

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Daniel Facciolo Pires
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva (org.)

DIÁLOGOS CIENTÍFICOS NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Coleção Ciência e Desenvolvimento

6

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



DOI

10.29327/510347



IC. Uni-FACEF

Uni-FACEF
Centro Universitário Municipal de Franca

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Daniel Facciolo Pires
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva (org.)

**DIÁLOGOS CIENTÍFICOS NA FORMAÇÃO DO
PROFISSIONAL EM SAÚDE**

ISBN: 978-85-5453-023-5

FRANCA
Uni-FACEF
2019

Corpo Diretivo

REITOR

Prof. Dr. José Alfredo de Pádua Guerra

VICE-REITOR

Prof. Dr. Alfredo José Machado Neto

PRÓ-REITORA DE ADMINISTRAÇÃO

Prof^a. Dr^a. Melissa Franchini Cavalcanti Bandos

PRÓ-REITORA ACADÊMICA

Prof^a Dr^a Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira

PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO, CULTURA E DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

Prof^a. Ma. Flávia Haddad França

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO e COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU*

Prof. Dr. Sílvio Carvalho Neto

COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

Prof. Dr. Paulo de Tarso Oliveira

COORDENADORA PEDAGÓGICA

Prof^a Dr^a Edna Maria Campanhol

COORDENADORA DE MARKETING

Prof^a Ma. Alba V. Penteado Orsolini

ASSESSOR JURÍDICO

Prof. Me. Paulo Sérgio Moreira Guedine

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Me. Cyro de Almeida Durigan

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS

Prof. Me. Orivaldo Donzelli

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

Prof^a. Ma. Ana Tereza Jacinto Teixeira

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – Publicidade e Propaganda

Prof. Ma. Fúlvia Nassif Jorge Facuri

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENFERMAGEM

Prof^a. Dr^a. Livia Maria Lopes

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA CIVIL

Prof. Me. Anderson Fabrício Mendes

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Prof^a. Ma. June Tabah

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE LETRAS

Prof^a Dr^a Ana Lúcia Furquim de Campos-Toscano

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MATEMÁTICA

Prof. Dr^a Sílvia Regina Viel

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MEDICINA

Prof^a Dr. Frederico Alonso Sabino de Freitas

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE PSICOLOGIA

Prof^a Dr^a Maria de Fátima Aveiro Colares

CHEFE DE DEPARTAMENTOS DOS CURSOS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, ENGENHARIA DE SOFTWARE e CIÊNCIA DA COMPUTAÇÃO

Prof. Dr. Daniel F. Pires

Comissão Científica

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira (Uni-FACEF)
Daniela de Figueiredo Ribeiro (Uni-FACEF)
Melissa F. Cavalcanti Bandos (Uni-FACEF)
Bárbara Fadel (Uni-FACEF)
Sílvia Regina Viel (Uni-FACEF)
Marinês Santana Justo Smith (Uni-FACEF)
Ana Lúcia Furquim Campos-Toscano (Uni-FACEF)
Daniel F. Pires (Uni-FACEF)
Sívio Carvalho Neto (Uni-FACEF)
Emerson Rasera (UFU)
Renato Garcia de Castro (UNICAMP)
Pedro Geraldo Tosi (UNESP)
Vânia de Fátima Martino (UNESP)

Comissão Organizadora

José Alfredo de Pádua Guerra
Alfredo José Machado Neto
Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Melissa Franchini Cavalcanti Bandos
Sívio Carvalho Neto
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva
Noemia Lopes Toledo
Lucas Antônio Santos
Alexandre Manoel Pereira
Édney Wésley Antunes

© 2019 dos autores
Direitos de publicação Uni-FACEF
www.unifacef.com.br

Coleção: Ciência e Desenvolvimento, v. 6.

O51d Oliveira, Sheila Fernandes Pimenta e (Orgs.)
Diálogos científicos na formação do profissional em saúde. / Sheila
Fernandes Pimenta e Oliveira; Silvia Regina Viel; Daniel Facciolo
Pires; Marinês Santana Justo Smith; Welton Roberto Silva (Orgs.). –
Franca: Uni-FACEF; 2019.
249p.; il.

ISBN Coleção 978-85-5453-017-4
ISBN Volume: 978-85-5453-023-5
DOI 10.29327/510347

1.Multidisciplinar - Fórum. 2. Iniciação Científica. 3.Pesquisa.
4.Metodologia. I.T.

CDD 610

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos de autor (lei no. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do código Penal. **Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade exclusiva de seus autores.**

Editora Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca
Associada à ABEC - Associação Brasileira de Editores Científicos

PREFÁCIO

Recebi, com alegria, o honroso convite para participar desse momento de produção acadêmica do *Centro Universitário Municipal de Franca - Uni-FACEF*.

Prefaciar esse e-book, no qual alunos de graduação das áreas da saúde divulgaram seus trabalhos, significa descortinar junto com eles o longo caminho das descobertas científicas.

Acadêmicos dos cursos de Psicologia, Enfermagem e Medicina inscritos ou não em programas de iniciação à pesquisa, mas todos proativos na tarefa de buscar respostas às questões da saúde humana, inserida no contexto regional.

Como toda boa pesquisa, os resultados nos levam a pensar sobre a realidade da saúde pública de Franca/SP, além de transitar nos temas de saúde mental, clínica geral e processos de ensino e aprendizagem.

É surpreendente constatar como importante o papel da iniciação científica no progresso individual do estudante, unindo a teoria à prática e a graduação à pós-graduação, resultando em um multiplicador da eficiência do cuidado em saúde.

O leitor encontrará, ao longo das páginas deste livro, relatos de casos e de experiências, além trabalhos de campo e revisões sistemáticas. Não vou tecer nenhum comentário individual sobre os trabalhos, para que o leitor possa, por si, ter o prazer de desvendar seus conteúdos sem qualquer ideia preconcebida e para não interferir no juízo crítico que fará.

Em suma, trata-se de conteúdo relevante, destinado aos que se interessam pela boa ciência, abrindo novas linhas de pesquisa para o ambiente acadêmico.

Prof. Dr. Frederico Alonso Sabino de Freitas
Professor e Chefe de Departamento do curso de Medicina
Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

SUMÁRIO

A CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO EXPERIÊNCIA EXITOSA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	8
A EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DE UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) POR DISCENTES DE MEDICINA, EM PACIENTE DE 19 ANOS COM OBESIDADE MÓRBIDA E TRANSTORNOS EMOCIONAIS.....	19
A IMPORTÂNCIA DA ARTICULAÇÃO DA HEMATOLOGIA COM AS DIVERSAS ÁREAS MÉDICAS OBSERVADA NA AVALIAÇÃO DE UM PACIENTE COM ANGINA ESTÁVEL NO AMBULATÓRIO ESCOLA	24
A REALIDADE DO DIAGNÓSTICO E SEGUIMENTO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE FRANCA – SP	32
ABORDAGEM A UM PACIENTE PSIQUIÁTRICO: Um relato de experiência	35
ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO NA EXPERIÊNCIA DE OBSERVADOR SOBRE O MÉTODO DE ESTHER BICK	41
ANTICOAGULAÇÃO EM PACIENTE COM FIBRILAÇÃO ATRIAL E HIPERTIREOIDISMO DESCOMPENSADO: Um relato de experiência	57
ANTICOAGULAÇÃO EM PACIENTES COM FIBRILAÇÃO ATRIAL: Um relato de experiência	66
APLICAÇÃO DO TESTE DE DENVER II POR ESTUDANTES DE MEDICINA COMO FERRAMENTA NA ARTICULAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA	74
AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE ANTICOAGULAÇÃO EM UM PACIENTE COM FIBRILAÇÃO ATRIAL: Relato de caso	82
CONSEQUÊNCIAS DA CEFALEIA PRIMÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA: Uma revisão sistemática da literatura	89
CORPO HUMANO: Uma experiência além da anatomia para estudantes de medicina e alunos de um Centro Promocional na cidade de Franca-SP.....	99
DESAFIOS DA ANTICOAGULAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM FIBRILAÇÃO ATRIAL E EPISÓDIO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO VARICOSA: Um relato de experiência.....	103
DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR: Relato de caso.....	109
DOSAGEM SÉRICA E PREVALÊNCIA DE DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D EM PACIENTES SAUDÁVEIS DE AMBULATÓRIO ESCOLA DE PEDIATRIA DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO.....	116

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE 141 PORTADORES DE NEOPLASIA CUTÂNEA MALIGNA SUBMETIDOS À CIRURGIA NO MUNICÍPIO DE FRANCA-SP.....	127
INADEQUAÇÃO DO USO DO SERVIÇO DE FONOAUDIOLOGIA DA REGIÃO SUL DO MUNICÍPIO DE FRANCA - SP: Um projeto de intervenção.....	134
LOGOTERAPIA E ADOECIMENTO: Reflexões acerca do sentido e do sofrimento da pessoa com câncer.....	141
MANEJO DA TUBERCULOSE: Desafio para os serviços de saúde.....	160
MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE: Estudo de caso no município de Franca	169
O CONTATO DO ESTUDANTE DE MEDICINA COM PACIENTE PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA: Relato de experiência.....	179
O PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO FERRAMENTA NO CUIDADO EM GERIATRIA.....	185
PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE ATENDIDOS NO MUNICÍPIO DE FRANCA – SP	195
PÓS DATISMO: Um relato de experiência.....	209
PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DE PACIENTE COM ESQUIZOFRENIA NO MUNICÍPIO DE FRANCA E ENTRAVES PARA SUA EFETIVIDADE: Relato de caso	213
RELATO DE CASO: Aneurisma sacular no segmento cavernoso da artéria carótida interna.....	222
RELATO DE CASO: Fibrilação atrial e anticoagulação oral.....	229
SANGRAMENTO PÓS-TRAUMÁTICO COM RABDOMIÓLISE E SEPSE: Um relato de caso.....	236
TRANSTORNOS NEUROPSICOLÓGICOS SOB A PERSPECTIVA DE ESTUDANTES DE MEDICINA.....	241
ÍNDICE	247

A CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO EXPERIÊNCIA EXITOSA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Ana Carolina Guerreiro Rocha
Graduanda de Medicina – Uni-FACEF
anacarolrocha@gmail.com

Bruna de Castro França
Graduanda de Medicina – Uni-FACEF
Bruninhafranca_castro@hotmail.com

Valéria Beghelli Ferreira
Medicina – Uni-FACEF
valeriaferreira@facef.br

1. INTRODUÇÃO

Com a Reforma Psiquiátrica, no final dos anos 70, a atenção que se centrava na doença, possibilitou a atuação de um modelo de atenção psicossocial com participação do paciente e sua família (CARVALHO et al, 2012.).

Se o desafio foi humanizar a atenção em saúde do SUS, foi necessário criar instrumentos que possibilitassem um novo modo de cuidar, na proposta da Política Nacional de Humanização, da Clínica Ampliada.

A Clínica Ampliada é um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes (BRASIL, 2007, p.3).

Neste contexto, a herança da Reforma Psiquiátrica, colocando o Sujeito como protagonista do seu cuidado, faz com que as equipes de saúde exercitem uma abertura para o imprevisível e novas possibilidades que essa proposta traz.

Portanto, para estabelecer o cuidado baseado na proposta da Clínica Ampliada tem-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que privilegia a articulação dos diversos recursos de intervenção e de interação entre diferentes Sujeitos, valorizando essas diferenças e lidando com conflitos, afetos e poderes como um processo de aprendizado coletivo (BRASIL, 2007).

1.1. Depressão

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), enfatiza que a depressão é a principal causa de incapacidade em todo o mundo e contribui de forma importante para a carga global de doenças. Considerada como um transtorno comum em todo o mundo: estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram

com ele. A condição é diferente, pois as mulheres são as que mais sofrem com a doença. A depressão pode se tornar uma crítica condição de saúde causando a pessoa afetada um grande sofrimento e disfunção no trabalho, na escola ou no meio familiar. Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio. Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano - sendo essa a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos (Organização Mundial de Saúde, 2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um dos desafios do campo da Saúde Mental é a depressão, que nos próximos 20 anos, sairá do quarto para o segundo lugar na lista de doenças fatais, ficará atrás apenas das doenças cardíacas. Os dados revelam que, aproximadamente, 20% da população passará por, pelo menos, um episódio de depressão ao longo da vida. Desses casos, quase a metade terá episódios repetitivos de crise e precisará de tratamento contínuo, sendo então considerada uma doença crônica (Organização Mundial de Saúde, 2001).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais da American Psychiatric Association (2014), os sintomas dos critérios para transtorno depressivo maior devem estar presentes quase todos os dias, com exceção de alteração do peso e ideação suicida. Além disso, o humor deprimido deve se apresentar na maior parte do dia e em quase todos os dias. A tristeza pode ser negada inicialmente, mas pode ser revelada por meio de entrevista ou inferida pela expressão facial e por atitudes. Insônia e fadiga frequentemente são a queixa principal do paciente e a falha em detectar sintomas depressivos associados resultará em um subdiagnóstico, elas estão presentes em uma alta proporção dos casos. Dessa maneira, conforme DSM-5 o transtorno depressivo maior é caracterizado meramente por um período de pelo menos duas semanas durante as quais há um humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades do dia a dia do indivíduo.

Ademais, para o tratamento antidepressivo, segundo Pereira (2004) deve-se levar em consideração os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do paciente. Na média, não há diferenças significativas em termos de eficácia entre os diferentes antidepressivos, porém os efeitos colaterais, preço, risco de suicídio, tolerabilidade varia bastante o que implica em diferenças na efetividade das drogas para cada paciente. Portanto, a conduta deve ser individualizada. A prescrição profilática de antidepressivos depende da intensidade e frequência dos episódios depressivos, além disso o risco de suicídio deve ser sempre avaliado. Não há antidepressivo ideal, entretanto, atualmente existe uma disponibilidade grande de drogas atuando através de diferentes mecanismos de ação o que permite que, mesmo em depressões consideradas resistentes, o tratamento possa obter êxito. Os antidepressivos produzem, em média, uma melhora dos sintomas depressivos de 60% a 70%, no prazo de um mês, enquanto a taxa de placebo é em torno de 30%.

Conforme o Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (2012), a terapêutica tem como objetivos: melhorar a qualidade de vida, diminuir a necessidade de hospitalização, minimizar o risco de suicídio e reduzir as reincidências das crises depressivas, isto é, eliminar os sintomas, recuperar a capacidade funcional e social e impedir a recorrência da doença. Se for usada farmacoterapia, os medicamentos devem ter o mínimo de efeitos adversos, para que ocorra boa adesão ao tratamento.

Comumente, contribuindo para a discussão, Pereira (2004) ressalva que os medicamentos envolvidos na terapêutica da depressão incluem os inibidores seletivos da receptação de serotonina, inibidores da MAO, antidepressivos tricíclicos, entre outros.

Os Inibidores seletivos da receptação da serotonina (ISRS) possuem melhor perfil de segurança (mesmo em casos de sobredose, possuem baixa toxicidade, além de mínimos efeitos anticolinérgicos – xerostomia, constipação, visão turva). Os mais utilizados no Brasil são: fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram e escitalopram. Pelo fato de serem mais bem tolerados e não diferirem quanto à eficácia quando comparados aos demais antidepressivos, eles constituem a primeira linha de tratamento (BRATS, 2012, p 4-5).

Ainda segundo BRATS (2012), quanto aos Inibidores da enzima monoamina oxidase (MAO) em razão de várias ações e efeitos no organismo, um dos aspectos principais para que esses fármacos sejam administrados, é que o paciente realize dieta sem alimentos que contenham tiramina como queijos, vinhos, cerveja e outros. Os IMAO são úteis em pacientes resistentes às demais terapias ou com depressões atípicas. Os principais representantes desta classe são a selegilina e a tranilcipromina (BRATS, 2012).

Em relação aos Antidepressivos Tricíclicos, o autor ressalta que os mais conhecidos são: amitriptilina, clomipramina, imipramina, maprotilina e nortriptilina. Alguns efeitos importantes e frequentes destes anticolinérgicos são: constipação, boca seca, visão turva, sedação e retenção urinária, além de levarem a um ganho de peso (devido aos efeitos anti-histamínicos), arritmias (devido ao prolongamento do intervalo QT), hipotensão ortostática (devido ao bloqueio dos receptores α 1-adrenérgicos) e alterações cognitivas. Os pacientes devem ser encorajados a continuar a terapia, de forma individualizada, porque a incidência de efeitos adversos diminui com o tempo, uma vez que ocorre a tolerância. Por isso, é importante fazer o ajuste de dose, até que se atinja o nível terapêutico.

1.2. Atenção básica de saúde e o projeto terapêutico singular

Nos últimos anos, o Brasil teve algumas alterações na constituição da política de saúde mental, que levou a uma redução dos leitos em hospitais

psiquiátricos e um grande aumento em serviços substitutivos, incluindo a participação da família e comunidades para o auxílio da manutenção para as pessoas com transtorno mental em seu contexto social. São ações que visam à qualidade de vida e autonomia das pessoas com transtorno mental e a expansão de sua rede social e de relações. O Sistema Único de Saúde (SUS), propôs estratégias que visam mudanças, procurando romper com a assistência voltada exclusivamente para a doença, o cuidado centrado na remissão dos sintomas e como a concepção sobre a periculosidade e incapacidade presumida da pessoa com transtorno mental (BRASIL, 2007; OMS, 2001; THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

No entanto, segundo Ministério da Saúde (2007a) uma prática comum nos serviços de saúde é a transformação do usuário em um recorte diagnóstico, como por exemplo o diabético, o alcoolista ou, pior ainda, o leito número tal. É importante que os trabalhadores de saúde possam enxergar e tratar o paciente de maneira holística, não apenas reconhecendo-o pela sua comorbidade. Este desafio de lidar com os usuários enquanto sujeitos buscando sua participação, adesão e autonomia no projeto terapêutico é ideal para o seguimento do tratamento. Desse modo, exceto as situações de atenção à emergência e os momentos de procedimentos em que os sujeitos estão sedados, é cada vez mais importante incluir o paciente na decisão terapêutica.

Como parte da assistência na área de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), de acordo com as normas Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), que é um centro de atendimento comunitário aberto a toda população, oferecem atendimentos diários e com equipes multidisciplinares que auxiliam às pessoas com transtornos mentais, auxiliando no seu dia a dia com acompanhamento clínico exercício dos direitos civis, fortalecimento de laços familiares e comunitários e além de todos os benefícios que a equipe proporciona a seus usuários e as famílias, também desenvolve atividades dentro e fora de seu espaço físico

Profissionais da Atenção Básica muitas vezes precisam lidar com situações de adoecimento no seu dia a dia, por isso a importância de um atendimento integral e realização de atividades preventivas, mantendo os serviços assistenciais. Como parte dessa abordagem, a atenção à saúde mental passou a pôr em prática as transformações propostas pelos ideais da Reforma Psiquiátrica, que ocorreu no final dos anos 70. Ações voltadas para a saúde mental do brasileiro estão sendo cada vez mais realizadas pela Atenção Primária à Saúde, visto que a prevalência de transtornos mentais, neurológicos e por abuso de drogas é alta, além de contribuírem para a morbidade e mortalidade prematura (HORI, NASCIMENTO 2013).

Com a Reforma Psiquiátrica, a atenção que se centrava na doença, possibilitou a atuação de um modelo de atenção psicossocial com a participação do paciente e sua família na escolha do seu tratamento (Carvalho et al, 2012.).

Para tanto o Projeto Terapêutico Singular (PTS) veio com a proposta de fortalecer este novo paradigma de se pensar o cuidado em saúde mental possibilitando às equipes concretizarem este novo modelo de atenção em saúde.

O PTS é uma ferramenta de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe interdisciplinar e usuário considerando a singularidade do sujeito e a complexidade de cada caso, além disso ele possibilita a reinserção social e a construção da autonomia do paciente, tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o sujeito com transtorno mental, contando com os recursos da equipe, do território, família e do próprio indivíduo, envolvendo uma pactuação entre eles. Ademais, o PTS considera a história e as principais necessidades do paciente para a elaboração de um projeto que acontece por meio da atuação do profissional, do paciente e da família, sendo que ele com toda a equipe da Unidade Básica de Saúde, discute e estuda o caso para atualização das metas (BARROS, 2010, p.34).

