser acolhedor, cuidadoso e humanizado, respeitando o tempo da mulher como ser humano que está vivendo um momento único de sua vida.

O enfermeiro, em sua formação, precisa passar pelo processo de ensino focado na percepção do ser humano como um ser holístico, suas necessidades básicas precisam ser respeitadas e levadas em consideração, encaixando-se isto a temática que está sendo abordada, diante da mulher que irá vivenciar no parto uma história única de amor (MATOSO et al., 2018).

Este profissional quanto líder de equipe, precisa estar atento aos procedimentos que irão ser realizados, capacitar sua equipe para preservar o respeito e assistência de qualidade para a mulher e seu filho, além disso, quando necessário, o enfermeiro pode e deve intervir nas práticas ilegais do parto, podendo este colocar em prática até mesmo questões legais, mas sabe-se que em muitos casos o profissional acaba sendo coagido, às vezes pela própria instituição de trabalho, e esta é uma outra questão que precisa ser estudada (MATOSO et al., 2018; MOURA et al., 2018).

De acordo Cardoso et. al. (2017), para a formação dos profissionais de saúde é essencial dedicar alguns anos ao estudo das necessidades fisiológicas e psíquicas do indivíduo, tendo uma maior atenção em suas individualidades. O público feminino precisa de uma visão excepcional no período gestacional, dessa forma, o atendimento deve reconhecer que os seus contextos culturais e

históricos induzem o processo saúde doença e definem a maneira enfrentar o processo de nascimento.

CONCLUSÃO

Percebe-se que a violência institucional obstétrica continua prevalente nas unidades de saúde de todo o país durante o período pré-parto, trabalho de parto e parto. O enfermeiro é a peça chave para a prevenção da violência obstétrica, um elemento crucial nesse contexto gestacional vivido por essas pacientes, visando que o mesmo acompanha a mulher desde o pré-natal até o puerpério. Sendo assim, o enfermeiro pode minimizar essa violência que a gestante vem sofrendo, aconselhando de forma clara quais são seus direitos e que em hipótese alguma deve se omitir a alguma intercorrência.

REFERÊNCIAS

Andrade, B. P.; Aggio, C. M. Violência obstétrica: a dor que cala. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248. Universidade Estadual de Londrina, 2014.

BRANDT, Gabriela Pinheiro et al. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. 2018.

BRASIL – Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. (2010). Política 17 Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL - Ministério da Saúde. Nascer no Brasil: In: Crenças e crençices sobre as atuais intervenções durante o parto e parto no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Brasília; 2014.

Brasil – Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde de número 2815/98, de maio de 1998.

BROWSER, Diana; HILL, Kathleen. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis-USAID. 2015.

CARDOSO F. J. C. C. et al. Violência obstétrica institucional no parto: percepção dos profissionais de saúde. Revista de Enfermagem UFPE, Recife, v. 11, n. 9. p. 3346-3353, set. 2017.

COELHO, Ariane Moreira et al. Violência Obstétrica: Reflexões Sobre o Poder Simbólico dos Profissionais da Saúde Frente à Assistência no Trabalho de Parto. 2014.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: < https://brasa.org.br/declaracao-universal-dos-direitos-humanos/?gclid=Cj0KcQjw-LOEBhDCARIsABrC0Tk0TFpQngmdcMkVVoiulYiRmsz5GrFKNjxxWngHokSb-YINDcD2XZlaAsH5EALw_wcB>. Acesso em: abr. 2021.

DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. J Hum Growth Dev, v. 25, n. 3, p. 377-82, 2015.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2010.

Leal, M. C., Pereira, A. P., Domingues, R. M., Theme, M. M., Dias, M. A., Nakamura-Pereira, M et al. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cadernos de Saúde Pública, 30(Supl. 1), S17-S32.

MATOSO, L. M. L. O papel do enfermeiro frente à violência obstétrica. Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR, v. 11, n. 1, 2018. Disponível em:<<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/727/393>> Acesso em: 18 jun. 2020.

MOURA, Lucia Julieta Alcântara Seixas et al. Violência Obstétrica-Papel do Enfermeiro. In: Congresso Internacional de Enfermagem. 2017.

MOURA, R. C. M.; Pereira, T. F., Rebouças, F. J.; Costa, C. M.; Lernades, A. M. G.; Silva, L. K. A. Cuidados de Enfermagem na prevenção da violência obstétrica. Enfermagem em Foco. Brasília, v. 9, n. 4, p. 60-65, fev. 2018.