De acordo com Oliveira (2007), a construção do PTS envolve o diagnóstico/hipótese diagnóstica do paciente, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. Esse Projeto tem sido utilizado na área de saúde mental, por meio de intervenção longitudinal na vida do indivíduo, a fim de ajudá-lo a restabelecer suas relações sociais e afetivas, baseado na problematização das situações de vulnerabilidade que este apresenta.

A elaboração do PTS acontece em encontros, normalmente, visitas domiciliares e inicialmente deve-se identificar as vulnerabilidades e potencialidades; as pessoas e outros setores que podem contribuir com as metas definidas, as redes de apoio familiar e da comunidade e os aspectos orgânicos, psíquicos e sociais. Após essa ação, deve-se traçar metas de curto, médio e longo prazo além de negociar com a pessoa envolvida e com as quais ela possui vínculo. Na divisão das responsabilidades, há um profissional de referência para acompanhar o andamento das ações que procura estabelecer a participação dos familiares e comunidade que deve ajudar na definição do papel de cada profissional dentro desse projeto. Na reavaliação, identifica-se os resultados alcançados, avalia-se as estratégias utilizadas e há a definição dos novos rumos do projeto (OLIVEIRA 2007, p.97).

Dessa maneira, os principais pontos para discussão do PTS deverão ser a identificação completa do paciente, seu arranjo familiar, suas ações clínicas já realizadas, avaliação das vulnerabilidades, a pactuação dos objetivos e metas, envolvendo a pessoa, família, profissionais e UBS, as propostas de intervenção com cronograma de responsáveis, a definição do profissional de referência do caso e a periodicidade para reavaliação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

2. OBJETIVO GERAL

O trabalho teve por objetivo experienciar e demonstrar a importância da construção do PTS entre estudantes de medicina e profissionais de saúde para o fortalecimento do cuidado a pessoa com transtorno mental, visando a melhora na sua qualidade de vida.

3. METODOLOGIA

A experiência aconteceu durante o ano de 2018, com encontros semanais entre estudantes do 5º semestre de Medicina (Uni-FACEF), equipe de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família e uma paciente de 44 anos, diagnosticada com Depressão, que possuía ideais suicidas e que estava apenas em tratamento farmacológico.

A paciente foi indicada para acompanhamento dos estudantes, pela equipe da unidade, por se tratar de um caso complexo e de difícil manejo.

Inicialmente foram realizadas visitas domiciliares à mesma, pelos estudantes acompanhados do agente comunitário de saúde da sua área de abrangência para o conhecimento dos aspectos biopsicossociais na perspectiva da pessoa. Para esta identificação foram utilizados instrumentos de compreensão de processos familiares, como os elementos do território relevantes identificados por meio do Ecomapa (ANEXO A) e o arranjo familiar por representação gráfica, conforme o Genograma (ANEXO B)

Após as visitas domiciliares e a identificação dos elementos necessários da paciente, o caso foi discutido entre a equipe de saúde e os estudantes e construído o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Com o PTS desenhado, foi marcada uma reunião entre a paciente, familiares, estudantes e equipe de saúde para apresentação e discussão do mesmo, levando-se em conta o protagonismo da pessoa e buscando sempre sua autonomia.

Implantado o PTS, os estudantes conseguiram acompanhar a paciente durante alguns meses e reavaliar algumas metas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De posse das informações dos aspectos biopsicossociais e por meio dos instrumentos compreensão de processos familiares, foi possível construir um plano de cuidados baseando-se nas fragilidades e necessidades identificadas, tais como: tabagismo, ansiedade, depressão, desemprego, dificuldades financeiras, sedentarismo, relações familiares e conjugais comprometidas, dependência e negatividade em sair de casa, possibilidade de intoxicação medicamentosa e baixa autoestima.

O Projeto Terapêutico Singular foi discutido com a equipe de saúde e em seguida, iniciou-se estabelecendo algumas metas compartilhadas e pactuadas com a paciente e familiares. Dentre as metas, algumas estabelecidas para curto prazo incluía caminhadas curtas entre a residência e UBS para iniciar o processo psicoterápico. Com a participação da profissional de psicologia da Unidade de Saúde, a paciente recebeu toda a explicação da importância da psicoterapia e conseguiu discutir com os estudantes sobre suas dificuldades em iniciar este processo. Depois de ampla reflexão com a equipe, demonstrou que sentia um apoio e que com isso iria tentar cumprir esta meta.

Em relação a meta de médio prazo, esta envolvia estratégias de obtenção de renda, a partir de algumas ideias dos estudantes, a paciente foi incentivada a vender roupas usadas acumuladas durante sua vida.

Já as metas de longo prazo objetivaram uma redução gradativa do uso excessivo de tabaco e medicação antidepressiva, tais como Fluoxetina, Clonazepam e Amitriptilina, além dos relaxantes musculares e analgésicos, em uso contínuo e, algumas vezes, em uso abusivo pela paciente. Também foram pactuadas as divisões de responsabilidades com a equipe da Unidade de Saúde quanto ao cuidado, acompanhamento e reavaliação do caso.

Com o PTS, a paciente iniciou seu processo psicoterápico na UBS e, com incentivo dos estudantes, conseguiu organizar um comércio na garagem de sua casa, obtendo algum rendimento e maior suporte dos familiares. Potencializando sua autoestima, tendo mais segurança, conseguindo cumprir as metas pactuadas e com o acúmulo da renda, a paciente alugou um cômodo maior, vizinho a sua casa e inaugurou o seu “Brechó” de roupas usadas, que além de vender suas antigas peças do guarda-roupa, recebia doações de outras pessoas próximas a sua residência e/ou de sua rede familiar e social.

A evolução deste caso deixou todos, estudantes e equipe emocionados. Nas reavaliações, apesar das recaídas, a paciente conseguiu manter o brechó e aproximou os familiares, qualificando suas relações afetivas, importante para qualidade de vida. As visitas domiciliares por parte dos estudantes ocorreram por um ano, porém o acompanhamento ainda é realizado pelos agentes comunitários, psicóloga e assistente social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão é uma das principais questões de saúde pública no Brasil e no mundo com projeções de aumentar o número de pessoas cometidas com a doença, ser a segunda maior causa de incapacidade. Portanto, a área de saúde mental deve ser mais valorizada, principalmente nas ações de saúde da Atenção

Básica, visando a integralidade, a intersetorialidade, compartilhado saberes e estabelecendo o cuidado de maneira holística e centrado na pessoa.

Para tanto, construir um plano terapêutico que inclua os profissionais de saúde e o próprio sujeito, a fim de trabalhar o vínculo, autonomia do sujeito, corresponsabilidade e redução de danos é fundamental para exercer o cuidado respeitando os princípios do SUS e, principalmente, efetivando a melhoria da qualidade de vida do paciente depressivo.

Desse modo, foi possível reconhecer a importância de um Projeto Terapêutico Singular como instrumento potente da Unidade Básica de Saúde para disparar mudança nas práticas de saúde.

Participar da construção desta ferramenta traz ao estudante de medicina potencializar sua prática centrada na pessoa, família e comunidade. Além disso, o trabalho em equipe contribui para o compartilhamento de percepções e reflexões entre os profissionais de diferentes áreas do conhecimento em busca da compreensão da situação ou problema em questão.

Além disso, a identificação e demonstração de sua grande contribuição no processo de aprendizado em saúde mental e possibilitou ao estudante de medicina identificar a eficácia e a importância do cuidado que leva em consideração as singularidades dos sujeitos, o trabalho de equipe, abrindo um campo de possibilidades da integração ensino-serviço, demonstrado pela paciente por meio da assertiva: “*tudo mudou na minha vida depois daquela primeira visita!*”!

REFERÊNCIAS

BARROS, Juliana de Oliveira. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidados**. 2010. Dissertação (Mestrado em Movimento, Postura e Ação Humana) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. doi: 10.11606/D.5.2010.tde-21092010-093913. acesso em 2019-05-22

Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS). **Antidepressivos no Transtorno Depressivo Maior em Adultos**. Ano VI nº 18 | Março de 2012. ISSN 1983-7003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de SM. **Saúde no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde/ DAPE. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção**. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

Carvalho, Laura Graças P; Moreira, Mayrene Dias S; Rézio, Larissa A; Texeira, Neuma Zamariano F. **A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações** / São Paulo, SP, 2012.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

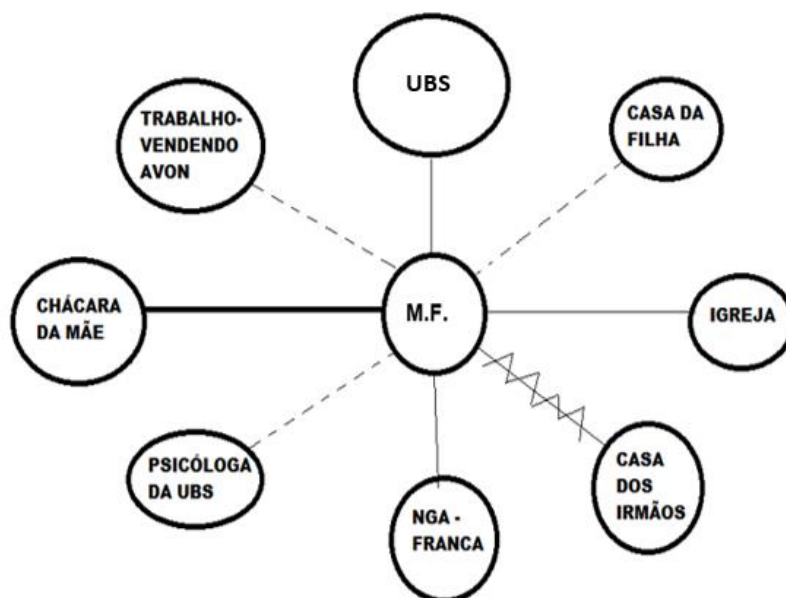
Oliveira, Gustavo Nunes de. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde** / Campinas, SP: [s.n.], 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental, nova concepção nova esperança. Genebra: Gráfica Brasil, 2001.

Pereira, Maria Lúcia Orlandi Martins. **Tratamento da distímia: uma análise econômica de medicamentos antidepressivos** / Maria Lucia Orlandi Martins Pereira. São Paulo, 2004. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo. Departamento de Farmácia. Orientador: Zanini, Antonio Carlos.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **Boas práticas em saúde mental comunitária**. Barueri (SP): Manole, 2010.

ANEXO A



LEGENDA:

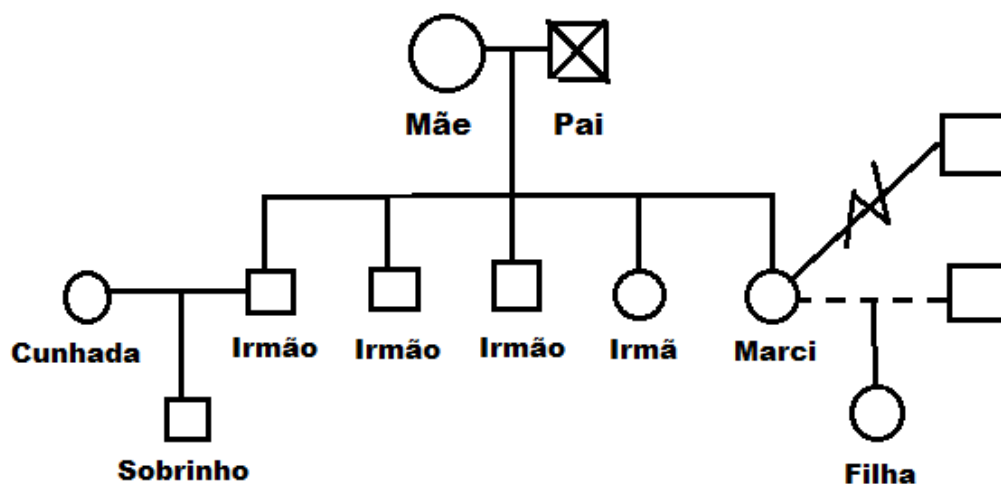
Ligação tênue/incerta = Linha Pontilhada

Ligação fraca = Linha mais fina

Ligação forte = Linha mais escura

Ligação Estressante = Linhas em ziguezague

ANEXO B



Legenda:

Quadrado: sexo masculino

Círculo: sexo feminino

Quadrado com corte em x: individuo do sexo masculino falecido

Linha cheia: relação normal

Linha tracejada: relação deficitária

A EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DE UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) POR DISCENTES DE MEDICINA, EM PACIENTE DE 19 ANOS COM OBESIDADE MÓRBIDA E TRANSTORNOS EMOCIONAIS

Laiane de Oliveira Almeida
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF
laianeolmeida@gmail.com

Márcio Andraus Silva Araújo
Graduando em Medicina - Uni-FACEF
marcioandraus1@gmail.com

Sofia Bataglini Aiello
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF
sofis.aiello@gmail.com

Renata David
Docente - Uni-FACEF
renatadavid@facef.br

1. INTRODUÇÃO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) faz parte da gestão do cuidado e é instituído no processo de trabalho em saúde entre as equipes que atuam na atenção primária. Trata-se de uma ferramenta de interação entre os profissionais envolvidos, o que permite tanto o compartilhamento dos levantamentos sobre o caso em questão, quanto o acompanhamento longitudinal do paciente e da atuação de cada especialista atuante. A construção de um PTS implica no trabalho em equipe, entre os funcionários da unidade básica de saúde e junto ao usuário, com o objetivo de identificar as principais queixas e dificuldades do paciente e conceber os recursos comunitários necessários para contribuir para a evolução do caso. Desenvolver esse instrumento também exige uma maior atenção com a forma como o diálogo está sendo feito, tendo em vista que a comunicação, seja ela verbal ou não verbal, impacta diretamente o comportamento e o estado humano. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2012)

O PTS foi assumido como um instrumental que deve objetivar, além de ações curativas às doenças, ações de promoção de saúde. Nesta perspectiva, a Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011 orienta que haja uma relação mais forte entre as Equipes de Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esse envolvimento interdisciplinar deve visar à ampliação da resolubilidade por meio da maior abrangência não só da comunidade em si, mas na atenção individualizada do usuário. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2012)

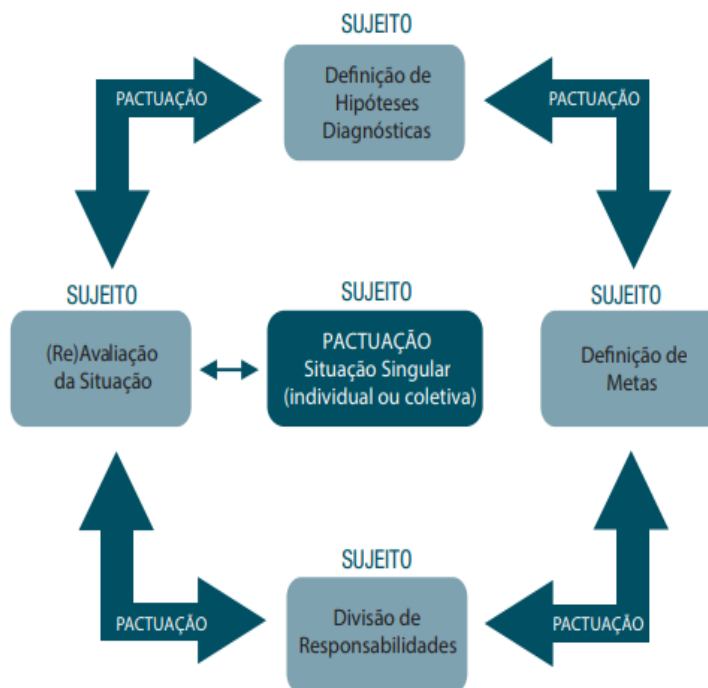
Ademais, vale ressaltar a importância do próprio usuário nesse processo, considerando que o levantamento dos dados clínicos e de hábitos de vida depende somente dele, além do fato de que as metas e o seguimento em relação à terapêutica, deve ter a colaboração do mesmo para que a resolubilidade do caso seja alcançada. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2012) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

O desenvolvimento do PTS contribui para a realização da clínica ampliada e permite um olhar multidimensional desenvolvido pelos profissionais de saúde, evitando assim o encaminhamento para outros níveis de atenção à saúde desnecessariamente, tem em vista que grande parte dos casos tem resolubilidade na atenção primária, portanto é preciso que se esgotem as alternativas terapêuticas na área de menor complexidade. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2012)

No que diz respeito ao profissional da Equipe de Saúde da Família (ESF), cabe a intervenção direta, contanto com o auxílio de outros funcionários da unidade. E, nesse compartilhamento de tarefas e informações, deve haver as orientações necessárias para o desenvolvimento do PTS, ou seja, a equipe deve expor saberes específicos que possam contribuir para a resolução do caso, além da identificação e do acordo entre os envolvidos sobre as principais necessidades, para posteriormente ocorrer a devida intervenção interdisciplinar totalmente direcionada e adaptada de forma individualizada ao paciente. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2012)

Para que o PTS seja realizado de maneira efetiva, visitas domiciliares são necessárias para que essa avaliação longitudinal seja conclusiva. A visita domiciliar é uma forma diferente de cuidado, pois a relação profissional paciente é mais próxima e muitas informações podem ser obtidas através da observação do domicílio do indivíduo, tanto em relação à estrutura quanto o contexto familiar, que contribui para traçar uma conduta e elaborar orientações que possam auxiliar a resolução do caso. Além disso, é o artifício mais utilizado pelas unidades básicas que possuem uma estratégia de saúde da família, pois além de conseguir informações complementares às coletadas na unidade de saúde, consegue abranger os aspectos emocionais, portanto tem um acolhimento mais humanizado, construindo laços de confiança, assim podendo facilitar, inclusive, a adesão do paciente às orientações dadas. (ANDRADE, NERY GUIMARÃES, et al., 2014).

Figura 1: Metodologia de Reavaliação do Processo de Trabalho em Saúde no PTS



2. DESENVOLVIMENTO DO PTS E DAS VISITAS DOMICILIARES

O PTS foi desenvolvido pelos discentes do Curso de Medicina do Centro Universitário Municipal de Franca - Uni-FACEF durante a realização da disciplina de Interação em Saúde na Comunidade (IESC), em conjunto com o médico e os agentes comunitários da ESF. O caso foi apresentado como sendo de grande complexidade devido à condição física (IMC maior do que 40, ou seja, obesidade grau 3) e emocional em que a paciente se encontrava. O médico da unidade informou que a paciente apresentava um quadro de ansiedade generalizada associada a depressão, o que levava a um estado de compulsão alimentar aliada à aceitação da família em atender todos os desejos alimentares e tratar como normal a condição dela. Além disso, relatou ter prescrito colchicina para ela e que não obteve mais contato após essa consulta.

Durante a construção do PTS foram feitas visitas domiciliares uma vez por semana durante 4 semanas, acompanhados da agente comunitária de saúde (ACS), que apresentou e criou a ponte de vínculo entre os estudantes e a paciente. A primeira ida a casa da paciente teve como objetivo conhecê-la e procurar entender todos os aspectos que envolvem seu contexto, desde o ambiental e familiar, até questões emocionais e psíquicas. Nesse momento, foi possível compreender que ela possuía o desejo de emagrecer, porém não tinha perspectiva e comportamentos negativos, pois era sedentária e não regrava os alimentos ingeridos. Foi notado que toda a família possuía uma alimentação inadequada e que todos os desejos alimentares da paciente eram satisfeitos pelo seu grupo familiar.

Na segunda visita, os estudantes foram acompanhados por um psiquiatra, professor na Interação em Saúde na Comunidade (IESC), que os ajudou a abordar e entender a condição clínica em que a paciente se encontrava. Ele observou que a ela possuía labilidade emocional comum no quadro depressivo, tinha medo de sair de casa sozinha, pois ficava muito nervosa e constrangida, e que a compulsão alimentar se apresentava como uma válvula de escape neuroendócrina, ou seja, a medida que a paciente se sentia mais debilitada emocionalmente ela se alimentava em excesso e com ausência de valor nutricional. Além disso, fez ajustes na medicação prescrita previamente, orientou quanto a busca de psicoterapia e salientou a importância da condição de saúde mental no processo de perda de peso, uma vez que a paciente se apresentava em uma condição física em que ela não conseguia se olhar no espelho sem se sentir mal e questionar sua existência.

A terceira visita, teve como objetivo observar a adaptação à medicação anteriormente prescrita e sua efetividade. Nesse momento foi notável a melhora emocional, no que diz respeito ao otimismo em relação ao próprio quadro, pois relatava estar mais feliz e disposta, fazendo planos para emagrecer e pensando em voltar a estudar e realizar exames seletivos para ingressar em alguma faculdade. Para aproveitar esse momento de evolução, foi proposto que ela diariamente visse vídeos de coreografias na internet, tendo em vista que ela sempre gostou de dançar, assim o sedentarismo seria abandonado gradativamente, e foi elaborada uma atividade em que ela escrevesse em uma folha seus sonhos e como faria para atingi-los. Ela apontou o desejo de emagrecer e de voltar a estudar. Para que sempre fossem lembrados, foi proposto que a “folha de sonhos” fosse deixada na região de maior vulnerabilidade da casa, na porta da geladeira, onde todas as vezes que sentisse a compulsão de se alimentar, se lembrasse dos sonhos e das metas que eram necessárias alcançar. Porém, foi observado ao fundo da cozinha, algumas embalagens de pizza e lanches, o que fez perceber que ela ainda continuava se alimentando de forma inadequada mesmo após as condutas orientadas nas primeiras visitas. Assim, foi reforçado que era preciso tomar uma posição ativa no processo de emagrecimento, e que ela seria acompanhada pela equipe de saúde, que iria auxiliar e orientar quando necessário.

Na quarta visita, ela relatou que já não se sentia mais como relatado anteriormente e que achava que a medicação havia parado de ser efetiva. Referia que se sentia triste com frequência e que continuava a se alimentar de forma compulsiva. A mãe da paciente alegou que a filha havia passado por um episódio de tentativa de abuso do ex-namorado e que devido a isso ela regrediu em relação aos sentimentos anteriores à medicação. Relatou também que ela sempre apresentou comportamentos para chamar a atenção, uma vez que possuía características manipuladoras para conseguir essa atenção, e obter benefícios na sua compulsão alimentar, utilizando a própria condição física para sensibilizar os familiares. A mãe da paciente chegou a relatar, em uma reunião junto aos agentes comunitários da ESF City Petrópolis, que em certas ocasiões a filha quase provocou a demissão de

um professor na escola, devido a comportamentos manipuladores, além de outros fatos como ligar para a avó ou procurar vizinhos, dizendo que estava passando fome na casa da mãe, conseguindo, dessa forma, satisfazer sua compulsão alimentar desde muito cedo.

Entre as visitas realizadas, a ACS a visitava com frequência e depois informava sobre a condição da paciente, sempre avaliando a efetividade do PTS e quais medidas poderiam ser tomadas em detrimento de algumas intercorrências.

Após o fim das visitas domiciliares e o PTS, os estudantes não tiveram mais contato com a paciente, porém de acordo com os agentes comunitários da ESF, ela foi encaminhada para o CAPS III, foi implantado cidade de Franca em dezembro de 2018. Portanto, a partir desse momento ela foi acompanhada com psiquiatra e psicólogo, o que diminuiu o processo de medo e reclusão, mesmo tendo mantido o aumento de peso.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização do PTS, pode-se entender como as ferramentas da atenção básica que são propostas na instituição de ensino e nos livros, difere da prática, uma vez que cada paciente tem sua individualidade psicológica e física. Uma conduta pode não ser efetiva para todas as pessoas e, muitas vezes, o mecanismo da patologia em que o indivíduo doente se encontra está intimamente relacionado com questões de ordem emocional, o que altera a resposta diante da conduta realizada.

Concluimos que mesmo não seguindo a paciente até a conclusão do PTS, esta ficou sob a responsabilidade da agente comunitária de saúde que acompanhou as visitas e promoveu o vínculo entre a paciente e a ESF; o PTS mudou positivamente a perspectiva dela acerca da sua condição e promoveu uma conscientização sobre a responsabilidade tanto da própria paciente quanto da família no que tange aos seus aspectos físicos e emocionais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. M. et al. **Visita domiciliar**: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias, Brasília, março 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Melhor em casa. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, v. 2, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Projeto Terapêutico Singular**. UNA-SUS, Florianópolis, v. III, p. 11-17, 2012.

A IMPORTÂNCIA DA ARTICULAÇÃO DA HEMATOLOGIA COM AS DIVERSAS ÁREAS MÉDICAS OBSERVADA NA AVALIAÇÃO DE UM PACIENTE COM ANGINA ESTÁVEL NO AMBULATÓRIO ESCOLA

Bruna Pento Rosine
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
bruninha_rosine@hotmail.com

Laiane de Oliveira Almeida
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
laianeoalmeida@gmail.com

Patrícia Assunção Santos
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
patriciaasantosm@gmail.com

Sofia Bataglini Aiello
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
sofia.aiello@outlook.com

Renata David
Docente – Uni-FACEF
renatadavid@facef.br

1. Introdução

A angina é uma síndrome coronariana, aguda ou crônica, caracterizada por desconforto torácico, na mandíbula, ombro, costas ou braço. Ela resulta do desequilíbrio entre oferta e consumo de oxigênio (O₂) pelo músculo cardíaco por diminuição do fluxo sanguíneo nesta área devido a oclusões hemodinamicamente significativas. Usualmente, acontece em pacientes portadores de doença aterosclerótica, mas pode surgir em doença cardíaca valvar, cardiomiopatia hipertrófica, hipertensão não controlada, entre outras causas (Figura 1). (CESAR, L.A.M. et al, 2014) (CESAR, L.A.M. et al., 2017).

Figura 1: Classificação clínica da dor torácica
Classificação clínica da dor torácica

	Desconforto ou dor retroesternal
Angina típica (definitiva)	Desencadeada pelo exercício ou estresse emocional Aliviada com o repouso ou uso de nitroglicerina
Angina atípica (provável)	Presença de somente dois dos fatores acima
Dor torácica não cardíaca	Presença de somente um ou nenhum dos fatores acima

Fonte: CESAR et al (2014).

A forma crônica (“angina estável”) cursa com isquemia somente em face de um aumento na demanda miocárdica, em que a reserva coronariana (arteríolas capazes de dilatar conforme a necessidade de aporte de oxigênio) sendo utilizada em estado de repouso, não possui quantidade residual de arteríolas para suprir nas situações de estresses. Dessa forma, as células cardíacas (cardiomiócitos) desenvolvem alterações que irão prejudicar as funções mecânicas (hipocinesia, acinesia e discinesia cursando com disfunção diastólica e/ou sistólica) e elétricas do coração (por exemplo, mudanças na repolarização ventricular e desnivelamento do segmento ST). (CESAR, L.A.M. et al, 2014) (GUYTON, A.C.; HALL J.E., 2011, p.107-120)

Como o desfecho da doença cardiovascular é desfavorável, tendo uma alta morbimortalidade, ela permanece como uma das principais doenças do século XXI. Vale lembrar que no Brasil, os dados do DATASUS de 2004 mostram que houve perto de 140.000 óbitos por doença aterosclerótica coronariana (DAC) no país, o que permite inferir que aconteceu pelo menos 250.000 infartos no ano, correspondendo perto de 30% das causas de morte. Considerando as proporções com outros países, há pelo menos 1,5 milhão de pacientes com angina e, no mínimo, 50.000 novos casos ao ano. À vista disso, é necessário o reconhecimento precoce dos adultos com risco elevado e também dos sintomas mais comuns para sua identificação. Diante do paciente “típico” (homem com mais de 50 anos ou mulheres com mais de 60 anos) com a queixa “típica” (desconforto ou dor retroesternal, desencadeada pelo exercício ou estresse emocional e aliviada com o repouso ou uso de nitroglicerina) o diagnóstico clínico deve ser de doença coronariana até prova em contrário. (CESAR, L.A.M. et al, 2014) (CESAR, L.A.M. et al., 2017)

O diagnóstico definitivo baseia-se em uma anamnese bem explorada, exame físico completo, eletrocardiograma de repouso, testes provocativos (coração é forçado a aumentar sua demanda metabólica) e exames laboratoriais para estratificação e acompanhamento do paciente. De certo, o padrão-ouro para confirmação diagnóstica é a coronariografia, que evidencia obstrução de uma ou mais artérias epicárdicas, com, no mínimo, 70% de estenose e/ou tronco da coronária esquerda com, no mínimo, 50%. Entretanto, ela não está indicada para todos os pacientes, ela possui recomendações específicas para ser solicitada (Figura 2). (CESAR, L.A.M. et al, 2014) (CESAR, L.A.M. et al., 2017).

O planejamento terapêutico tem que sempre respeitar as características individuais do paciente, levando-se em conta comorbidades, fatores de risco, graus dos sintomas, prevenção de eventos futuros e complicações. Para tal, deve-se basear em cinco aspectos fundamentais: tratamento de doenças associadas que possam precipitar ou piorar a angina, controle dos fatores de risco, medidas não-farmacológicas, sobretudo mudança no estilo de vida, terapia medicamentosa e revascularização miocárdica, quando indicada, seja por técnica percutânea ou cirúrgica. ~~No entanto, a doença não se restringe apenas a uma área~~

médica, sendo necessária a correlação das mesmas, a fim de proporcionar uma atuação ambulatorial e hospitalar ampla e eficiente. Nas diretrizes curriculares nacionais para os cursos da saúde, a interdisciplinaridade é fundamental para a abordagem integral do processo saúde-doença, permitindo a integração de disciplinas, de áreas de conhecimentos ou de profissionais. A hematologia é fundamental para essa contextualização, pois apresenta relações diretas e indiretas com diversos meios e patologias, além de ser primordial para uma conduta médica segura. (CESAR, L.A.M. et al., 2017) (GARCIA, M.A.A. et al., 2007, p. 147-155) (SCHERER, M.D.A. et al, 2013)

Figura 2: Situações clínicas especiais indicativas para estudo cinecoronariográfico

Desconforto torácico sugestivo de angina e com teste de esforço não-diagnóstico ou negativo
Hospitalizações repetidas com suspeita de infarto não confirmado por exames habituais
Profissões de risco com sintomas questionáveis, porém com testes suspeitos ou positivos
Estenose aórtica ou cardiomiopatia hipertrófica cuja dor torácica pode ser originada por DAC
Candidatos à cirurgia valvar. Masculino > 45 e feminino > 55 anos, com ou sem evidências de DAC
Portadores de insuficiência cardíaca e/ou arritmia ventricular com teste de isquemia positivo
Suspeita de espasmo coronariano ou outras causas não ateroscleróticas de isquemia miocárdica. Ex: doença de Kawasaki, anomalias ou afilamentos das artérias coronárias

Fonte: CESAR et al (2014).

A interdisciplinaridade permite analisar problemas não elucidados por uma área, por meio do diálogo entre elas e pelos profissionais que nelas atuam, podendo funcionar como dispositivo que faz avançar relações e aprimorar conhecimentos. Origina-se no trabalho em equipe, sendo necessário cada profissional se familiarizar com as outras especialidades, uma vez que requer humildade e disponibilidade, num momento crítico em que deva existir a conciliação e convergência para o melhor desfecho. A saúde apresenta-se como campo interdisciplinar com alta complexidade, pois exige sabedoria e prática de distintas áreas: ambientais, clínicas, epidemiológicas, comportamentais, sociais e culturais, o que implica uma consciência dos limites e das potencialidades de cada campo, podendo ser uma possibilidade de quebrar a rigidez dos compartimentos em que se encontram isoladas as disciplinas nos currículos. (GARCIA, et al., 2007, p. 147-155).

"Cada um descreve suas competências e, a partir de todas as descrições dos membros de uma comunidade, o programa faz uma árvore de todas as competências do grupo. É uma árvore que brota a partir das autodescrições dos indivíduos e não a partir de uma organização a priori do saber. (...) se

transforma o tempo todo e cada pessoa tem uma certa distribuição na árvore. Alguns estão um pouco no tronco, um pouco neste galho; outros estão em três galhos diferentes; outros estão todos concentrados... " (LÉVY, P. 1999; p.154).

2. OBJETIVO

O objetivo desse trabalho é demonstrar a relevância da interdisciplinaridade entre as diversas áreas médicas, respeitando as peculiaridades e influências de cada uma na evolução do paciente, além de consolidar o conhecimento sobre angina estável, tendo em vista sua alta incidência e prevalência nos ambulatórios e pronto atendimentos

3. METODOLOGIA

O trabalho apresentado se desenvolveu no decorrer da 7ª etapa da unidade curricular Interação em Saúde na Comunidade (IESC), do Curso de Medicina do Centro Universitário Municipal de Franca - Uni-FACEF, módulo de Hematologia. A atividade baseou-se em atendimento no Ambulatório Escola, de um paciente portador de angina estável, dislipidemia e hipertensão arterial controlada, sem outras comorbidades, estando o mesmo, prestes a realizar um procedimento para revascularização do miocárdio após ter uma coronariografia compatível com confirmação diagnóstica de obstrução arterial coronariana. Foram colhidos dados através do prontuário e da consulta médica (anamnese e exame físico). Diante disso, sua passagem pelo hematologista foi necessária, para analisar as particularidades e condições para o manejo cirúrgico seguro. Após avaliação, o paciente recebeu o aval para seguimento do processo, pois não apresentou condições desfavoráveis. A única orientação fornecida, foi a respeito das medicações, sendo solicitada a suspensão do uso do ácido acetilsalicílico (AAS) perante os riscos de sangramento intraoperatório. (RANG, H.P. et al., 2012)

4. DISCUSSÃO

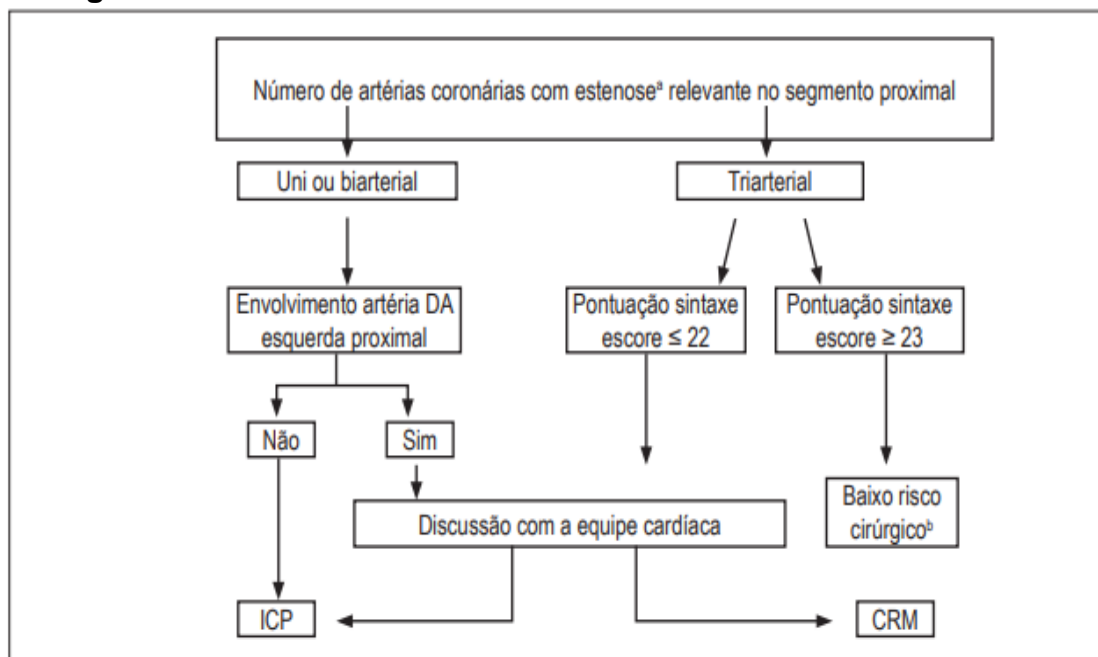
O atendimento no Ambulatório Escola do Centro Universitário Municipal de Franca - Uni-FACEF, foi fundamental para aprimorar nossa bagagem acadêmica, uma vez que permitiu aflorar o conhecimento sobre angina estável, ou seja, suas causas, fatores de risco, principais sintomas/sinais e avaliação médica, e, da mesma forma, ter a consciência sobre as peculiaridades e relevâncias para o tratamento biopsicossocial dos pacientes. Ele demonstrou as consequências da evolução de um quadro que deve ser abordado com muita cautela, tendo um amparo não só cardiovascular, como das outras áreas médicas, dentre elas a hematológica, pois dessa forma é possível visualizar o paciente por inteiro e não apenas sua comorbidade, permitindo agir tanto nas causas que progrediram para a angina,

quanto no próprio quadro clínico. Neste contexto, a articulação profissional de especialistas permite uma avaliação médica segura e eficaz.

Tal relação é notada no referido atendimento, visto que o paciente carecia de uma autorização da hematologia para prosseguir com o procedimento de revascularização do miocárdio, uma vez que possuía obstrução triarteriais (estenose > 70% e calcificação de tronco de coronária esquerda) e bloqueio completo de ramo esquerdo (ventrículo esquerdo com hipocinesia moderada a importante, e difusa de suas paredes com moderado aumento de seus volumes). Para tal efeito, foi necessária a suspensão do uso do ácido acetilsalicílico por sete dias antes da cirurgia, pois haveria um aumento do risco de sangramento durante o procedimento; esse medicamento inibe de forma irreversível a atividade das isoenzimas cicloxigenase – COX 1 e COX 2, bloqueando a produção de tromboxane A2 (TXA2), um potente agregante plaquetário e vasoconstritor importante para a hemostasia do corpo humano. É importante ressaltar que após a administração do medicamento, a síntese de TXA2 não se recupera até que o conjunto de plaquetas afetadas seja repostas, em sete a dez dias. (CESAR, L.A.M. et al, 2014) (CESAR, L.A.M. et al., 2017) (RANG, H.P. et al., 2012)

Logo, a visão ampliada do profissional perante as comorbidades do paciente e a conduta de encaminhá-lo para o ambulatório de hematologia e submetê-lo à avaliação, objetivando a permissão para seguimento do procedimento, foi fundamental para evitar complicações iatrogênicas (Figura 3). Dessa forma, embora haja controvérsias nas relações interdisciplinares com a fragmentação da medicina em diversos campos a fim de permitir o profissional aprofundar seu conhecimento dentro delas, nesse caso, é notável que uma disciplina depende da interação com outras, de tal modo que uma única patologia pode englobar diversas áreas e necessitar da articulação entre elas. (CESAR, L.A.M. et al, 2014) (GARCIA, M.A.A. et al., 2007, p. 147-155) (SCHERER, M.D.A. et al, 2013).

Figura 3: Conduta de acordo com o número de artérias envolvidas



Fonte: Cesar et al (2014).

Além disso, sendo a doença aterosclerótica cardiovascular (DAC) uma afecção muito prevalente e de alta morbimortalidade, cabe a nós profissionais, atuarmos dentro das nossas limitações mas, antes, agir sobre os diversos fatores que cursam com essa doença, buscando diagnósticos diferenciais (Figura 4) que podem simular sintomas semelhantes e, junto à equipe multiprofissional, decidir a melhor conduta e proporcionar o amparo necessário. (MATOS, C.A. et al., 2000)

Figura 4: Diagnósticos diferenciais em pacientes com dor torácica

Cardiovascular não isquêmica	Pulmonar	Gastrointestinal	Parede torácica	Psiquiátrica
Dissecção da aorta	Embolia	Esôfago: esofagite, espasmo e refluxo	Costocondrite	Distúrbios de ansiedade: hiperventilação
Pericardite	Pneumotórax	Vesícula biliar: cólica, colecistite, litíase, colangite, úlcera péptica	Fibrose	Distúrbios de pânico
	Pneumonia	Pancreatite	Fratura de costela	Ansiedade primária
	Pleurite		Artrite esternoclavicular	Distúrbios de afetividade: depressão etc.
			Heper-zóster pós-rush	Distúrbios somáticos

Fonte: Cesar et al (2014).