ONU. Carta das Nações Unidas. Conferência sobre Organização Internacional, 1945. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/91220-carta-das-nacoes-unidas>>. Acesso em: abr. 2021.

PEREIRA, J. S. et al. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, v. 15, p. 103-108, 2016. Disponível em :< http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf>. Acesso em: abr. 2021.

POSSATI, Andrêssa Batista et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 21, n. 4, p. 1-6, 2017.

Silva, M. G. D., Marcelino, M. C., Rodrigues, L. S. P., Toro, R. C., & Shimo, A. K. K. (2014). Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras.

Disponível em: <

http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11479/1/2014_art_mgsilva.pdf>

Acesso em: abr.

O ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DURANTE O PUERPÉRIO

Amanda Ferreira Gonçalves¹, Harlene Michelle Nascimento de Oliveira¹, Vivian Ellen Freitas Cavalcante¹, Yara Karla Santos Matias, Maycon Carvalho dos Santos² Ana Cristina Oliveira Soares²

1 - Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Faculdade Brasileira (MULTIVIX);

2 - Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Multivix Vitória

RESUMO

O puerpério, período também conhecido como pós-parto, tem início após a saída da placenta até o momento em que o organismo materno retorne para suas condições pré-gravídicas. A equipe de enfermagem desempenha um papel extremamente importante nos cuidados durante a fase do puerpério, sobretudo quando a mãe e o RN ainda estão na maternidade. Este estudo busca realizar uma pesquisa bibliográfica narrativa, com objetivo apresentar práticas de autocuidado das mulheres no período pós-parto e como o enfermeiro(a) pode ajudar nesse processo para uma boa evolução do vínculo mãe-bebê. Nota-se que os enfermeiros(as) são os profissionais os responsáveis por estar ensinando as mães os principais cuidados que serão ofertados para o RN como a amamentação, banho e vestimenta, além de educar o processo de autocuidado da própria mãe que, por vezes, pode encontrar-se desesperada frente a uma nova rotina em sua vida.

Palavras-chave: puerpério; autocuidado; enfermeiro.

INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é um momento repleto de alegria vivido pela família, sobretudo pelos pais, e toda a atenção fica destinada ao recém-nascido. Contudo, logo após o nascimento, alguns cuidados precisam ser prestados tanto para a criança, como também para a mãe, que acabou de sair de um trabalho de parto, e por vezes podem não saber como reagir e cuidar do bebê daquele ponto em diante (BRASIL, 2014).

Seja pelas novidades que permeiam a maternidade, pelo amor ao filho ou pela cobrança individual ou social que a mulher sofre, a atenção nessa fase acaba sendo majoritariamente direcionada ao bebê, restando à mãe pouco cuidado nessa fase tão delicada. Muitas são as dúvidas e inseguranças da mulher nessa fase, seja ela nulípara ou não, quanto à alimentação, higiene

própria ou do filho, amamentação, posicionamento no berço, dentre outros (DE OLVIDINDO et al., 2021).

O puerpério, período também conhecido como pós-parto, tem início após a saída da placenta até o momento em que o organismo materno retorne para suas condições pré-gravídicas. Está dividido em três momentos: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) (DE SOUZA et al., 2021). Esta fase é o momento em que ocorrem diversas modificações corporais e psicoemocionais, ou seja, a recuperação do organismo feminino, sendo caracterizado por uma profunda necessidade provinda da mãe e do recém-nascido (RN) (GOMES et al., 2017).

Infelizmente, após o nascimento da criança, muitas mães apresentam dificuldades frente aos cuidados que deverão ser prestados ao RN e também os cuidados que ela precisa ter consigo mesma, por vezes isso é visto geralmente em casos de mães de primeira viagem (DE SOUZA et al., 2021).

De acordo com Gomes et al. (2017), a equipe de enfermagem desempenha um papel extremamente importante nos cuidados durante a fase do puerpério, sobretudo quando a mãe e o RN ainda estão na maternidade, estes profissionais conseguem abordar meios que podem auxiliar na busca de um desenvolvimento sadio do binômio durante esta fase, sobretudo devido a tantas experiências e estudo na área técnica.

Neste contexto, a equipe de enfermagem precisa estar por perto durante esta fase para prestar orientações necessárias, estimular a amamentação com ensinamentos de posição e pega, cuidados com a ferida pós-operatória (em casos de cesárias), ensinar os cuidados com o cordão umbilical, cuidados domiciliares, entre outros, desempenhando sempre um papel humanizado e de tranquilidade entre o binômio, além de estimular a prática do autocuidado da puérpera (GOMES et al., 2017).