Sendo assim, nós enquanto graduandos, aprendemos a priorizar uma visão global do ser humano, evitando este olhar fragmentado do indivíduo doente, sendo conduzidos a buscar os aspectos sociais, psicológicos e biológicos, entrelaçando-os com as necessidades do paciente. Diretrizes e regulamentações que visam uma melhora na formação dos estudantes de medicina foram elaboradas, com o intuito de que as universidades optem por formar um médico generalista sempre atualizado e pronto para lidar com a integralidade, preocupado com as inovações, tanto tecnológicas quanto biológicas, e preparado para desempenhar

este atendimento global. Por conseguinte, cabe aos gestores reforçar a atuação dos profissionais em um dos princípios do SUS, a integralidade, que durante seu processo de ação, assegura o referenciamento entre as diferentes áreas médicas, preconizando a qualidade de vida da população. (MATOS, C.A. et al., 2000) (SCHERER, M.D.A. et al, 2013)

5. CONCLUSÃO

Portanto, a importância da interdisciplinaridade fica evidente quando se trata do âmbito clínico, principalmente pela necessidade do trabalho em conjunto, não só em casos mais complexos, como também nos mais simples, amplia o campo de conhecimento e permite uma melhor conduta para cada paciente. No decorrer da graduação aprendemos a importância do olhar clínico para o indivíduo, investigando-o como um todo, e não como uma doença em si, logo, dá-se a importância do olhar multidisciplinar. Sabemos que uma comorbidade pode estar associada a vários outros fatores como já citados acima e, pode ser também um agravante, sendo assim, levando em consideração a esfera social e ambiental de modo indireto, estamos atuando no quadro principal. Desta forma vemos que hematologia tem um papel fundamental na clínica médica, pois o conhecimento do profissional não especialista na área (mesmo que restrito), pode ser sanado pelas associações desta com as diversas especialidades. (GARCIA, M.A.A. et al., 2007, p. 147-155) (MATOS, C.A. et al., 2000)

REFERÊNCIAS

CESAR, L.A.M. et al. **Diretriz de Doença Coronária Estável**. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Rio de Janeiro, Volume 103, Nº 2, Supl. 2, agosto 2014.

CESAR, L.A.M. et al. **Doença Arterial Coronária Crônica**. Clínica Médica. Volume 2.; Editora Manole, 2017.

GARCIA, M.A.A. et al. **A Interdisciplinaridade Necessária à Educação Médica**. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v.29, nº 1, 147-155, abril 2007.

GUYTON, A.C.; HALL J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12.ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2011.

LÉVY, P. **Árvores de Saúde**. Revista Interface, São Paulo, 143-156, fevereiro 1999.

MATOS, C.A. et al. **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Princípios e Conquistas/ Ministério da Saúde, Brasília, 2000.

RANG, H.P. et al. **Rang & Dale Farmacologia**. 7.ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2012.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.E.P.; JEAN, R. **A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11):3203-3212, 2013.

A REALIDADE DO DIAGNÓSTICO E SEGUIMENTO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE FRANCA – SP

Carolline Gabrielle Campos de Souza
Graduanda de Medicina – Uni-FACEF
ca.rol_@hotmail.com

Natália Jácomo Auad
Graduanda de Medicina – Uni-FACEF
nataliaauad@gmail.com

Mariana de Lima Santos
Graduanda de Medicina – Uni-FACEF
marilsantos1316@gmail.com

Lívia Maria Lopes
Docente – Uni-FACEF

1. INTRODUÇÃO

Tuberculose é um dos mais importantes desafios a serem enfrentados no âmbito da saúde pública, sendo a segunda causa de morte, no mundo, do grupo de doenças infecto-contagiosas, após a AIDS. Aproximadamente um terço da população mundial encontra-se infectada pelo bacilo causador da doença e há cerca de 10 milhões de doentes/ano, com 1 a 2 milhões de mortes/ano.

Em 2015, a Organização Mundial de Saúde classificava os 22 países com maior carga da doença no mundo, dentre eles estava o Brasil. O país se encontra em duas dessas listas, ocupando a 20ª posição quanto à carga da doença e a 19ª no que se refere à coinfeção TB-HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

O principal responsável pela doença é o *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch. A fonte de infecção habitual é a pessoa infectada com tuberculose pulmonar que libera o bacilo para o meio exterior. A capacidade do bacilo de ser transmitido de um doente para outro depende do estado bacteriológico deste doente, ou seja, se o paciente é bacífero, definido por baciloscopia do escarro positiva, situação em que o doente elimina uma quantidade de bacilos superior a 5.000 por ml de escarro. Sendo assim, esse indivíduo poderá infectar, em média, de 10 a 15 pessoas aproximadamente durante um ano de doença ativa, sem tratamento.

No Brasil, os bolsões de pobreza, a epidemia de AIDS e a deterioração dos serviços públicos de saúde dificultam seu controle. Neste caso, consegue-se elucidar em parte a razão pela qual a doença acomete principalmente pessoas de baixa renda, uma vez que essa população é constituída por famílias numerosas que vivem em casas pequenas, mal ventiladas e úmidas.

No que se refere à experiência com a doença, o grupo de alunos do 7º semestre de Medicina – Uni-facef fizeram duas visitas domiciliares as famílias que contraíram a doença, de suma relevância, pois foi observado que as visitas ao domicílio no município não são realizadas com o rigor proposto pelo Ministério da Saúde. O objetivo da atividade foi conhecer melhor o processo de adoecimento e entender a preferência epidemiológica da patologia, de suma importância para.

2. OBJETIVO

Relatar a experiência de estudantes de Medicina durante a investigação do itinerário terapêutico dos pacientes com tuberculose e as dificuldades de segmento na atenção básica de saúde.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência realizado no primeiro semestre de 2019 por estudantes do sétimo período do curso de medicina de um Centro Universitário Municipal do interior paulista. Durante a unidade curricular IESC – Interação em Saúde na Comunidade, os estudantes desenvolvem atividades durante quatro semanas no Ambulatório de Tuberculose municipal. Durante o estágio, os estudantes discutem sobre o funcionamento do serviço de saúde; Manual de Manejo de Controle da Tuberculose; além de realizarem a discussão de casos clínicos, manuseio de prontuário clínico e eletrônico e realização de visita domiciliar.

4. EXPERIÊNCIA

Aos 21 anos e privado de liberdade durante 5 meses, após sua soltura, voltou para o município, com sintomas de tosse, expectoração amarelada, emagrecido e com febre por 3 semanas. Procurou a Unidade de Pronto Atendimento, onde foi diagnosticado com pneumonia. Fez o tratamento indicado e não obteve melhoras. Retornou ao mesmo serviço de saúde, onde foi feita radiografia de tórax ânteroposterior, sendo diagnosticado com tuberculose pulmonar e encaminhado para o Centro de Saúde do mesmo município onde começou seu tratamento. Entretanto, após 2 meses, o irmão do paciente índice, começou a apresentar sintomas semelhantes, onde procurou o Pronto Socorro, e ao contar sua história de contato com o bacilo, foi encaminhado diretamente para o Centro de Saúde. Lá, foi realizado o teste de sensibilidade ao patógeno dando o resultado positivo e iniciado o tratamento de primeira escolha para tuberculose.

5. DISCUSSÃO

A probabilidade social pessoas com baixa renda vivendo em condições precárias de habitação e famílias numerosas tem maior possibilidade de se infectar,

adoecer e falecer pela tuberculose. Igualmente com alta probabilidade são as instituições fechadas como presídio, albergues, instituição de longa permanência de idosos e escolas, entre outras. É dever do profissional de saúde realizar uma busca ativa por pacientes com tuberculose, principalmente a Atenção Básica de Saúde, que teoricamente deveria ter 85% de resolutividade dos casos de adoecimento do indivíduo.

Mas, vimos que isso não ocorre na realidade, visto que uma parcela ínfima procura UBS ou ESF quando necessita de um atendimento médico julgado de maior complexidade. Sendo assim, temos duas vertentes: o subdiagnóstico de tuberculose pelos profissionais de saúde devido ao desconhecimento da história natural da doença ou a não procura pelos serviços de saúde da atenção primária pelos pacientes.

O uso de incentivos (lanche, auxílio alimentação e outros) e facilitadores de acesso (vale-transporte) em conjunto com o Tratamento Diretamente Observado (TDO) são instrumentos que auxiliam o paciente a manter o tratamento, visto que a epidemiologia da tuberculose, como dito anteriormente, tem predileção por pessoas de baixa renda. Portanto, os auxílios são vistos como um ônus no tratamento e auxiliam a não haver a desistência do mesmo. Sobre o TDO, existem alguns tipos de observação do tratamento sendo os mais usados no Centro de Saúde de Franca, o TDO na unidade de saúde (observação em unidades de ESF, UBS, serviço de atendimento de HIV/aids ou hospitais) ou o domiciliar (observação realizada na residência do paciente). É de suma importância ter tido no mínimo 24 tomadas observadas na fase de ataque e 48 tomadas observadas na fase de manutenção. Foi possível observar que na unidade de referência de tratamento da cidade, isso não ocorre. As doses supervisionadas são feitas em menor número do que o recomendado pelo Ministério da Saúde e, além disso, a enfermeira responsável pelo preenchimento das fichas de controle do TDO apenas registrava a ida do paciente a unidade, o que dificulta ainda mais o acompanhamento do tratamento.

6. CONCLUSÃO

Com esse trabalho foi evidenciado a dificuldade do diagnóstico da tuberculose, a falta de informação médica e dos profissionais da área da saúde, o que acarreta na sobrecarga do atendimento especializado, sendo que a doença pode ser tratada na rede de atenção básica, o que não ocorre na realidade. Além disso, a falta da busca ativa pela doença facilita a sua continuidade da cadeia de transmissibilidade, favorecendo ainda mais a disseminação do bacilo.

REFERÊNCIA

Plano nacional pelo fim da tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.+

ABORDAGEM A UM PACIENTE PSIQUIÁTRICO: Um relato de experiência

Thaís Fernanda Morais Freitas
Docente do curso de Medicina – Uni-FACEF
thaismorais05@hotmail.com

Fernanda Pini de Freitas
Docente do curso de Medicina – Uni-FACEF
Mestre em Promoção da Saúde
fernandapini800@gmail.com

Aliano Faria Ribeiro
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
alianofribeiro@gmail.com

Natália Carvalho Barbosa
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
NATALIA.MELOO@hotmail.com

Renata Cristine Chemim Will
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
renatawill@outlook.com

1. INTRODUÇÃO

A nova Política de Saúde Mental Brasileira, reformulada em 1980, foi de extrema importância para melhorar a assistência prestada às pessoas que necessitavam de atendimento psiquiátrico. Antes dessa mudança, tal público frequentava os manicômios, os quais não tinham condições básicas para abordar os pacientes de modo adequado e eficiente. Já na década de 1980, iniciou-se então a desinstitucionalização de moradores de manicômios, ficando conhecida como Reforma Psiquiátrica (SAÚDE, 2013).

A Reforma Psiquiátrica é um movimento mundial de lutas por transformações nas práticas de atenção ao sofrimento psíquico e mental que se desdobrou em diversos países. A finalidade dessa reforma era proporcionar um atendimento humanizado do paciente que necessitava de atenção em saúde mental, garantindo-lhe seus direitos humanos e preservando sua dignidade como pessoa. Para isso se tornar possível, foram criados serviços que atendem esses pacientes em seus territórios, auxiliando-os a se inserirem na sociedade onde vivem (HIRDES, 2009).

Diante desse cenário, na década de 2000, foi ampliada a rede de atenção psicossocial (Raps), que passou a integrar o conjunto dos serviços de saúde. A RAPS é composta por serviços e equipamentos variados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os

Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) e as próprias Unidades Básicas de Saúde (SENAD, 2016).

Dessa forma, A RAPS está inserida na atenção básica, na atenção psicossocial estratégica, na atenção de urgência e emergência, na atenção residencial de caráter território, na atenção hospitalar, na estratégia de desinstitucionalização e nas estratégias de reabilitação psicossocial. Portanto as práticas em saúde mental devem ser realizadas por diversos profissionais, de forma integrada (SENAD, 2016).

Embora tenha ocorrido evoluções nessa área, esse processo ainda é desafiador, pois a atenção aos portadores de transtornos mentais tem como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não apenas o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação dos usuários, de seus familiares e da sociedade, além de formar redes com outras políticas públicas a fim de proporcionar uma abordagem integral a este público (DALGALARRONDO, 2008).

Inserido neste contexto de atendimento humanizado e integralizado dos pacientes com transtornos mentais, nota-se a importância da abordagem adequada e qualificada à tal público. Ao abordar um paciente psiquiátrico, a entrevista inicial é considerada um momento crucial na criação de vínculos. Esse primeiro contato, sendo bem conduzido, deve produzir no paciente uma sensação de confiança e de esperança em relação ao alívio do seu sofrimento (ZANELLO, FONSECA, ROMERO, 2011).

O entrevistador deve compreender que, no início da entrevista, o paciente pode estar ansioso e utilizar mecanismos defensivos como riso, silêncio, perguntas inadequadas e comentários circunstanciais sobre o profissional. Essas atitudes podem ser estratégias para que o paciente evite falar de si, de seu sofrimento, de suas dificuldades. O profissional deve lidar com essa situação, lembrando ao paciente que a entrevista tem por finalidade identificar seu problema para, assim, poder melhor ajudá-lo, e esclarecendo que o entrevistador não é o foco do momento (CORDIOLI, 2005).

Pacientes mentalmente organizados, sem redução da função intelectual, com escolaridade de nível moderado a avançado, fora de um estado psicótico, devem ser entrevistados de forma mais aberta, permitindo ao paciente que se expresse livremente. Cabe ao entrevistador fazer apenas algumas pontuações para que o paciente conte a sua história de modo que ele consiga coletar dados relevantes em relação ao diagnóstico (DALGALARRONDO, 2008).

Pacientes desorganizados mentalmente, com redução da função intelectual, em estado psicótico, paranoide ou inibidos pelo fato de estarem ansiosos, devem ser entrevistados de forma mais direcionada. Nessa situação, o

entrevistador tem uma participação mais ativa, fazendo perguntas dirigidas ao paciente (DALGALARRONDO, 2008).

Nos contatos iniciais com pacientes introvertidos, ansiosos ou paranoides, é sensato iniciar a entrevista fazendo perguntas menos íntimas, como o nome, profissão, estado civil, naturalidade, nome de familiares entre outras. Com o desenrolar da anamnese, o profissional deve gradativamente formular perguntas que adentram mais na intimidade do paciente, como questões a respeito de seus problemas biopsicossociais, o motivo dele ter ido ou ter sido levado ao hospital e quais são seus sentimentos a respeito dos vários aspectos de sua vida (CORDIOLI, 2005).

Associando o conhecimento sobre a saúde mental e seus aspectos intersetoriais com o aprendizado das demais técnicas de habilidades médicas e de comunicação, adquiridos pelos alunos, esse texto teve como objetivo relatar a experiência de estudantes do curso de medicina ao abordarem e entrevistarem um paciente com transtornos mentais em uma instituição psiquiátrica.

Trata-se de um relato de experiência realizado por estudantes do quinto período do curso de medicina, em uma instituição hospitalar psiquiátrica, a qual conta com serviço de internação à pacientes acima de 18 anos, de ambos os sexos, com distúrbios psiquiátricos para tratamento agudo e crônico de suas doenças, em um município do interior paulista.

Através de uma visita técnica, no referido local, os estudantes abordaram e entrevistaram um paciente com transtorno mental - esquizofrenia, em fase aguda. Para a realização da atividade, alguns pacientes foram previamente selecionados pela equipe do hospital e levados para uma sala na qual estavam os estudantes, os professores responsáveis e alguns funcionários do local.

No início da entrevista os estudantes se apresentaram nominalmente ao paciente, informando que eram estudantes de medicina, além do motivo da entrevista, que consistia em uma abordagem geral, considerando as técnicas aprendidas durante a graduação. Para deixar o paciente mais confortável e seguro, foi esclarecido que as informações relatadas por ele seriam mantidas em sigilo, respeitando a privacidade do mesmo. Foi também ressaltada a importância da participação do mesmo e que ele poderia comunicar qualquer desconforto durante a entrevista, a qual seria interrompida.

Ao estabelecer o contato com o paciente, os estudantes demonstraram empatia, interesse e proximidade, visando estabelecer um ambiente favorável e a criação de vínculo com o paciente.

Os estudantes tentaram encorajar o paciente a expressar seus sentimentos, demonstrando interesse e atenção ao discurso do mesmo, não interrompendo abruptamente sua fala, mantendo o contato visual e sempre chamando-o pelo nome.

Em relação à habilidade de comunicação durante a entrevista, os estudantes se depararam com várias dificuldades, desde como proceder no momento de silêncio, quando direcionar uma pergunta, quando deixar o paciente falar livremente, o que fazer quando as perguntas não são respondidas e como manter a atenção e o foco do paciente na anamnese. Dentre elas uma das principais dificuldades foi distinguir quais informações dadas pelo paciente eram realmente verdadeiras, pois como ele estava em um estado agudo de sua doença, em diversos momentos ele manifestou ilusões e distorções da realidade.

Outro grande obstáculo, foi saber como unir e organizar as informações dadas por um paciente em um estado mental desorganizado, apresentando fala prolixa. Por outro lado, houve uma grande facilidade em compreender a linguagem não verbal do paciente. Isso foi possível através de uma observação minuciosa das expressões faciais do paciente, seus movimentos corporais, desvios de olhares, postura e modo de se expressar.

Na abordagem e avaliação do paciente, em psicopatologia, o elemento primordial é a entrevista. Esta, associada a observação, permite a realização dos dois principais aspectos da avaliação, que são a anamnese, que consiste no histórico da doença e dos aspectos biopsicossociais, e o exame do estado mental. Uma entrevista efetiva possibilita a criação de vínculo entre o profissional e o paciente, o que aumenta o elo de confiança entre ambos, e consequentemente contribui para a coleta de dados do paciente (DALGALARRONDO, 2008).

Para a realização de uma entrevista qualificada é fundamental que haja uma boa comunicação entre o profissional e o paciente. Esta é o contexto em que se desenvolve a relação médico-paciente, e pode ser, uma terapia, por si só ou completar a ação terapêutica de outra intervenção (SIQUEIRA, 2014).

É através da comunicação que um profissional da saúde realiza a escuta qualificada em relação a história de vida do paciente, seu contexto, seus sentimentos, seus medos e angústias, felicidades e suas necessidades. O profissional utiliza desse instrumento para realização de orientações ao paciente, contribuindo para que o mesmo tenha conhecimento sobre seu estado de saúde e compreenda as recomendações expostas. Daí a importância da escolha das palavras, do contexto e da forma como são transmitidas (SIQUEIRA, 2014).

O Institute for Healthcare Communication (2011), faz referência a dados que indicam que há fortes relações benéficas entre a capacidade de comunicação do profissional de saúde e a probabilidade do paciente seguir as recomendações médicas e adotar comportamentos preventivos em saúde (SIQUEIRA, 2014).

Estudos também evidenciam benefícios de uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes, que se traduzem numa melhoria do estado geral de saúde do paciente, numa melhor capacidade de adaptação aos tratamentos e na recuperação mais rápida (RAMOS, JARDIM, FILHO, 2007).

Para ter uma comunicação efetiva ao abordar os pacientes nos primeiros encontros, o entrevistador deve evitar pausas e silêncios prolongados, que possam aumentar a ansiedade do mesmo e deixar a entrevista tensa e improdutiva. Devido a isso o profissional deve fazer perguntas e colocações breves, que assinalem a sua presença efetiva e mostrem ao paciente que ele está atento e interessado em ouvi-lo (DALGALARRONDO, 2008).

O entrevistador deve evitar perguntas muito direcionadas, fechadas, que possam ser respondidas apenas com um sim ou um não; também deve evitar perguntas muito longas e complexas, difíceis de serem compreendidas pelo paciente. É interessante intervenções do tipo “como foi isso?”, “explique melhor”, “conte um pouco mais sobre isso”. (CORDIOLI, 2005).

Associado a isso, o profissional, deve evitar, sempre que possível, posturas rígidas e estereotipadas, atitude excessivamente neutra ou fria, reações exageradamente emotivas ou artificialmente calorosas, comentários valorativos ou emitir julgamentos sobre o que o paciente relata ou apresenta, responder com hostilidade ou agressão às investidas hostis ou agressivas de alguns pacientes e evitar fazer muitas anotações durante a entrevista. (DALGALARRONDO, 2008).