Este estudo busca realizar uma pesquisa bibliográfica narrativa, com objetivo apresentar práticas de autocuidado das mulheres no período pós-parto e como o enfermeiro(a) pode ajudar nesse processo para uma boa evolução do vínculo mãe-bebê.

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma revisão bibliográfica do tipo narrativa com caráter descritivo. As fontes bibliográficas foram pesquisadas com auxílio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e selecionadas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), cujos objetivos, repise-se, estejam relacionados diretamente ao tema deste estudo e contendo os descritores “desafios”, “pós-parto”, “puerpério” e “enfermagem”.

Quanto aos critérios de inclusão, temos:

- Literatura disponível na íntegra;
- Publicações de caráter nacional e/ou internacional;
- Publicações dos últimos 10 anos;
- Publicações que visem responder ao objetivo deste trabalho.

As demais publicações que não se enquadraram nos critérios de inclusão foram excluídas desta pesquisa.

Ao todo foram encontradas 1.154 publicações, destas foram selecionadas um total de 10 materiais após passar pelos critérios de inclusão e exclusão citados anteriormente e que, de acordo com a leitura exploratória, se enquadravam no perfil esperado para discussão desta pesquisa e resposta do objetivo central.

Já com os materiais selecionados e leitura prévia da equipe redatora, foram retiradas as informações necessárias e pertinentes de cada autor e suas ideias frente a temática trabalhada, e com essas informações foram redigidos os resultados de maneira dinâmica e prática, com auxílio de tabela, para fácil interpretação do leitor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto aos resultados, foi organizado em formato de tabela (Tabela 1) com três colunas (número, título/autor/ano e resumo) os artigos selecionados para responder a temática central sobre as dificuldades enfrentadas por mulheres no período pós-parto e como a equipe de enfermagem pode ajudar nesse processo.

Tabela 1: Resumo dos artigos selecionados para discussão desta pesquisa.

Nº	Título/Autor/Ano de publicação	Resumo
1	<p>Cuidado pós-parto as mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo.</p> <p>BARATIERI, Tatiane; NATAL, Sonia; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. 2020</p>	<p>“O estudo elaborou a teoria do programa, em que a assistência pós-parto na APS precisa idealmente ocorrer de forma integral, conforme as necessidades de saúde física, psicológica, emocional e social; considerar a individualidade das mulheres com filhos vivos ou em situações de óbito fetal/infantil; iniciar no pré-natal e ter continuidade no pós-parto, com envolvimento das famílias/companheiros (as). A teoria do programa estabeleceu a contextualização e um desenho lógico com objetivo, metas, atividades, produtos, resultados e impacto, até então não sistematicamente explicitados na literatura e documentos. Verificou-se que a assistência pós-parto é avaliável por meio de uma análise de implantação e que a teoria do programa definida pode ser utilizada por diversos atores, tanto em nível nacional quanto internacional, para implantar e/ou aprimorar a assistência integral às mulheres no pós-parto.”</p>
2	<p>Necessidades de autocuidado no período pós-parto identificadas em grupos de puérperas e acompanhantes.</p> <p>BARBOSA, Eryjosy Marculino Guerreiro et al. 2018</p>	<p>“Possibilitou-se conhecer as reais demandas das puérperas a partir da identificação de suas necessidades de autocuidado e expectativas: higiene, cuidado com os pontos, cuidados do cabelo e pele, nutrição, cuidado com as mamas, benefícios da amamentação para a mulher, retorno da atividade sexual, planejamento familiar, indicação e retorno da atividade física, perda de peso, uso de cinta, repouso, atividades do lar, comparecimento às consultas puerperais, saúde mental e apoio familiar.”</p>
3	<p>Práticas de cuidado de si: mulheres no período puerperal.</p> <p>CASTIGLION. Crislen Malavolta et al.</p>	<p>“As práticas de cuidados de si realizadas pelas mulheres durante o puerpério, concentraram-se em torno do repouso, higiene,</p>

	2016	alimentação, uso de medicamentos, atividade sexual e também a amamentação e os cuidados com a criança. Os mitos em relação ao puerpério emergiram, principalmente, nas práticas de cuidados de si desenvolvidas no âmbito familiar.”
4	A prática educativa realizada pela enfermagem no puerpério: representações sociais de puérperas. DODOU, Hilana Dayana et al. 2017	“Os conteúdos das representações acerca da prática educativa denotam que ela está associada às orientações da equipe de enfermagem, com ênfase principalmente na amamentação e alimentação da nutriz. Evidenciou-se também a carência de ações educativas acerca do autocuidado da puérpera.”
5	Percepções de profissionais frente à (in) aplicabilidade das políticas na atenção ao parto e ao nascimento. GABRIEL, Adriana Duarte et al. 2019	“O estudo demonstrou que o aprofundamento nas propostas das práticas baseadas em evidências e promoção às mudanças reais e significantes na atenção ao parto, torna-se necessárias para a eficácia no saber e fazer saúde, promovendo a integração nas ações e formação desse profissional em seu cotidiano.”
6	Proceso educativo de enfermería para promover el autocuidado de la mujer durante el puerpério. HERNÁNDEZ, Beatriz Adriana Acevedo et al. 2016	“Socialmente, o puerpério é um acontecimento cotidiano influenciado por crenças pessoais, sociais e culturais, situação que o legado sociocultural não satisfaz com cuidados genéricos influenciada pela família.”
7	Saberes e experiências de gestantes sobre autocuidado puerperal e cuidado do/a recém-nascido/a mediante práticas educativas. MOTA, Jessica Fonseca et al. 2021	“Evidenciou-se necessidade e relevância das práticas educativas desde a gestação, contudo valorizou-se o cuidado do/a recém-nascido/a em relação ao autocuidado da mulher, podendo influenciar no (auto) cuidado das envolvidas.”
8	Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera. PEREIRA, Marina Cortez; GRADIM, Clícia Valim Côrtes. 2014	“Verificou-se que a consulta de enfermagem é recebida com satisfação pelas puérperas e, quando em domicílio, agrega maior valor; que o foco é mais voltado para aos cuidados com o recém-nascido e que as enfermeiras que utilizam um roteiro assistem as puérperas de

		modo que as mesmas exerçam o autocuidado durante o puerpério.”
9	Puerpério e assistência de enfermagem: percepção das mulheres. SILVA, Elzivânia de Carvalho et al. 2017	“A partir da percepção das mulheres entrevistadas, o puerpério apresentou-se com dificuldades, principalmente relacionadas ao cuidado com o recém-nascido e ao autocuidado, e a assistência de enfermagem se limitou às orientações no momento da alta hospitalar e visitas domiciliares.”
10	Assistência de enfermagem no puerpério. GOMES, Gabriella Farias et al. 2017	“Embora o período puerperal seja de grande importância, observa-se na prática, que é pouco valorizado pelas mulheres, que após o parto mantém o olhar apenas para seu filho, não participando em geral da consulta de puerpério. É nessa consulta que as mulheres têm o acompanhamento fisiológico e psicossocial. Assim, percebe-se a necessidade de estudos que coloque o período puerperal em evidência, divulgando sua importância, despertando o interesse das mulheres e incentivando o desenvolvimento de mais trabalhos relacionados com o tema, que é pouco abordado.”

Fonte: os autores.

O puerpério pode ser caracterizado como cuidados preventivos de rotina e exames que visam identificar, manejar ou encaminhar problemas pós-natais (BARATIERI et al., 2020). Durante o puerpério, sobretudo quando a mãe e o RN ainda se encontram na maternidade, os enfermeiros (as) desenvolvem um importante trabalho de cuidado e humanização para com este binômio, são estes profissionais os responsáveis por estar ensinando as mães os principais cuidados que serão ofertados para o RN como a amamentação, banho e vestimenta, além de educar o processo de autocuidado da própria mãe que, por vezes, pode encontrar-se desesperada frente a uma nova rotina em sua vida (GOMES et al., 2017).

Nesse íterim, revela-se a importância da atenção do Enfermeiro:

O enfermeiro deve estar aberto às necessidades das puérperas para construir o conhecimento, e a sua prática educativa deve valorizar o saber social dessas mulheres, a fim de que as suas ações contribuam

para a promoção da saúde do binômio mãe-filho no puerpério (DODOU et al., 2017, p. 1326).