Ao longo da abordagem e da entrevista, os alunos perceberam que a mesma é um instrumento essencial para o estabelecimento de vínculos de confiança na relação entre o profissional e o paciente com transtorno mental. Através de vínculos consolidados, os pacientes se sentem mais confortáveis e seguros em contar sua história de vida e seus aspectos psicológicos e emocionais aos profissionais que o abordam.

Através desta experiência, os estudantes compreenderam que nem todas perguntas feitas aos pacientes são respondidas, e que muitas vezes as perguntas são interpretadas de modo incorreto, resultando em respostas incoerentes com os questionamentos. Devido a isso, é muito importante certificar-se de que o paciente compreendeu a pergunta feita pelo profissional.

A partir desta vivência, os estudantes puderam aprimorar e desenvolver habilidades e técnicas comunicação para abordar um paciente psiquiátrico, e aprenderam que é preciso ter calma e paciência para realizar uma entrevista, visto que muitas vezes o paciente se encontra em um estado agitado, ansioso e confuso. Também perceberam é necessário que o profissional tenha certa têmpera e habilidade para estabelecer limites aos pacientes invasivos ou agressivos, e, assim, proteger-se e assegurar o contexto da entrevista.

Por fim, com a entrevista realizada, foi evidenciado o grande valor da expressão não-verbal em pacientes psiquiátricos. O olhar é um importante meio de comunicação, assim como os gestos, movimentos corporais, vestimentas, autocuidado e o modo de sorrir e expressar seus pensamento e sentimentos. Associar a comunicação verbal com a não-verbal é essencial para compreender melhor os pacientes.

Apesar das dificuldades encontradas ao abordar e entrevistar um paciente com transtorno mental, a vivência possibilitou identificar como as habilidades e técnicas de comunicação são atributos essenciais para realização de uma entrevista na prática da medicina, e da psiquiatria em particular, bem como a importância do acúmulo de experiências, como essa, para o efetivo desenvolvimento da relação médico-paciente. Cabe aos estudantes e profissionais sempre buscarem recursos na literatura para aprimorarem cada vez mais seu aprendizado sobre como realizar abordagens aos pacientes psiquiátricos.

REFERÊNCIAS

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2º edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SAÚDE, Ministério da. **Saúde Mental**. Caderno nº 34. Brasília, DF, 2013

RAMOS, JARDIM, FILHO. **A narrativa na entrevista psiquiátrica: a história de trabalho na construção de diagnóstico em saúde mental do trabalhador**. 1º edição. Juiz de Fora.: Veredas, 2007.

HIRDES, Alice. **A Reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. V. 14, n.1, p. 297-305. Rio de Janeiro: 2009

CORDIOLLO, Aristides. **Avaliação do paciente em psiquiatria: a Entrevista Psiquiátrica**. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 1998

ZANELLO, V.; FONSECA, G. M. P.; ROMERO, A. C. **Entrevistas de evolução psiquiátricas: entre a "Doença Mental" e a medicalização**. 1º ed, Vol. 9, no.17. Barbacena, 2011.

SIQUEIRA, Carlos. **Comunicação terapêutica em saúde mental**. 1º ed, no.12. Porto, 2014.

ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO NA EXPERIÊNCIA DE OBSERVADOR SOBRE O MÉTODO DE ESTHER BICK

Lauany Barbosa Cintra
Graduanda Psicologia – Uni-FACEF

Ana Carolina de Souza Ramos
Graduanda Psicologia – Uni-FACEF

Sofia Muniz Alves Gracioli
Docente – Uni-FACEF

Irma Helena Bonate Bomfim
Docente – Uni-FACEF

1. INTRODUÇÃO

O método de Observação de Bebês de Esther Bick permite ao observador analisar muitos aspectos a partir de sua experiência, pois além da relação mãe-bebê e de seu desenvolvimento dentro da dinâmica de sua casa, ele pode também analisar questões de sua própria postura nesse contexto, o que possibilita agregar em sua formação profissional e pessoal.

A formação como terapeuta exige um raciocínio clínico que pode ser desenvolvido pela observação e o treinamento da transferência terapêutica. O método de Esther Bick proporciona o exercício dessa habilidade de observar e discriminar “o que é meu e o que é do outro”, deixando aparente o processo de formação do raciocínio clínico, que se não funciona dentro da configuração de que o terapeuta não pode inferir sobre a demanda do paciente, interfere na efetividade da análise.

Na experiência do grupo de 2018 do estágio analisado, foi percebido que a troca de experiências em supervisão contribuiu para a integração pessoal no estágio, o que despertou o interesse de uma das pesquisadoras para analisar quais as contribuições desse processo para a formação como terapeuta.

O objetivo da presente pesquisa foi identificar quais as contribuições que o Estágio de Observação de Bebês proporciona na formação como terapeuta, analisando através de questionários como foi a experiência no papel de observador da relação mãe-bebê de estudantes de Psicologia do 2º ano ao 5º ano da Uni-FACEF que efetuaram o estágio no 2º ano do curso durante seis meses entre os anos de 2015 a 2018.

Em um primeiro momento foi realizada uma pesquisa bibliográfica, e em um segundo momento foi realizada uma pesquisa de campo, na qual foi aplicado um questionário com quatorze perguntas, abertas e fechadas, para estudantes de

Psicologia do 2º ao 5º ano da Uni-FACEF, no ano de 2018, que fizeram o Estágio de Observação de Bebês no 2º ano do curso. Para a aplicação do questionário foram distribuídos nas turmas do curso a cópia de um QR Code para acessar o link no Google Forms, entre os alunos que fizeram o estágio, 14 responderam. Esse material baseou o desenvolvimento da pesquisa, possibilitando relacionar a teoria sobre o método de Esther Bick e a experiência dos estagiários.

2. CARACTERÍSTICAS ESPERADAS PELA PSICANÁLISE NA PRÁTICA CLÍNICA

Na psicologia existem várias linhas de pensamento e cada uma delas enxerga a prática clínica de forma diferente. Entre essas abordagens está a psicanálise, que demanda do analista um funcionamento clínico, que Zimmerman (2007) sintetiza em alguns pontos principais, entre eles: a ética, a empatia, o olhar específico e intuitivo, a aliança terapêutica, que garante a continuidade sustentável do processo analítico de cada paciente, o respeito pelas verdades do outro, o posicionamento adequado, a capacidade de receber e identificar as questões do paciente sem inferir suas próprias questões durante o processo.

A ética profissional do psicanalista garante ao paciente que seu caso seja restrito apenas à análise, facilitando que ele se sinta confortável em falar livremente sobre suas questões. Também demanda que o psicanalista seja neutro no sentido de não evidenciar seus próprios conceitos, tendo um posicionamento adequado.

A formação da aliança terapêutica é essencial para o sucesso do processo de diversas vertentes psicoterápicas. De acordo com Cordioli (1998, p.73), a aliança terapêutica é “a capacidade do paciente de estabelecer uma relação de trabalho com o terapeuta, em oposição às reações transferenciais regressivas e à resistência”. Sendo assim, o terapeuta deve agir nos primeiros encontros para possibilitar que o paciente crie um vínculo de trabalho específico dentro do contexto da análise, o que leva a continuidade do processo de forma mais proveitosa para ambos. Para isso, o terapeuta precisa ter um posicionamento de acolher o que a pessoa traz para a relação, aceitando as verdades colocadas, e estando atento às identificações projetivas e transferenciais que podem ocorrer neste contexto.

Durante o processo analítico algumas situações são difíceis e estabelecem períodos não verbais, exigindo do analista uma ação terapêutica decorrente de seu manejo através da transferência, constituindo um vínculo capaz de estabelecer a manutenção e validade da análise. A psicanálise se coloca como cura pela palavra, mas nos períodos não verbais apenas a força relacional das transferências garante o alcance do que não é compartilhável através de palavras, pois o que se estabelece é uma comunicação dos e através dos afetos que também é muito importante para o progresso da análise. Em 1905, Freud definiu o que é a transferência, diante do fracasso do caso de Dora:

O que são transferências? Elas são novas edições [...] de impulsos e fantasias que são despertadas e tornadas conscientes durante o progresso na análise; mas elas têm essa peculiaridade, que é uma característica particular, de que elas substituem alguma pessoa primitiva pela pessoa do médico. Colocando em outras palavras: toda uma série de experiências psicológicas são revividas, não como pertencente ao passado, mas aplicadas ao médico no momento presente. [...] Dora atuou um fragmento essencial de suas lembranças em lugar de relembrá-los (FREUD, 1974, p. 133).

Antes de reconhecer a transferência como um método terapêutico, Freud a definia como um mal para o analista, pois ela era resultado do vínculo humano que se formava na relação e podia ser mal interpretada, afetando a efetividade da análise. Hoje, a função da transferência é constatar aquilo que pode ser apenas mostrado pelo analisando quando este passa pelos períodos de regressão e não consegue elaborar sua fala. Durante o percurso do tratamento o paciente se esquia de alguns períodos na análise, e é a partir da transferência que se identifica os traumas e conflitos, pois ela permite o acesso “entre passado e presente, entre obstáculo e função terapêutica, entre alianças e repúdios ao manejo clínico, configurando dificuldades que revelam a singularidade de cada paciente” (PALHARES, 2008, p. 103).

No processo psicanalítico clínico, as transferências e contratransferências também podem dar errado, mas o analista não deve ter vergonha de reconhecer os erros, nem deve ser visto como detentor do saber e sugestionador infalível, mas sim como alguém que se pode confiar na franqueza e sinceridade, para obter o reconhecimento sincero de um erro sem sentir ameaça (FERENCZI, 1988). A falha do analista favorece que as situações difíceis e traumáticas sejam vivenciadas no processo terapêutico, e se essa falha não for reconhecida pode levar o paciente a ser onipotente dentro da experiência traumática. Para se voltar novamente em condições que favoreçam a criatividade primária, este paciente reconfigura as relações dentro e fora de si, ainda através do setting analítico.

A aliança terapêutica faz parte do chamado setting terapêutico (ou analítico), sendo que um fator interfere no outro, e ambos são importantes para o contexto analítico, pois permitem que o paciente encontre liberdade para reproduzir as suas questões, e a dupla consiga perceber fatores como a transferência existente nos conteúdos, por exemplo. De acordo com Zimmerman (2008), o setting terapêutico é definido por vários autores como o conjunto de características do ambiente em que o processo da análise ocorre, sendo fatores físicos e emocionais do contexto. O ideal é que o analista e o paciente consigam construir juntos esse espaço, através de combinados relacionados ao contrato terapêutico, que devem ser seguidos de forma permanente, mas que poderão passar por modificações necessárias durante o processo, sendo que a postura do analista em relação a isso deve ser firme, porém acolhedora as necessidades de cada indivíduo.

No entanto, assim como Pereira e Kessler (2016) referenciam, o tripé fundamentalmente necessário para a formação de um psicanalista é ter conhecimento da teoria específica, ter supervisão da prática clínica, e estar sempre em análise pessoal. A graduação em psicologia proporciona um conhecimento básico sobre as teorias psicanalíticas, mas não abrange a especificidade da abordagem, sendo necessário a busca por formações que integrem esses conhecimentos básicos e garanta seu reconhecimento profissional como psicanalista. Na supervisão, o analista tem orientações sobre sua prática através do olhar do supervisor, que geralmente, é um profissional com mais experiência e formação na mesma linha de pensamento. E por último, porém tanto necessário quanto os outros fundamentos, a importância de estar em análise pessoal, para quando o inconsciente não resolvido do analista for invocado durante as sessões com o paciente, ele saiba identificar e ter um manejo adequado, para que as repercussões não prejudiquem o setting terapêutico.

3. OBSERVAÇÃO DE BEBÊS NO MÉTODO DE ESTHER BICK E O PAPEL DE OBSERVADOR

O desenvolvimento humano requer essencialmente uma conexão que se tem com a mãe enquanto ainda é bebê. A troca do bebê com a mãe e com o ambiente físico, social e emocional, potencializa o desenvolvimento do bebê nos âmbitos psíquico e fisiológico. Com foco nesse desenvolvimento, a psicanálise buscou descrever e compreender o processo de formação da identidade desde o nascimento, propondo diversas teorias. Um dos métodos utilizados para testificar essas teorias, foi o método de Observação de Bebês de Esther Bick, que funciona de modo que o observador, através de suas próprias reações, capte os movimentos de construção psíquica do bebê, que estão ligados à estímulos internos e fantasias inconscientes e singulares, que não são acessadas diretamente pelo observador.

O método de Observação de Esther Bick, foi desenvolvido para psicoterapeutas de crianças e psicanalistas em formação, com objetivo de exercitar a contratransferência, utilizando-a como ferramenta para observar sem intervir na realidade da dupla mãe-bebê. O observador psicanalítico vai se inserindo na família conforme os membros o permitem participar, no entanto, se mantendo em seu papel sem outras atribuições como o aconselhamento.

A técnica desenvolvida por Bick consiste em visitas semanais do observador à casa da família, com duração de uma hora, no período de um ano, e quinzenalmente no segundo ano. Os registros devem ser detalhados e depois discutidos em um grupo de supervisão, onde se pode compartilhar as vivências e amplificar a compreensão e o sentido destas, podendo organizá-las de outra forma. Em resumo, segundo Nascimento, Almeida e Pedroso (2008), os procedimentos da técnica se organizam em observação, anotação e supervisão, e também destacam os seguintes aspectos durante a observação:

[...] a relação mãe-bebê (antes e depois do parto); banho, higiene e troca de fraldas; alimentação, amamentação; a maneira como o bebê é tranquilizado (em situações de dor, angústia, desconforto, fome); sono; o choro; o brincar, a “conversa”, o sorriso, as solicitações, seus símbolos, as descobertas do mundo; a participação de cada membro da família. (NASCIMENTO; ALMEIDA; PEDROSO, 2008, p. 5)

O observador precisa manter um estado de mente que o permita observar suportando suas críticas e suas ideias já criadas inicialmente sobre a dupla mãe-bebê (Mélega, 2008). Para que haja uma aprendizagem sobre as vivências, o observador tem que significar suas reações frente aos impactos emocionais dos sentimentos e ansiedades da díade mãe-bebê, entretanto, é necessário sentir para poder pensar, e assim então, aprender sobre os aspectos que Stocche (2003) verifica serem principais na metodologia de Esther Bick: o ponto de vista do observador, da relação mãe-bebê, do desenvolvimento neuropsicomotor e da reconfiguração da dinâmica familiar com o nascimento do bebê.

4. DESENVOLVIMENTO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO ATRAVÉS DO ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO DE BEBÊS NO MÉTODO DE ESTHER BICK NA UNI-FACEF

Os estágios são oportunidades de colocar em prática algumas modalidades da profissão que se espera exercer após a graduação, estando ainda em âmbito acadêmico, tendo a chance de aprender com as experiências pessoais e de colegas, com orientações de supervisores, além de ser um primeiro contato com os ambientes e realidades das diversas áreas de atuação, tendo uma visualização mais ampla da teoria.

No curso de psicologia do Centro Universitário Municipal de Franca, uma média de 8 alunos são selecionados, através de cartas de intenção, no 3º e 4º semestre para participar do Estágio de Observação de Bebês usando o método de Esther Bick. Inicialmente, em supervisão são realizadas discussões e reflexões teóricas que introduzem o conteúdo a ser aprendido com a experiência do estágio. Na sequência, cada estudante procura sua própria família candidata para realizar as observações, tendo que atender os critérios de não ter grau de parentesco ou amizade muito próxima com o observador, e ser um bebê que tenha entre 0 e 11 meses de idade.

Antes de iniciar as observações, é necessário fazer uma entrevista utilizando um roteiro de anamnese, para obter informações básicas sobre o funcionamento e as características do contexto familiar e do desenvolvimento do bebê. Em seguida, as observações são realizadas em 2 horas semanais durante o semestre, diferente do método original proposto por Esther Bick, que determina um período de 2 anos.

O estágio tem o objetivo geral de formar a atitude clínica do estudante, através da introdução em atividade de observação supervisionada, na área de psicologia do desenvolvimento infantil primitivo, com base na psicanálise. As orientações em supervisão auxiliam na compreensão sobre o papel de observador e

propiciam que o estudante coloque em prática uma postura própria do contexto clínico.

Segundo Mélega (2008), o contato prévio com a mãe para iniciar as observações serve para criar condições favoráveis para as próximas visitas, combinando com a mãe os horários possíveis, explicando como funciona e quais os objetivos do estudo. As normas para essa técnica são utilizadas também em clínica, geralmente na entrevista inicial e primeiras sessões, quando o terapeuta negocia os valores, explica sobre o processo terapêutico e estabelece combinados sobre o atendimento. A entrevista no contexto do estágio, apesar de buscar informações específicas sobre a família e o bebê, também permite que o estudante adquira a noção de como se configura uma entrevista inicial para utilizar depois em clínica e em outros contextos de atuação como psicólogo.

Nas primeiras observações existe um receio por parte do estagiário, sobre como a mãe irá reagir com a sua presença, e sobre como se apresentar de forma confiável, esse receio contribui para que tenha um início mais cauteloso, e no decorrer das visitas vai se desenvolvendo estratégias que permitem a compreensão de como esses papéis se relacionam.

A forma como a família se apresenta durante as observações, demonstrando seus costumes, valores, modos de educar e de se relacionar um com o outro, têm um impacto sobre o observador, e este, além de não poder agregar suas próprias questões à experiência também deve acolher. Esse exercício contribui para a formação da atividade analítica, onde o terapeuta deve acolher a forma como o outro se apresenta.

Nas observações a postura do estudante como observador é de recepcionar as demandas subjetivas que surgem no ambiente, mas estas demandas são específicas da dupla e para compreendê-las tem que exercitar sua sensibilidade intuitiva e a capacidade de identificar as questões da relação observada sem críticas e inferências, como um filtro. Essas capacidades desenvolvidas contribuem para a atividade terapêutica no setting analítico.

5. METODOLOGIA

Este estudo buscou analisar qualitativamente a experiência do papel de observador de bebês com base no método de Esther Bick, utilizando questionários disponibilizados na plataforma online do Google Formulários, através de QR Code/Link distribuídos em sala para os alunos das turmas de 2º à 5º ano de Psicologia do Centro Universitário Municipal de Franca-SP do ano de 2018 e que participaram do Estágio de Observação de Bebês em seu 2º ano de curso.

Os questionários abordavam questões sobre a experiência de observador da relação mãe-bebê em 14 questões, abertas e fechadas, tendo respondido apenas 14 participantes, no total, sendo 5 alunos do segundo ano, 3

alunos do terceiro ano, 3 alunos do quarto ano e 3 alunos do quinto ano, com idades entre 19 e 25 anos, e apenas 3 de sexo masculino.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tabela 1: Principais respostas dos discentes participantes do questionário aplicado

Questionário	Qual era sua expectativa sobre sua função como observador antes do início do estágio?	Você teve alguma dificuldade durante o estágio?	O que a supervisão significou no processo de estágio?
Respostas	<ul style="list-style-type: none"> - Esperava que fosse algo semelhante ao que estudávamos em psicologia experimental, onde tínhamos que observar os movimentos do ratinho; - Conhecer de perto e na prática a relação e a proximidade psíquica na bebê; - Tinha expectativa de aprender mais sobre o desenvolvimento humano e ver isso na realidade, além de presenciar a formação do laço entre bebê e mãe/ cuidador, tão importante para esse desenvolvimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tive dificuldades em manter as sessões semanalmente, pois a mãe que eu observava desmarcava muito as sessões; - A dificuldade, para mim, se inseriu na necessidade de manter certo distanciamento, de não dar respostas "analíticas" para a mãe, que muitas vezes faz da observação e do papel do estagiário um espaço para desabafo e busca de compreensão para algumas inseguranças; - Eu tive que mudar de mãe-bebê durante o estágio, acredito que ter que começar tudo de novo foi uma dificuldade; - Sentia que por estar ali observando os atos da mãe com o bebê, ela não agia (naturalmente) exatamente como agiria se eu não estivesse ali; - Sim. Separar o que era meu e o que era do outro. Me vi em vários momentos observação a relação da mãe e do bebê; -No começo me senti en-vergonhada de ficar observando e as pessoas se sentirem incomodadas, mas logo melhorou e já não me senti mais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Significou um grande crescimento pessoal e profissional. Aprendi muito com as trocas nas supervisões, além de me ajudarem a ter mais segurança e apoio naquilo em que eu estava fazendo; - A supervisão é muito importante para conseguirmos delinear os nossos objetivos, trocar informações sobre os sentimentos vivenciados durante a experiência de estágio e para sermos orientados quanto a postura que estamos construindo, entendendo que o nosso papel deve sempre ser fundamentado na escuta ativa e, nesse momento, não implica em intervenções; - Penso que a supervisão foi essencial para ampliar minha visão sobre o desenvolvimento infantil, sobre as relações estabelecidas, sobre o vínculo mãe-bebê. Além disso, percebo que muitos termos da psicanálise passaram a fazer mais sentido por meio do estágio e da supervisão em si. Para mim a supervisão foi fundamental para acolher as angústias, dúvidas e incertezas diante dessa experiência de observação; - Um processo de elaboração das minhas observações e do meu próprio autoconhecimento.

Fonte: Elaborado pelos Autores, 2019.

Tabela 2: Principais respostas dos discentes participantes do questionário aplicado

Questionário	A sua opinião inicial sobre o estágio mudou depois de passar pela experiência?	O que você aprendeu exercendo o papel de observador no estágio?
Respostas	<p>- Mudou a forma de olhar para a relação mãe e bebê, aquela relação idealizada. Pois vendo na prática com o estágio, percebi que tal relação apresenta sim dificuldades e desafios para a mãe, apesar de ser muito gratificante. Minha visão sobre o papel do pai também, foi algo que me chamou muita atenção, visto que em nossa sociedade tratamos o pai como ajudante, até mesmo as próprias mães (esposas), mas que essa situação está mudando a cada dia mais;</p> <p>- Sim. Não imaginei que houvessem tantos detalhes que são importantes na relação mãe-bebê, pois algumas questões só me surgiam como reflexão durante a discussão com a supervisora.</p>	<p>- É interessante apreender dessa experiência a importância da escuta ativa do paciente em questão e de compreender o tempo de desenvolvimento de cada pessoa em termos analíticos. Aprender a escutar sem emitir inferências se torna um processo importante para toda a construção do psicólogo em formação, para que não realize constatações equivocadas. Compreender que nem sempre é necessário saber ou dar uma resposta, mas que estar presente, "inteiro" naquele momento significa muito;</p> <p>- Aprendi que nos definimos no outro e pelo outro. A diferenciar o que é meu do que é do outro. A parar para "simplesmente" sentir o momento, que observar vai além de algo mecânico que se limita a anotar os movimentos realizados, mas que envolve estar com o outro, vivenciando o momento, mesmo quando estou observando passivamente. Que a neutralidade "não existe", a partir do momento em que me coloco em um lugar, já estarei afetando este somente por estar ali. E a importância de me atentar aos meus sentimentos, ao minha saúde mental para estar disponível ao outro, pois quando estava com as emoções "perturbadas" as observações se tornavam empobrecidas.</p>

Fonte: Elaborado pelos Autores, 2019.

De acordo com os questionários aplicados para os estudantes, analisamos múltiplos aspectos sobre o método de Esther Bick e o desenvolvimento de raciocínio clínico no papel de observador de bebês. As respostas dos questionários serão apresentadas e discutidas, relacionando as experiências com o que o presente artigo referência teoricamente. Para abordar os aspectos analisados de forma mais didática, este tópico está subdividido em três categorias temáticas que seguem-se abaixo.

1) Fantasias iniciais do estagiário frente a experiência de observação

Vimos que as expectativas da função de observador antes de iniciar o estágio, tinham em sua maioria o desejo de compreender a relação mãe-bebê e os impactos desse laço no desenvolvimento inicial do bebê, através da captação de informações verbais e não-verbais da díade e das influências do meio social familiar sobre o bebê. Algumas respostas demonstraram que o propósito do estágio não era entendido e que o método de observação esperado era teoricamente experimental, ou que seria realizado em um hospital.

Outra fantasia identificada nos questionários é que a observação como método de conhecimento científico não poderia ser utilizada junto de emoções e sentimentos. Além desta, identificou-se que a relação mãe-bebê-pai era idealizada sem a percepção das dificuldades e desafios da mãe, e sem a participação ativa do pai.

Em relação a forma como a mãe reagiria durante as observações, a maioria dos estagiários apresentaram a expectativa de que elas ficariam incomodadas e desconfiadas, e a outra parte esperavam que elas fossem receptivas e disponíveis. Alguns estudantes que responderam ao questionário, contaram que tiveram dificuldades ou receio nas primeiras visitas, por causa da forma como pensaram que a família reagiria com sua presença, e que conforme as visitas aconteciam, essa relação foi sendo modificada, eles passaram a sentir-se mais confiantes do papel que estavam desempenhando e foram conhecendo o contexto, fazendo com que o receio inicial fosse superado. Exemplificando esse aspecto, em uma das respostas foi dito que “no começo me senti envergonhada de ficar observando e as pessoas se sentirem incomodadas, mas logo melhorou e já não me senti mais”.

2) A experiência de Observação de Bebês

A opinião inicial sobre o estágio após a experiência para alguns estagiários foi reforçada, para outros a vivência foi mais profunda e complexa do que pensaram, possibilitando o treinamento da observação analítica e neutralidade. Houve mudança na forma de ver a relação entre mãe-bebê-pai, e foi possível perceber que a emoção e o conhecimento científico podem caminhar juntos a partir da identificação de papéis, sob a experiência de observador. Uma das respostas dos participantes que cabe destacar, afirma ter pensado que a mãe se sentiria incomodada, mas depois conseguiu se adequar em seu papel, facilitando a naturalidade das atitudes da mãe: “Mudou completamente, eu esperava que a mãe se sentiria incomodada, e pelo contrário, eu era super bem recebida e os pais adoravam conversar comigo sobre o desenvolvimento da criança ao final das observações. Mudei também meu olhar em relação a observação, percebi os macetes da relação mãe e bebê e o quanto existem características peculiares de cada relação”.

De acordo com os relatos, houve dificuldades sobre a disponibilidade das mães. Alguns estagiários tiveram dificuldade de encontrar uma mãe disposta a ser observada, outros contaram que a mãe desmarcava as visitas com frequência e que foi difícil acertar os horários. Tiveram mães que desistiram do acompanhamento e foi preciso buscar uma nova dupla para continuar o estágio.

Os estagiários relataram que durante as observações sua presença parecia influenciar a forma como as pessoas do ambiente agiam. “Sentia que por estar ali observando os atos da mãe com o bebê, ela não agia (naturalmente) exatamente como agiria se eu não estivesse ali”, os comportamentos da mãe não pareciam espontâneos como deveria ser de costume sem a presença do observador.

Separar o que era próprio de si e o que era da dupla também foi uma dificuldade para alguns alunos, pois a identificação trouxe à margem questões de sua própria história. Um dos aprendizes contou que se viu em vários momentos durante o processo, e outro começou a criar vínculo com o bebê ao ver o cuidado da mãe.

Sobre saber se colocar no lugar de observador sem fazer intervenções tanto na forma como a família se apresenta, quanto no que ela traz de demandas psíquicas destacou-se o seguinte relato: “A dificuldade, para mim, se inseriu na necessidade de manter certo distanciamento, de não dar respostas “analíticas” para a mãe, que muitas vezes fez da observação e do papel do estagiário um espaço para desabafos e busca de compreensão para algumas inseguranças”. Um estagiário colocou que a família o recebeu como visita e não como observador, sendo indiferentes em relação ao papel de pesquisador que deveria executar.

A supervisão contribuiu para uma troca de experiências que possibilitou a percepção da individualidade de cada participante, também deu mais segurança aos alunos, pois o apoio da supervisora suportou o surgimento de dúvidas, receios e o acolhimento das angústias e desconfortos sobre a experiência no processo de elaboração do autoconhecimento. Na supervisão os conceitos eram fixados, havia direcionamento da postura como observador através dos relatos, a visão sobre o desenvolvimento infantil e o impacto sobre ele a partir do vínculo com a mãe foram amplificados. Todo o processo proporcionou o crescimento tanto pessoal quanto profissional daqueles que se integraram à experiência.

Nascimento, Almeida e Pedroso (2008), enfatizam a necessidade da supervisão, como um momento em que há o compartilhamento das experiências de cada estagiário, possibilitando a troca das vivências entre o grupo e o supervisor. Os questionários demonstraram que a supervisão contribuiu durante o processo, possibilitando um espaço de trocas e aprendizados em diversos fatores pessoais e profissionais. Pereira e Kessler (2016) descrevem a supervisão como o espaço em que se obtém orientações sobre prática através do olhar experiente do supervisor, possibilitando, assim como os estagiários descreveram, um aprofundamento de conhecimentos específicos sobre a linha de abordagem utilizada, e nesse caso, ao

invés de discutir as demandas de pacientes, os estagiários puderam levantar questões sobre os aspectos de desenvolvimento e dos vínculos iniciais, percebendo que esta ligação psíquica entre a díade são fundamentais para a construção do indivíduo.

3) Elementos do Raciocínio Clínico desenvolvidos pelo estágio

No desenvolvimento do artigo foi visto que muito do que é dito na teoria pode ser verificado na prática, através das experiências dos estagiários que participaram da pesquisa por questionários. O estágio contribuiu para a obtenção de habilidades necessárias no contexto da observação, que por sua vez são também importantes para o desenvolvimento de habilidades que o profissional deve ter dentro da análise clínica na relação com seus pacientes.

Sobre os elementos relacionados ao raciocínio clínico desenvolvidos na experiência do estágio se ressalta o relato a seguir: “É interessante apreender dessa experiência a importância da escuta ativa do paciente em questão e de compreender o tempo de desenvolvimento de cada pessoa em termos analíticos. Aprender a escutar sem emitir inferências se torna um processo importante para toda a construção do psicólogo em formação, para que não realize constatações equivocadas. Compreender que nem sempre é necessário saber ou dar uma resposta, mas que estar presente, "inteiro" naquele momento significa muito”. Os questionários, em geral, demonstraram que os alunos tiveram a oportunidade de treinar a habilidade de observar o outro sem julgamentos e inferências próprias, apresentando dificuldades no início, que foram sendo trabalhadas durante o andamento do estágio.

Segundo os relatos, o estágio contribuiu para a compreensão da importância da terapia pessoal para o psicólogo para se diferenciar do paciente, se disponibilizando para o outro, para assim conseguir escutar de uma maneira ativa, mas sem fazer julgamentos sobre o outro. Para conseguir acolher o conteúdo trazido para a análise, com um olhar específico e intuitivo e respeitando as verdades do paciente, sabendo separar suas próprias questões das questões do outro, Zimerman (2008) pontua que o analista precisa formar com o paciente uma aliança terapêutica, que descreve como um vínculo essencial para o processo analítico.

Entre outros aspectos, houve o entendimento sobre a neutralidade do psicólogo, que significa saber “o que é meu e o que é do outro”, daí mais um aspecto importante para a terapia pessoal, onde se adquire o autoconhecimento, que permite que o estagiário e o analista estejam totalmente disponíveis para acolher a pessoa, mas sem colocar ou confundir com suas próprias questões pessoais.

O inconsciente não resolvido do analista pode ser invocado durante as sessões, e quando isso ocorre, o analista deve saber identificar e manejar

adequadamente para não repercutir sobre o setting terapêutico. Pereira e Kessler (2016) destacam daí a importância de estar em análise pessoal, este aspecto foi também percebido pelos entrevistados durante as observações, quando tiveram dificuldade de estar no contexto da família e lidar com suas identificações projetivas e transferenciais para não prejudicar o processo de observação. Essa questão pode ser confirmada quando um dos participantes diz: “Aprendi [...] a importância de me atentar aos meus sentimentos, ao minha saúde mental para estar disponível ao outro, pois quando estava com as emoções “perturbadas” as observações se tornavam empobrecidas”.

Conforme foi apresentado no início das discussões deste artigo, os estudantes que responderam ao questionário expressaram que tiveram dificuldades de se adaptar a sua função nas primeiras visitas com a família, isso confirma que o estágio proporcionou o exercício da negociação de configuração do processo, que pode ser relacionado com o que Zimerman (2008) referencia sobre o setting terapêutico, sendo este o conjunto de características do ambiente em que o processo da análise ocorre, e que o analista e o paciente constroem juntos, devendo ser a postura do analista firme e acolhedora as necessidades de cada indivíduo.

O terapeuta deve criar um vínculo de trabalho específico dentro do contexto da análise e ter um posicionamento acolhedor ao que a pessoa traz para a relação, aceitando a forma como ela se apresenta, e estando atento às identificações projetivas e transferenciais que podem ocorrer, pois elas permitem acessos que revelam a singularidade do indivíduo. Além desses aspectos que Cordioli (1998) descreve, os estagiários perceberam que, assim como os analistas, não deviam ser vistos pela mãe como detentores do saber ou sugestionadores, mas como Ferenczi (1988) pontua sobre a postura do analista, devem ser alguém confiável, franco e sincero.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do referencial teórico e dos conteúdos obtidos através dos questionários, conclui-se que o objetivo da pesquisa foi atingido, pois foi possível investigar sobre as atribuições do estágio em Observação de Bebês para a formação como terapeuta nos alunos que participaram da pesquisa.

De acordo com a análise foi visto que o Estágio de Observação de Bebês conferido no Centro Universitário Municipal de Franca, proporciona aos estudantes o desenvolvimento de características do raciocínio clínico, importantes para a atuação profissional futura, além de transformar o olhar sobre a formação psíquica dos indivíduos relacionada ao desenvolvimento inicial, e destacar a importância da análise pessoal, do conhecimento específico e supervisão das atividades, para subsidiar sua responsabilidade sobre o processo analítico.

Diante dos questionários respondidos, foi possível separar três ~~categorias importantes para a análise das respostas, sendo relacionadas às~~

expectativas dos estagiários antes da vivência, à experiência em si, e aos elementos que desenvolvem o raciocínio clínico. A partir desta pesquisa percebeu-se a necessidade de aprofundamento sobre a postura de observador na formação de psicólogos e analistas, pois essa experiência atenua as expectativas sobre a futura atuação nas diversas áreas como psicólogo, principalmente no manejo clínico.

REFERÊNCIAS

CORDIOLI, Aristedes Volpato. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

FERENCZI, Sándor. (1988). . **A elasticidade da técnica psicanalítica**. In *Escritos psicanalíticos – 1909-1913*. Rio de Janeiro: Taurus. (Trabalho original publicado em 1928.)

FREUD, Sigmund. **Fragmentos da análise de um caso de histeria**. *ESB*, v. 7. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

MARUCCO, Norberto C. **A análise do analista: análise didática, reanálise, auto-análise**. *J. psicanal.*, São Paulo, v. 41, n. 74, p. 187-196, jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352008000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 mar. 2019.

MÉLEGA, M. P.; SONZOGNO, M. C. **O olhar e a escuta para compreender a primeira infância**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

NASCIMENTO, R. D. M. ; ALMEIDA, Miriam Dantas de ; PEDROSO, Janari da Silva . **Reflexões teóricas sobre o método de observação de bebês**. In: III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e IX Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental. 04 a 07 de setembro de 2008, Niterói (RJ). *Pathos: Violência e Poder*, 2008. Disponível em <http://www.psicopatologiafundamental.org.br/uploads/files/iii_congresso/temas_livres/reflexoes_teoricas_sobre_o_metodo_de_observacao_de_bebes.pdf>. Acesso em 4 abr. 2019.

PALHARES, Maria do Carmo Andrade. Transferência e contratransferência: a clínica viva. **Rev. bras. psicanál.**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 100-111, mar. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2008000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 mar. 2019.

PEREIRA, Nathalia Matos; KESSLER, Carlos Henrique. **Reflexões acerca de um início: psicanálise e clínica na universidade**. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 469-485, ago. 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v22n2/v22n2a13.pdf>> Acesso 29 mar. 2019.

STOCHE, Theodolinda Mestriner. **Observação da relação mãe-bebê: método Esther Bick**. *Rev. Bras. Psicicanál.* v. 37, p. 647-654, 2003.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ZIMERMAN, David E. **Manual de técnica psicanalítica**: uma revisão. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO

Experiência no papel de observador da relação mãe-bebê

Objetivo: identificar/caracterizar a experiência no papel de observador da relação mãe-bebê

Público-alvo: estudantes de Psicologia do 2º ao 5º ano da Uni-FACEF que tiveram contato com o estágio de observação de bebês

DADOS PESSOAIS

Idade:

Sexo:

Cidade em que reside:

Ano do curso:

PERGUNTAS

1. Qual era sua expectativa sobre sua função como observador antes do início do estágio?

2. Você teve alguma dificuldade durante o estágio? Justifique sua resposta.

3. O que a supervisão significou no processo de estágio? Justifique sua resposta.

4. A sua opinião inicial sobre o estágio mudou depois de passar pela experiência? Exemplifique.

5. Como esperava que a mãe se sentiria durante as observações?

() Incomodada.

() Disponível.

() Receptiva.

() Desconfiada.

6. Você conseguiu fazer todas as observações que estavam previstas no termo de estágio? Justifique sua resposta.

7. Você conseguiu se integrar na observação?

- () Integralmente.
- () Parcialmente.
- () Não consegui.

8. O que você aprendeu exercendo o papel de observador no estágio?

9. Você teve alguma identificação de papel?

- () Sim, com a mãe.
- () Sim, com o pai.
- () Sim, com o bebê.
- () Sim, com a avó.
- () Sim, com demais envolvidos.
- () Não me identifiquei.

10. Como você se sentiu ao descobrir sobre a sua identificação de papéis na supervisão?

11. A sua identificação influenciou na escrita do relatório de observação? Exemplifique.

12. Como você classificaria a sua experiência?

- () Ótima.
() Boa.
() Ruim.
() Péssima.

13. Você considera que essa experiência foi válida? Justifique sua resposta.

14. Em uma escala de 1 a 4, como você avaliaria essa experiência, sendo 1 o mais baixo e 4 o mais alto?

- (1) (2) (3) (4)

ANTICOAGULAÇÃO EM PACIENTE COM FIBRILAÇÃO ATRIAL E HIPERTIREOIDISMO DESCOMPENSADO: Um relato de experiência

Rafaella Ribeiro de Figueiredo
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
rafa.ribeirofigueiredo@hotmail.com

Amanda Vilas Boas Siqueira Nicodemo
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
amandanicotdemo2@gmail.com

Mariana Orlandi Dias
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
marianaorld@gmail.com

Mariana Pontes de Oliveira
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
maripontes.med@gmail.com

Ana Carolina Garcia Braz Trovão
Docente – Uni-FACEF
carolbtrova@gmail.com

1 Introdução

A fibrilação atrial (FA) é um tipo de arritmia cardíaca sustentada, na qual ocorre uma desorganização na atividade elétrica dos átrios, fazendo com que a anticoagulação seja o ponto central da sua terapêutica, pois as alterações hemodinâmicas predispõem à eventos tromboembólicos e acidente vascular encefálico, principalmente quando associado a presença de outros fatores de risco cardiovasculares, como hipertensão, histórico de infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e hipertireoidismo, uma vez que o aumento da liberação dos hormônios tireoidianos traz consigo diversas alterações sistêmicas devido ao aumento da taxa metabólica. A coexistência da FA e insuficiência cardíaca está relacionada com um pior prognóstico, uma vez que a função dos átrios diminuem sua funcionalidade como bomba e reservatório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Além disso, deve-se ressaltar as possíveis complicações clínicas decorrentes do hipertireoidismo descompensado, resistente ao tratamento com Tapazol há um ano e que necessita de acompanhamento devido às possíveis interações medicamentosas entre esse fármaco, que possui atividade anti-vitamina K e o anticoagulante Warfarina que inibe a síntese de fatores de coagulação dependentes dessa vitamina no fígado (JUNIOR, PROVENZANO & ABREU, 2002). Por essas razões, apesar do paciente apresentar-se em bom estado geral, é necessário acompanhamento longitudinal para avaliação e ajustes da terapêutica. O atendimento a pacientes com distúrbio de coagulação é de extrema relevância na

formação acadêmica, uma vez que proporciona ao discente aprimorar o raciocínio clínico, a partir da avaliação integral do paciente com múltiplos diagnósticos e manifestações clínicas que se interagem. Além disso, foi possível refletir sobre as dificuldades do sistema público de saúde na rede de atenção secundária, especialmente no que se refere à referência e contrarreferência.