É importante que durante o puerpério a mulher consiga realizar a prática do autocuidado, identificando suas principais necessidades e incorporando ações que sejam idealizadas para o seu bem-estar. Castiglione et al. (2016) retrata em seu estudo sobre práticas adotadas pelas puérperas como método de cuidado de si que o descanso foi uma das formas mais proeminentes de autocuidado. Evidenciou-se que o descanso descrito pelas mulheres estava relacionado aos cuidados, como evitar afazeres domésticos, carregar peso, evitar ações que exigissem esforço muscular e deitar-se para se recuperar do parto, e além disso, também foi detectado pelo o autor a prática da higienização, mas está mais relacionada à ferida cirúrgica da cesariana e cuidados com os seios para a prática da amamentação. Contudo, outros autores mostram que a higienização e os cuidados direcionados aos pontos de cesáreas ou episiotomia (incluindo as lacerações) são pouco apontados pelas puérperas (SILVA et al., 2017).

A atividade física e a qualidade da alimentação tomam o foco quando o tema é o autocuidado, pois a saúde da mulher se reflete no recém-nascido. Há uma nítida preocupação com a alimentação saudável, com frutas, verduras, legumes e a ingestão de líquidos a fim de manter a produção de leite forte para garantir um bom desenvolvimento da criança (CASTIGLIONI et al., 2016).

Seguindo essa ideia, Barbosa et al. (2018) reporta a importância do autocuidado no puerpério para a autoestima e bem-estar da mulher, bem como para evitar prováveis transtornos psicoafetivos como depressão pós-parto e, assim, as práticas de enfermagem surgiram nesse cenário de atenção às puérperas por meio do incentivo e recomendações sobre o autocuidado puerperal.

Dodou et al. (2017) diz que o processo educativo deve perpassar todo o ciclo gravídico-puerperal para que a mãe esteja preparada para cuidar da sua saúde e do bebê desde o início da gravidez. É fundamental que os dados sejam processados de forma razoável e de acordo com a situação atual da mulher, empregando abordagens participativas que impactem no engajamento, reflexão, criticidade e empoderamento dos sujeitos.

Em relação ao modelo de educação em saúde, constatou-se que a palestra e o curso foram apontados como alguns dos métodos de ensino utilizados pela enfermagem, e, embora as puérperas tenham

relatado que aprenderam com essas modalidades, é importante que a enfermagem tenha atenção com essas práticas educativas, pois elas são relativas ao modelo tradicional de educação em saúde, caracterizado principalmente pela tentativa de mudar comportamentos. É primordial que a educação em saúde não ocorra de forma unidirecional e autoritária, com o simples repasse de informações daqueles que detêm o saber para aqueles que precisam do saber e vão passivamente aprendê-lo (DODOU et al., 2017).

Ao implementar ações educativas pautadas na singularidade, integralidade, autocuidado e empoderamento feminino, o enfermeiro, como educador, tem um dever significativo no cuidado à saúde. Deve proporcionar à gestante a capacidade de tomar suas próprias decisões e melhorar sua qualidade de vida (MOTA et al., 2021).

Ao estimular a mulher para seu autocuidado, a/o enfermeira/o contribui para sua independência quanto às demandas de saúde, estimulando-a a tornar-se corresponsável pelo próprio cuidado. Todavia, para que isso seja possível, essa/e profissional precisa exercer a escuta qualificada de maneira aberta e horizontal. É preciso propiciar um espaço de aprendizado mútuo, no qual não há verdade absoluta, mas, sim, relativa, passível de ser questionada, complementada ou superada por outros saberes (MOTA et al., 2021).

A educação em saúde realizada pelos profissionais da enfermagem valoriza a amamentação:

A orientação e o apoio à puérpera por parte da equipe de saúde são fundamentais para evitar problemas e favorecer o sucesso do processo de aleitar. São tecnologias leves, fáceis de serem executadas na prática clínica e que podem contribuir para a manutenção dessa prática. Observa-se uma ditadura do leite, com a representação de que a mãe precisa se doar e, se não amamenta, ela é menos mãe. A mulher fica à margem desse cuidado, desse aprendizado, como se, após o nascimento do filho, deixasse de existir, de ser mulher, para ser somente mãe (DODOU et al., 2017).

Referente ao meio sociofamiliar do puerpério, Acevedo-Hernández et al. (2016) indica um caminho que deve ser percorrido com cautela, existem obstáculos e perigos a serem evitados ao longo do caminho. Na prática cotidiana, o enfermeiro tem se deparado com situações em que as puérperas têm estilos de vida derivados de crenças, mitos e ritos gerados em sua cultura familiar em relação aos cuidados pessoais e higiênicos, levando ao desenvolvimento de práticas de cuidado diferentes que nem sempre favorecem medidas higiênicas e dietéticas, e criando perspectivas sobre o puerpério que repercutem na prontidão para aceitar as ações sugeridas pelo profissional de enfermagem.