2. OBJETIVOS

Relatar a experiência de estudantes de medicina no atendimento de um paciente com distúrbios de hemostasia.

3. METODOLOGIA

A coleta de dados foi obtida por meio de dois atendimentos, em semanas consecutivas, com o auxílio da anamnese, exame físico e registros em prontuários eletrônicos. Foi realizado um atendimento semanal para o paciente em duas semanas consecutivas, sob supervisão docente, nas quais foram realizadas pré-triagem, anamnese, exame físico e registros em prontuários eletrônicos. Além disso, foi pesquisado no sistema os atendimentos progressos do paciente, com a finalidade de melhor compreensão e elucidação do caso. Em seguida, procedeu-se ao estudo do caso clínico para posterior discussão em grupo. Foi realizada revisão de literatura, a fim de compreender as possíveis repercussões clínicas apresentadas pelo paciente, bem como analisar os critérios diagnósticos e escolha da conduta terapêutica, a partir da aplicação de escores de avaliação da necessidade de anticoagulação e dos riscos hemorrágicos validados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.

4. RESULTADOS

Em consulta no referido ambulatório, foi atendido um paciente do sexo masculino, 36 anos, pardo, solteiro, trabalhador rural, residente em zona rural de município próximo à cidade de Franca-SP. Compareceu ao atendimento no ambulatório escola do Hospital do Coração, para acompanhamento da terapia antitrombótica. Apresentava queixa de náusea e dispneia após ingerir suas medicações pela manhã, além de ter apresentado um quadro de epistaxe importante há 2 dias com duração de 40 minutos e melhora espontânea após elevação da cabeça. Paciente relatou infarto agudo do miocárdio há 5 anos e que não fez nenhum acompanhamento após o atendimento de urgência. Faz uso de medicações para hipertensão arterial sistêmica desde então. Há um ano foi diagnosticado com hipertireoidismo, no Ambulatório Médico de Especialidades (AME), e prescrito Tapazol 10 mg, uma vez ao dia. Porém, não foi reavaliado pelo médico endocrinologista e não realizou a ultrassonografia solicitada nessa primeira consulta. Em janeiro de 2019, foi internado no Hospital do Coração de Franca por 17 dias

devido à insuficiência cardíaca sendo, então, diagnosticado, também, com fibrilação atrial. Obteve alta responsável, com a prescrição de Warfarina 5 mg/dia. Por esse motivo, iniciou acompanhamento no ambulatório de hematologia. É sedentário e tabagista há 17 anos, fazendo uso somente de cigarros de palha. Relatou que diminuiu a carga tabágica de 30 para 4 cigarros ao dia após internação. No momento da consulta, encontrava-se assintomático.

As medicações de uso contínuo, e suas respectivas doses, são.

Tabela 1: Medicações de uso contínuo

MEDICAÇÃO	DOSE
Warfarina 5mg	1x/dia (manhã)
Digoxina 0,25mg	1x/dia (manhã)
Furosemida 40mg	1x/dia (manhã)
Carvedilol 25mg	2x/ dia (manhã e tarde)
Losartana 50mg	2x/ dia (manhã e tarde)
Tapazol 10 mg	1x/ dia (tarde)
Espironolactona 25mg	1x/ dia (tarde)

Fonte: Autores (2019).

Foi relatado que possui antecedentes familiares de doenças cardiovasculares, além de acidente vascular encefálico. Mãe e dois tios paternos faleceram em decorrência de infarto agudo do miocárdio.

Foram realizados os escores CHA2DS2-VASc e HAS-Bled para avaliação do risco de eventos tromboembólicos do paciente, uma vez que a seleção da terapia antitrombótica deve ser baseada no risco absoluto de eventos embólicos e risco de sangramentos. Esses possuíram pontuação de 2 e 3, respectivamente, sendo então comprovado a necessidade de manter a anticoagulação e o acompanhamento regular devido à maior chance de haver sangramentos. O exame laboratorial de INR realizado no dia da consulta foi de 4,52 na primeira consulta, acima do esperado entre 2 e 3, o que justifica o quadro de epistaxe apresentado pelo paciente. Na consulta anterior, o resultado tinha sido de 2,63.

Ao exame físico, paciente apresentava-se em bom estado geral, consciente e orientado, eupneico, anictérico, acianótico e afebril. Fácies e marcha atípicas. Emagrecido, com panículo adiposo escasso e musculatura eutrófica.

Corado, sudoreico, com mucosas hidratadas, pele com turgor e elasticidade preservados, extremidades quentes e úmidas. Ausência de linfonodomegalias, lesões elementares, circulação colateral e edemas. Tireoide com aumento difuso palpável bilateralmente, superfície regular, móvel, indolor e sem sopros. Tórax simétrico, com expansibilidade preservada e murmúrio vesicular presente bilateralmente e ausência de ruídos adventícios. Ritmo cardíaco regular, com duas bulhas normofonéticas e sopro holossistólico em valva mitral 2+/4+. Pulsos periféricos filiformes em membros superiores e inferiores. Preenchimento capilar menor que 3 segundos. Abdome plano, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, ausência de visceromegalias. Membros inferiores sem edema, cordões varicosos, crepitações e dores articulares à movimentação.

A conduta para regularizar o valor do INR foi reduzir a dose da Warfarina para metade e agendado outro retorno para a próxima semana. Na segunda consulta, paciente apresentava-se assintomático no momento, mas, relatou as mesmas queixas de dispneia e náusea após a ingestão dos medicamentos. Foi realizado novo exame, com INR no valor de 6,9. Não houve nenhuma alteração no exame físico. A conduta, então, foi suspender a Warfarina de 5 mg/dia por quatro dias e reiniciar o tratamento com apenas um quarto do comprimido (1,25 mg/dia) até a normalização, pois o risco de sangramentos é considerado alto com esse valor de INR. Além disso, foi remarcado outro retorno para nova avaliação.

5. DISCUSSÃO

Pelos escores CHA2DS2-VASc e HAS-Bled para avaliação do risco de eventos tromboembólicos do paciente, evidenciou-se a necessidade de manter a terapia antitrombótica pelo risco de eventos embólicos e de sangramentos. Diante da complexidade do caso, vale a análise de todas as comorbidades do paciente com o intuito de relacionar todos os componentes necessários para a avaliação integral de seu estado de saúde. A fibrilação atrial (FA) é um tipo de arritmia cardíaca sustentada, na qual ocorre uma desorganização na atividade elétrica dos átrios, fazendo com que eles percam a capacidade de contração, tornando-os incapazes de gerar a sístole atrial. Por essa razão, a anticoagulação é o ponto central da sua terapêutica, visto que as alterações hemodinâmicas predispõem à eventos tromboembólicos e acidente vascular encefálico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Além disso, a anticoagulação torna-se ainda mais importante diante do quadro apresentado, em que há associação de insuficiência cardíaca com redução de fração de ejeção de ventrículo esquerdo associado à hipertensão arterial sistêmica (MARTINS ET. AL, 2016).

Ademais, deve-se relacionar a presença de outros fatores de risco cardiovasculares, como o hipertireoidismo, uma vez que o aumento da liberação dos hormônios traz consigo diversas alterações sistêmicas devido ao aumento da taxa metabólica. A síndrome clínica causada pelo aumento desses hormônios tireoidianos é classificada como tireotoxicose, que também pode ser causada pela

elevação do T3 e supressão do TSH, o que não se relaciona, essencialmente, à hiperfunção da tireoide. Entretanto, independente da causa da tireotoxicose, é preciso ressaltar a existência das alterações no sistema cardiovascular provocadas por ela (MARTINS ET. AL, 2016).

Por essas razões, o objetivo deste relato é apresentar as repercussões dessas comorbidades na qualidade de vida do paciente, em especial, as possíveis complicações clínicas decorrentes da anticoagulação pelo risco da ocorrência de fenômenos tromboembólicos. Também, espera-se discorrer sobre os fatores de risco clássicos para o desenvolvimento da fibrilação atrial, muitos dos quais o paciente apresenta, como hipertensão, histórico de infarto agudo do miocárdio (IAM), e insuficiência cardíaca (IC) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Diante de todas as informações apresentadas, sabe-se que a coexistência entre fibrilação atrial e insuficiência cardíaca é comum, uma vez que apresentam muitos fatores de risco semelhantes, que predispõem ao surgimento concomitante das duas patologias. A coexistência dessas comorbidades está relacionada com um pior prognóstico, uma vez que a função dos átrios diminuem sua funcionalidade como bomba e reservatório (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016). Além dessa associação, vale destacar o hipertireoidismo que, por si só, é capaz de causar alterações cardíacas, como a hipertrofia ventricular decorrente da ação do hormônio T3, que exige maior débito cardíaco devido ao hipermetabolismo. Diante da complexidade do caso, há inúmeros pontos que merecem ser avaliados com cautela (MARTINS ET. AL, 2016).

Como a fibrilação atrial tornou-se um importante problema de saúde pública, é necessário o reconhecimento desta condição e suas repercussões, visto que muitos fatores de risco estão relacionados aos próprios diagnósticos prévios do paciente e que, provavelmente, contribuíram para o aparecimento da doença. Entre esses fatores que influenciam na formação e/ou propagação anormal do impulso elétrico pelos átrios, pode-se destacar a hipertensão, o infarto do miocárdio e a insuficiência cardíaca, os quais o paciente apresentava. Todas essas patologias concomitantes, associadas ou não à arritmia, podem interferir na ação do anticoagulante oral, potencializando-o ou reduzindo-o, o que pode ocasionar grandes implicações no manejo clínico da fibrilação atrial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O hipertireoidismo refere-se ao aumento da síntese e liberação dos hormônios tireoidianos pela glândula tireoide, o que leva a sinais e sintomas secundários ao estímulo adrenérgico, como nervosismo, ansiedade, taquicardia, sudorese excessiva, perda de peso, dispneia, edema de membros inferiores, bócio, pele quente e úmida, entre outros. Nesta condição, também, é comum o achado de distúrbios eletrocardiográficos como taquicardia sinusal e fibrilação atrial (FA), sendo uma causa importante de insuficiência e de complicações de natureza tromboembólica (MAIA ET AL., 2013).

Por essa razão, a avaliação da função tireoidiana está presente no protocolo de investigação da causa de quadros de fibrilação atrial, uma vez que o controle terapêutico do hipertireoidismo resulta na melhora espontânea da FA. Porém, deve-se ressaltar que, na tireotoxicose, o metabolismo da vitamina K está aumentado, o que, por conseguinte, indica a necessidade de acompanhamento desses pacientes em uso de agentes cumarínicos, uma vez que a vitamina K faz antagonismo à ação da Warfarina (JUNIOR, PROVENZANO & ABREU, 2002). Entretanto, no caso do paciente relatado, deve-se ressaltar que o uso de Tapazol, que irá agir sinergicamente com o anticoagulante anti-vitamina K, pois uma de suas funções é justamente, reduzir sua atividade.

A Warfarina é indicada para a prevenção primária e secundária de inúmeros eventos tromboembólicos, entre eles, o tromboembolismo venoso, além da prevenção do embolismo sistêmico em pacientes com prótese de válvulas cardíacas ou fibrilação atrial, assim como na prevenção do acidente vascular cerebral, do infarto agudo do miocárdio e da recorrência de infartos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016). A medicação age na inibição da síntese de fatores de coagulação dependentes da vitamina K, incluindo os fatores II, VII, IX e X, e as proteínas anticoagulantes C e S, isto é, inibe a via extrínseca e comum da cascata de coagulação (MAIA ET AL., 2013).

O INR é um importante parâmetro de acompanhamento longitudinal do paciente em uso de anticoagulantes, pois o reajuste da dose visa evitar oscilações dos padrões de normalidade, entre 2 e 3, com o objetivo de proporcionar redução de eventos tromboembólicos, direcionando as condutas terapêuticas. Além disso, a necessidade de monitorização periódica do INR, em pacientes que fazem uso de warfarina, e as diversas interações com outros fármacos e alimentos, resultam frequentemente em níveis subterapêuticos de anticoagulação ou em elevado risco de eventos hemorrágicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Devido à maior propensão dos pacientes com fibrilação atrial de apresentarem risco inerente de formar coágulos pela própria arritmia, torna-se claro a necessidade de avaliar a indicação de anticoagulação por meio da inclusão de critérios de risco que possam caracterizá-los. Atualmente, o escore CHA2DS2VASc (tabela 1) é o mais utilizado para a triagem dos pacientes que necessitam da anticoagulação, sendo a terapia indicada conforme sua classificação de risco (tabela 2) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Tabela 2: Escore de CHA₂DS₂-VASc utilizado para avaliação de risco para fenômenos tromboembólicos em pacientes portadores de fibrilação atrial

CHA ₂ DS ₂ -VASc		
Sigla	Parâmetro	Pontuação
C	CHF = ICC	1
H	Hypertension = HAS	1
A ₂	Age = Idade (>75 anos)	2
D	Diabetes	1
S ₂	Stroke = AVC ou AIT progressivo	2
V	Vascular disease = Doença vascular	1
A	Age = Idade (entre 65-74 anos)	1
Sc	Sex category = Sexo feminino	1

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016).

Tabela 3: Escore de CHA₂DS₂-VASc utilizado para avaliação de risco para fenômenos tromboembólicos em pacientes portadores de fibrilação atrial

Categoria de risco	Escore CHA ₂ DS ₂ -VASc	Terapia recomendada
Ausência de fatores de risco	0	Nada ou AAS 81-300 mg
1 fator de risco clinicamente não-maior	1	ACO ou AAS 81-300 mg
1 fator de risco maior ou ≥2 clinicamente relevantes não-maiores	≥2	ACO

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016)

Outro escore válido é o HAS-BLED (tabela 3), pois, por meio dele, pode-se prever o risco de hemorragias decorrentes da anticoagulação, em que pontuação maior que 3 indica maior risco de sangramento. Este escore não contraindica o uso de ACO, mas orienta quanto a necessidade de cuidados especiais para tornar o tratamento mais seguro. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Por meio de revisão da literatura, pode-se inferir que o evento hemorrágico descrito pelo paciente pode ter sido pela interação medicamentosa entre a Warfarina e o Tapazol, uma vez que esse medicamento também é absorvido no trato gastrointestinal e é rapidamente metabolizado pelo fígado, com atividade anti-vitamina K, o mesmo mecanismo de ação do anticoagulante. Por esse motivo, é fundamental o acompanhamento longitudinal e integral, uma vez que a essa interação pode dificultar o manejo terapêutico deste paciente.

Tabela 3: Variáveis clínicas empregadas para identificação de pacientes com risco de hemorragia dos anticoagulantes orais incluídas no escore HAS-BLED

HAS-BLED bleeding risk score		
Letter	Clinical characteristic ^a	Points awarded
H	Hypertension	1
A	Abnormal renal and liver function (1 point each)	1 or 2
S	Stroke	1
B	Bleeding	1
L	Labile INRs	1
E	Elderly (e.g. age >65 years)	1
D	Drugs or alcohol (1 point each)	1 or 2
		Maximum 9 points

Fonte: Clínica Médica FMUSP (2016)

Ademais, a falta de atendimento integral e multiprofissional pode ser o ponto principal deste caso, pois a quantidade de diagnósticos e medicamentos utilizados pelo paciente leva a compreender que sua demanda clínica não está sendo atendida, uma vez que este não tem acesso a todas as especialidades que necessita. Como descrito acima, o hipertireoidismo descompensado, por si só, pode levar a manifestações cardíacas como a fibrilação atrial, e as interações medicamentosas podem estar interferindo na adequada anticoagulação do paciente.

7. CONCLUSÃO

Por meio desse trabalho, pode-se enfatizar o quanto a prática clínica, por meio dos atendimentos no ambulatório escola, é relevante para a nossa formação acadêmica, pois o reconhecimento da complexidade dos casos propicia aos discentes a oportunidade de aprimorar o raciocínio clínico e de compreender a necessidade da avaliação integral do paciente com comorbidades. Além disso, o estágio em hematologia nos permitiu explorar as manifestações clínicas que se interagem, principalmente, quando associadas ao uso de diversos medicamentos. Além disso, foi possível refletir sobre as dificuldades do sistema público de saúde, especialmente no que se refere à referência e contrarreferência desses pacientes que necessitam de atendimentos especiais.

REFERÊNCIAS

JUNIOR, L.F.R.F., Provenzano, S.S.N., & Abreu, L.M. . As alterações cardiovasculares nas doenças tireoidianas. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*, v.15, n.1, jan/fev/mar 2002.

NICODEMO, Amanda Vilas Boas Siqueira; DIAS, Mariana Orlandi; FIGUEIREDO, Rafaella Ribeiro de; OLIVEIRA, Mariana Pontes de; TROVÃO, Ana Carolina Garcia Braz

MAIA, A.L., Scheffel, R.S., Meyer, E.L.S., Mazeto, G.M.F.S., Carvalho G.A., Graf, H., Vaisman, M., Maciel, L.M.Z., Ramos, H.E., Tincani, A.J., Andrada, N.C., Ward, L.S. (2013). Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento do hipertireoidismo: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica*, 13.

MARTINS, M.A., Carrilho, F.J., Alves, V.A.R., Castilho, E.A., Cerri, G.G. Clínica Médica. FMUSP - Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo. Manole. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. (2016). II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*.

ANTICOAGULAÇÃO EM PACIENTES COM FIBRILAÇÃO ATRIAL: Um relato de experiência

Amanda Vilas Boas Siqueira Nicodemo
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
amandanicotdemo2@gmail.com

Mariana Orlandi Dias
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
marianaorld@gmail.com

Mariana Pontes de Oliveira
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF
maripontes.med@gmail.com

Rafaella Ribeiro de Figueiredo
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF
rafa.ribeirofigueiredo@hotmail.com

Ana Carolina Garcia Braz Trovão
Docente-Uni-FACEF
carolbtrovao@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A fibrilação atrial é uma arritmia supraventricular resultante de uma atividade elétrica atrial desorganizada e tornou-se um importante problema de saúde pública, com grande consumo de recursos em saúde. Apresenta importante repercussão na qualidade de vida, em especial devido a suas consequências clínicas, fenômenos tromboembólicos e alterações cognitivas (NETO, MOREIRA e MIRANDA, 2018).

Os fatores de risco clássicos para o desenvolvimento da fibrilação atrial englobam a hipertensão, diabetes, doença valvar, infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca (II DIRETRIZ BRASILEIRA DE FIBRILAÇÃO ATRIAL, ABRIL). Em pacientes com FA é importante avaliar o risco de fenômenos tromboembólicos, uma vez que essa é a doença cardiovascular mais emboligênica.

Com isso a anticoagulação tem papel importante em paciente com FA, mas seu uso pode ter consequências hemorrágicas graves. Dessa forma é importante identificar os pacientes em que a terapia com anticoagulantes orais está indicada, avaliação que pode ser feita através de escores como o CHADS2 e o CHA2DS2 VASc, além do escore HAS-BLED capaz de prever o risco de sangramento consequente da anticoagulação e posteriormente seguir a melhor conduta.

Além disso, um tratamento adequado e de grande utilização para o tromboembolismo venoso é a anticoagulação oral com inibidores da vitamina K, como a varfarina, porém estes devem ser administrados com cuidado, devido à estreita janela terapêutica. O principal objetivo desta terapia é manter os níveis de anticoagulação adequados para prevenção de eventos tromboembólicos com o menor risco hemorrágico. O tempo de protrombina (TP) com a razão de normatização internacional (RNI ou INR) é o exame mais utilizado, na prática clínica, para controle da anticoagulação oral (ARAÚJO, DOMINGUES e BELLEN, 2014).

Dessa forma, por meio das informações das condições do paciente, objetiva-se relacionar e integrar o conteúdo acadêmico à prática profissional através da discussão deste caso (Situações especiais com relação a anticoagulantes orais, 2017).

2. OBJETIVO

Relatar a experiência de estudantes de medicina no atendimento ambulatorial de pacientes com distúrbios de hemostasia e outras doenças associadas.

3. METODOLOGIA

Relato desenvolvido na disciplina de hematologia do Centro Universitário Municipal de Franca. Os dados foram colhidos durante atendimentos feitos por alunos do sétimo semestre do curso de medicina, por meio da anamnese, exame físico e de pesquisa do prontuário eletrônico do paciente. A partir disso, através de revisão literária foi discutido com o docente o seguimento adequado no que diz acordo a anticoagulação oral do paciente e os risco de sangramento consequente do tratamento.