Logo, importa reorientar a atitude dos profissionais de saúde com o fim de priorizar a adaptação da mulher no puerpério. Vale destacar o modelo inglês de atenção ao puerpério, no qual a busca é ativa: as enfermeiras vão ao domicílio.

Isso permite e favorece atender de forma personalizada as medidas de enfrentamento às problemáticas dentro do ambiente da mulher, minimizando as fragilidades ali identificadas (PEREIRA E GRADIM, 2014).

A mulher no período do pós-parto deve receber atenção humanizada, integral e holística e que ressalte ações para o autocuidado. Dentre essas ações, destacam-se orientações quanto à alimentação; ao sono e repouso, à observação da loquiação; ao planejamento familiar e aos cuidados com a episiorrafia ou com a incisão cirúrgica. Isso não deve ser esquecido, no sentido de prover a mulher condições para o cuidado de si e para a prevenção de eventuais complicações (PEREIRA E GRADIM, 2014).

Segundo Gabriel et al. (2019), na prática, o trabalhador da enfermagem possui diversos entraves em seu ambiente de trabalho, que são identificados nos resultados como elementos que impossibilitam uma abordagem mais humanizada, o que impacta significativamente na qualidade do tratamento ofertado para a puérpera. É fundamental que essa pessoa tenha condições de trabalho adequadas para prestar um serviço que corresponda aos padrões de atendimento dos usuários.

CONCLUSÃO

Nota-se que a participação do profissional enfermeiro (a) nos cuidados ofertados durante o puerpério são de extrema importância por parte dos autores nesta narrativa, o processo de educação em saúde que é ofertado por ele pode ser um diferencial significativo nos saberes da mulher frente ao seu autocuidado e cuidados que serão empregados com o recém-nascido, sobretudo relacionado ao processo de amamentação, principal enfoque desta fase do ciclo gravídico. Evidencia-se também que as ações em conjunto com outras mães pode ser uma estratégia assertiva para compartilhamento de ideias e dúvidas frente ao puerpério.

Assim, fica apontado que são necessárias melhorias no âmbito das maternidades, no que tange processos de recursos humanos e técnicos, para que seja aprimorada a capacidade de prestação de serviços com qualidade e humanizado por parte dos enfermeiros (as).

REFERÊNCIAS

ACEVEDO-HERNÁNDEZ, Beatriz Adriana et al. Proceso educativo de enfermería para promover el autocuidado de la mujer durante el puerpério. **Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 24, n. 3, p. 197-204, 2016.

BARATIERI, Tatiane; NATAL, Sonia; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00087319, 2020.

BARATIERI, Tatiane; NATAL, Sonia; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00087319, 2020.

BARBOSA, Eryjosy Marculino Guerreiro et al. Necessidades de autocuidado no período pós-parto identificadas em grupos de puérperas e acompanhantes. **Rev. enferm. Atenção saúde**, p. 166-179, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido. Guia Para os Profissionais da Saúde. Brasília. 2014.

CASTIGLION. Críslen Malavolta et al. Práticas de cuidado de si: mulheres no período puerperal. *Rev Enferm UFPE on line.*, Recife, 10(10):3751-9, out., 2016.

DODOU, Hilana Dayana et al. A prática educativa realizada pela enfermagem no puerpério: representações sociais de puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 1250-1258, 2017.

GABRIEL, Adriana Duarte et al. Percepções de profissionais frente à (in) aplicabilidade das políticas na atenção ao parto e ao nascimento. **Saúde Coletiva (Barueri)**, 9(50), 1774-1778.

GOMES, Gabriella Farias; DOS SANTOS, Ana Paula Vidal. Assistência de enfermagem no puerpério. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 2, p. 211-220, 2017.

MOTA, Jessica Fonseca et al. Saberes e experiências de gestantes sobre autocuidado puerperal e cuidado do/a recém-nascido/a mediante práticas educativas. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, 2021.

PEREIRA, Marina Cortez; GRADIM, Clícia Valim Côrtes. Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera. **Cienc Cuid Saúde** 2014 Jan/Mar; 13(1):35-42.

SILVA, Elzivânia de Carvalho et al. Puerpério e assistência de enfermagem: percepção das mulheres. **Rev Enferm UFPE**, Recife, 11(Supl. 7):2826-33, jul., 2017.