4. RESULTADOS

Paciente masculino, pardo, 36 anos, PA: 100 x 60 mmHg relata que há dois meses iniciou com quadro de queimação e dor no peito, taquicardia, tonturas, além de dispneia aos pequenos esforços, ortopneia e dispneia paroxística noturna. O quadro também foi acompanhado de tosse seca, que piorava a noite. Em decorrência do quadro paciente procurou atendimento médico e ficou internado no Hospital do Coração de Franca por 17 dias, quando foi diagnosticado com fibrilação atrial. Ainda internado iniciou uso de Heparina, sendo esta posteriormente associada à varfarina. Com a alta paciente seguiu em uso apenas da varfarina. Recebeu alta no mês anterior à consulta e desde então relata melhora dos sintomas. Nega qualquer queixa nos demais aparelhos.

Paciente possui diagnóstico prévio de insuficiência cardíaca e hipertireoidismo e está em uso de Carvedilol 25mg 12/12h, Losartana 50mg 12/12h,

Espironolactona 25mg 1x a tarde, Furosemida 40mg manhã, Digoxina 0,25mg manhã, Tapazol 10mg 1x dia e Varfarina 1x ao dia. Também relata historia previa de Acidente Isquêmico Transitório (AIT).

Refere ser sedentário e tabagista há 17 anos. Nega etilismo.

Há histórico de doenças cardiovasculares na família, sendo que a mãe e o avô paterno têm histórico de acidente vascular encefálico e a mãe faleceu devido a infarto agudo do miocárdio, dois tios paternos também faleceram devido a mesma patologia. Além do mais, a tia paterna possui histórico de insuficiência cardíaca congestiva e Infarto agudo do miocárdio.

No exame físico, paciente apresentou regular estado geral, corado, hidratado, sem edemas, afebril ao toque, sem turgência jugular, sem linfonodomegalias, anictérico, acianótico e emagrecido. Tireoide palpável com aumento simétrico difuso. Ritmo cardíaco irregular, presença de sopro holossistólico com predomínio em valva mitral, pulso arritmico e filiforme bilateralmente e ausência de edema em MMII. Os demais órgãos não apresentavam alterações.

Exames laboratoriais: INR : 2,63

Durante a consulta foram realizados os escores CHADS2 e CHA2DS2-VASc para avaliação dos riscos para fenômenos tromboembólicos do paciente, sendo os resultados 2 e 3 respectivamente e o escore HAS-BLED para avaliação de risco de sangramento.

5. DISCUSSÃO

A fibrilação atrial é a principal fonte emboligênica de origem cardíaca de que se tem conhecimento, representa cerca de 45% dos casos quando comparada com outras cardiopatias, como infarto do miocárdio, aneurismas ventriculares e doenças valvares (II DIRETRIZ BRASILEIRA DE FIBRILAÇÃO ATRIAL, ABRIL).

Visto que foi identificado na história do paciente e também no exame físico do aparelho cardiovascular sinais e sintomas condizentes com diagnóstico de fibrilação atrial, foi necessário identificar se o paciente preenche critérios para a anticoagulação oral, uma vez que estudos epidemiológicos demonstram clara associação entre fibrilação atrial e risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC), isquêmico ou hemorrágico, além de alta mortalidade (CABRAL, VOLPATO, et al., 2004).

Assim, foi utilizado o escore de CHADS2 (Tabela 1) para avaliação de risco para fenômenos tromboembólicos em pacientes portadores de fibrilação atrial. Pacientes com escore CHADS2 ≥ 2 têm risco elevado para fenômenos tromboembólicos, enquanto pacientes com escores entre zero e 1, apesar de apresentarem algum risco (por volta de 2,8 a 4% ao ano), não têm a anticoagulação contemplada. Dessa forma apenas pacientes identificados como alto risco devem

realizar o tratamento com anticoagulantes orais (ACO). Também foi feito o escore de CHA2DS2-VASc (Tabela 2) para a avaliação de risco para fenômenos tromboembólicos (II DIRETRIZ BRASILEIRA DE FIBRILAÇÃO ATRIAL, ABRIL).

Tabela 1 – Escore de CHADS2 utilizado para avaliação de risco para fenômenos tromboembólicos em pacientes portadores de fibrilação atrial (ANEXO A)

Tabela 2 – Escore de CHA2DS2-VASc utilizado para avaliação de risco para fenômenos tromboembólicos em pacientes portadores de fibrilação atrial. (ANEXO B)

Tabela 3 – Variáveis clínicas empregadas para identificação de pacientes com risco de hemorragia pelos anticoagulantes orais incluídas no escore HAS-BLED (ANEXO C)

Na classificação de CHA2DS2-VASc, o paciente apresenta escore de três pontos. Visto que o paciente em questão foi classificado com alto risco em ambos os escores, a anticoagulação neste caso é recomendada.

Pacientes com FA apresentam um risco maior de hemorragia quando tratados com Anticoagulantes Orais - ACO. História de sangramento, disfunção renal ou hepática, hipertensão arterial não controlada (níveis pressóricos acima de 160 mmHg), além da labilidade da taxa de Razão Normalizada Internacional (RNI), a idade > 65 anos e uso de fármacos anti-inflamatórios ou consumo de álcool, são fatores de risco que aumentam a possibilidade de sangramento em pacientes em uso de Varfarina (II DIRETRIZ BRASILEIRA DE FIBRILAÇÃO ATRIAL, ABRIL).

Por essa razão, na terapêutica com ACO, visando-se à prevenção do AVC, é necessário não apenas avaliar o risco de tromboembolismo sistêmico, utilizando-se o escore CHADS-VASc, mas também de hemorragia quando o ACO for prescrito. Nesse caso, o escore de risco mais empregado é o HAS-BLED, cuja pontuação > 3 indica maior risco de hemorragia pelo ACO. Este escore não contraindica o uso de ACO, mas orienta quanto à necessidade de cuidados especiais para maior segurança no tratamento (II DIRETRIZ BRASILEIRA DE FIBRILAÇÃO ATRIAL, ABRIL). Na consulta, o paciente apresentava escore igual a dois, não o colocando em risco de sangramento resultante do tratamento.

A Varfarina é um anticoagulante que atua como antagonista de vitamina K, uma vez que ela inibe a síntese de hidroquinona. Sendo assim o medicamento faz com que o fígado produza fatores de coagulação dependentes de

vitamina k descarboxilados ou pouco carboxilados e assim estes não atuam de forma eficaz na hemostasia. Os fatores dependentes de vitamina k são os fatores II, VII XI e X. A Varfarina é um anticoagulante de referência e primeira escolha em diversas situações clínicas mesmo na presença de morbidades associadas. Em complicações hemorrágicas desencadeadas pelo medicamento, a vitamina K pode ser usada como antídoto para suprimir seu efeito (KATZUNG, MASTERS e TREVOR, 2014).

A posologia/dose da Varfarina requer controle / monitoramento ambulatorial através do exame de INR, que é um método de calibração do tempo de protrombina com o objetivo de reduzir a variação no resultado de TP, entre os diferentes laboratórios clínicos, sendo um exame disponível no SUS. O nível adequado de INR para uma anticoagulação eficaz e segura, para a maioria das indicações, está no intervalo de 2,0 a 3,0 (ARAÚJO, DOMINGUES e BELLEN, 2014). Como o INR do paciente estava 2,63, de acordo com o exame levado à consulta, foi comprovado que a terapia estava sendo efetiva e que o paciente não apresentava risco de sangramento.

Para que o INR do paciente mantenha-se entre os valores desejados é importante que os pacientes em uso de anticoagulante oral recebam orientações sobre os cuidados necessários para que o medicamento seja eficaz e traga melhorias à qualidade de vida, sem que haja riscos adicionais. É sabido que os ACO são antagonistas da vitamina K, com isso torna-se necessário o aconselhamento do paciente quanto à alimentação, sendo que esta deve incluir alimentos com vitamina k, mas de forma equilibrada e constante, nunca em excesso, pois pode interferir no mecanismo do medicamento. Dentre os alimentos ricos em vitamina k destacam-se vegetais e folhas verdes. Ademais é importante aconselhar esses indivíduos em relação ao autocuidado, como evitar a prática de esportes que aumenta o risco de ferimentos, realizar o uso do medicamento todos os dias e no mesmo horário, se atentar a possíveis sangramentos espontâneos, quando necessários procedimentos cirúrgicos ou invasivos avisar o responsável sobre o uso do medicamento e também não recomendar a automedicação, pois muitos medicamentos interagem com o ACO (AGNES, CLAUSELL e ROHDE).

Em relação à varfarina, medicamento em uso pelo paciente, é importante destacar que é uma droga que apresenta grande risco de interação medicamentosa e esse risco é ainda maior em pacientes cardiopatas, uma vez que estes necessitam de uso concomitante de vários medicamentos. A varfarina pode ter seu efeito potencializado quando utilizado em conjunto com esteroides anabólicos (como: etilestranol, metandrostenolona, noretandolona), amiodarona, amitriptilina/nortriptilina, benzafibrato, cefamandol, cloranfenicol, cimetidina, ciprofloxacino, clofibrato, cotrimoxazol, danazol, destotiroxina, dipiridamol, eritromicina, neomicina, fluconazol, glucagon, metronidazol, miconazol, oxifenilbutazona, fenformina, fenilbutazona, feniramidol, quinidina, salicilatos, tolbutamida, sulfonamidas (ex: sulfafenazol, sulfipirazona), tamoxifeno, triclofos,

diflunisal, flurbiprofeno, indometacina, ácido mefenâmico, piroxicam, sulindaco e, possivelmente, outros analgésicos anti-inflamatórios, cetoconazol, ácido nalidíxico, norfloxacino, tetraciclina e outros antibióticos de largo espectro, alopurinol, dissulfiram, metilfenidato, paracetamol, fármacos para tratamento de disfunções da tireoide e qualquer fármaco potencialmente tóxico ao fígado. A atividade anticoagulante da varfarina pode ser inibida por alguns fármacos, tais como: aminoglutetímida, barbiturato, carbamazepina, etclorvinol, glutatímida, griseofulvina, dicloralfenazona, primidona, rifampicina e contraceptivos orais (CAMPOS).

Além do mais, é relevante o histórico de doença prévia do paciente, já que ele possui hipertireoidismo e o coração está entre os órgãos que mais responde à doença da tireoide. Palpitação, taquicardia, dispneia e hipertensão sistólica são comumente encontradas. Cerca de 15% - 25% dos pacientes com hipertireoidismo apresentam fibrilação atrial persistente.

O hipertireoidismo tem ação direta no coração, uma vez que seus hormônios agem aumentando a sensibilidade da fibra cardíaca e também a quantidade de receptores beta-adrenérgicos. Ocorre alterações da contratilidade cardíaca, devido ao aumento da demanda metabólica no tecido periférico, ocasionando o aumento do débito cardíaco, diminuição do período de ejeção sistólica, diminuição da resistência vascular periférica e pressão de pulso alargada. O tratamento correto do hipertireoidismo pode diminuir ou até mesmo eliminar os sintomas cardiovasculares associados. Metade dos pacientes com FA quando alcançam o eutireoidismo apresentam melhora do quadro (BORTOLON e FRANÇA, 2009).

Visto que o paciente faz uso de Tapazol®, o qual tem como princípio ativo o tiamazol, indicado no tratamento clínico do hipertireoidismo, recomenda-se observação frequente do tempo de Protrombina (relativo à coagulação do sangue), pois, este fármaco pode causar hipoprotrombinemia. O Tapazol® pode interagir com a Varfarina, potencializando seu efeito e aumentando o risco de sangramento, uma vez que a Varfarina atua sobre a Protrombina (fator II da cascata da coagulação). Sendo assim uma das interações medicamentosas deste medicamento são anticoagulantes (orais), pois a atividade de anticoagulantes pode ser potencializada pela atividade anti-vitamina K atribuída ao tiamazol. (JUNIOR, 2018)

Também é possível relacionar o hipertireoidismo com a IC apresentada pelo paciente, uma vez que em pacientes com hipertireoidismo ocorre a hipertrofia ventricular secundária à ativação da síntese de proteínas pela ação do hormônio T3 e o aumento do trabalho cardíaco, que ocorre por uma situação hipermetabólica. O aparecimento de IC em pacientes com hipertireoidismo possui mecanismos complexos, o que se sabe é que o aumento da frequência cardíaca desencadeia níveis supranormais de FEVE ao repouso, em quando durante o esforço ocorre diminuição da FEVE e sintomas como dispneia, fadiga e tosse, quadro clínico semelhante ao relatado pelo paciente (GÜRDOĞAN, ARİ, et al., 2016).

O paciente também apresenta entre as comorbidades a insuficiência cardíaca. É importante ressaltar que a coexistência de IC e FA é comum, uma vez que apresentam fatores de risco semelhantes e uma doença predispõe a existência da outra. A IC quando associada à fibrilação atrial significa um pior prognóstico, além de piorar a qualidade de vida do paciente. Isso ocorre porque em paciente com IC os átrios perdem sua função de bomba e reservatório, assim com a instalação da FA nesses pacientes ocorre a redução de 20% do débito cardíaco, que em consequência gera a perda da contração atrial, aceleração da frequência cardíaca e enchimento irregular do ventrículo, causando um prejuízo hemodinâmico e a piora da IC. Nesses pacientes é importante que o comprometimento hemodinâmico seja avaliado, uma vez que a arritmia quando desenvolvida piora significativamente o prognóstico dos pacientes e requer uma interferência rápida para controle do caso e das complicações (NASCIMENTO e MESQUITA, 2010).

6. CONCLUSÃO

Concluimos que apesar de estarmos inseridos em um ambulatório de especialidade, foi necessário conhecer com integridade a história do paciente, no intuito de oferecer uma conduta adequada e eficaz. A abrangência clínica do caso exigiu aprendizado sobre outras áreas específicas e já estudadas anteriormente e dessa forma tivemos a oportunidade de revisar e sedimentar conhecimentos já adquiridos, além ter acesso a novas informações.

Ademais é de extrema importância que consigamos durante a formação integrar conhecimentos teóricos a prática clínica, para que assim saibamos empregar da melhor forma os conhecimentos técnicos adquiridos.

REFERÊNCIAS

AGNES, M. B.; CLAUSELL, N.; ROHDE, L. E. Manual de Orientações para Pacientes em uso de Anticoagulantes Orais, n. 2.

ARAÚJO, A. C. O.; DOMINGUES, R. B.; BELLEN, B. V. Determinação do INR: comparação entre método convencional e dispositivo portátil. **Jornal Vascular Brasileiro**, 13, n. 2, abril-junho 2014. 88-93.

BORTOLON, F. T.; FRANÇA, H. H. FIBRILAÇÃO ATRIAL, INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO E OCLUSÃO ARTERIAL AGUDA EM PACIENTE JOVEM COM HIPERTIREOIDISMO. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 11, n. 3, 2009.

CABRAL, O. L. et al. FIBRILAÇÃO ATRIAL CRÔNICA, AVC E ANTICOAGULAÇÃO. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 64, n. 4, 2004.

CAMPOS, M. W. I. **Anvisa**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmvisualizarbula.asp?pnutransacao=8734612014&pidanexo=2243449>. Acesso em: 17 maio 2019.

N, M. et al. Preditores de Recorrência de Fibrilação Atrial em Pacientes com Eutireoidismo e Hipertireoidismo. **ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA**, 2016.

II DIRETRIZ BRASILEIRA DE FIBRILAÇÃO ATRIAL. **SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA**, v. 106, n. 4, 2016 ABRIL.

JUNIOR, D. A. ANVISA, 2018. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=5344132018&pldAnexo=10605737>. Acesso em: 09 maio 2019.

KATZUNG, B. G.; MASTERS, S. B.; TREVOR, A. J. **Farmacologia Basica e Clinica**. 12. ed. [S.I.]: AMGH EDITORA Ltda., 2014.

NASCIMENTO, B. C. D.; MESQUITA, E. T. Fibrilação Atrial na Insuficiência Cardíaca: novos avanços na genética molecular e no tratamento. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 23, n. 1, janeiro/fevereiro 2010.

NETO, J. F.; MOREIRA, H. T.; MIRANDA, C. H. Fibrilação Atrial. **Revista QualidadeHC**, julho 2018.

SITUAÇÕES especiais com relação a anticoagulantes orais. **Revista da SOCESP**, v. 23, n. 3, julho-setembro 2017.

ANEXO

CHA ₂ DS ₂ -VASc	Pontuação
Congestive heart failure/left ventricular dysfunction (ICC/ disfunção ventricular esquerda)	1
Hypertension (hipertensão)	1
Age ≥ 75 yrs (idade ≥ 75 anos)	2
Diabetes mellitus (diabetes melito)	1
Stroke/transient ischaemic attack/TIA (histórico de AVC)	2
Vascular disease (prior myocardial infarction, peripheral artery disease or aortic plaque) (Doença Vascular)	1
Age 65–74 yrs (idade)	1
Sex category (i.e. female gender) (Sexo feminino)	1

Crítérios de risco CHADS ₂	Pontuação
Cardiac failure (IC)	1
Hypertension (Hipertensão)	1
Age ≥ 75 (idade ≥ 75 anos)	1
Diabetes mellitus (diabetes melito)	1
Stroke or TIA (histórico de AVC ou AIT)	2

IC: insuficiência cardíaca; AVC: acidente vascular cerebral; AIT: ataque isquêmico transitório.

Risco HAS-BLED	Pontuação
Hypertension (hipertensão)	1
Abnormal renal or liver function (1 point each) (alteração de função renal ou hepática)	1 ou 2
Stroke (AVC)	1
Bleeding (sangramento prévio)	1
Labile INRs (instabilidade de RNI)	1
Elderly (i.e. age > 65 years) (idade avançada)	1
Drugs or alcohol (1 point each) (uso de drogas ou álcool)	1 ou 2

AVC: acidente vascular cerebral; RNI: Razão Normalizada Internacional.

APLICAÇÃO DO TESTE DE DENVER II POR ESTUDANTES DE MEDICINA COMO FERRAMENTA NA ARTICULAÇÃO TEÓRICO- PRÁTICA

Maria Eduarda Lemos de Oliveira
Graduanda em Medicina– Uni-FACEF
lemos.duda13@gmail.com

Joyce Mendes Lucindo
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF
jmlucindo@hotmail.com

Maria Paula Piassi Brasileiro
Graduanda em Medicina- Uni-FACEF
mariapaulapiassi@hotmail.com

Vinícius Batista Silva
Graduando em Medicina- Uni-FACEF
vinicius.eb1@gmail.com

Ana Carolina Garcia Braz Trovão
Docente – Uni-FACEF
carolbtrovao@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil tem início intrauterino e sofre ações genéticas, ambientais e sociais para a maturação do sistema nervoso, comportamento cognitivo frente à sociedade, afeto e construções de habilidades como a fala. Por ter uma influência extremamente importante na vida do indivíduo, o desenvolvimento infantil é algo a ser avaliado rotineiramente por profissionais (MORAES et al., 2010). Os fatores de risco que podem aumentar a chance de condições adversas no desenvolvimento são as doenças na gestação, a má condição do parto, alteração do peso ao nascimento, a instabilidade da renda familiar e as condições nutricionais da criança. Devido a essas informações, os países subdesenvolvidos têm um alto índice de distúrbios no desenvolvimento neuropsicomotor. A avaliação do desenvolvimento infantil é muito complexa e individual, por isso fez-se necessário a criação de um teste que auxiliasse os profissionais da saúde na avaliação e no acompanhamento de tal desenvolvimento cognitivo. Com o objetivo de seguimento do desenvolvimento da criança, em 1967 foi criado por Frankenburg o Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver (TTDD), que avalia o motor-grosseiro, motor fino-adaptativo, pessoal-social e linguagem (MORAES et al., 2010). Em 1990 houve uma reforma no TTDD com a retirada de alguns itens relacionados com a linguagem e outros itens de difícil interpretação ou realização forma modificados ou excluídos. O teste atual conta com

125 itens e é reconhecido como Teste de Triagem de Desenvolvimento Revisado (TTDD-R) ou Denver II (MORAES et al., 2010). Existem vários outros testes de avaliação e acompanhamento do desenvolvimento infantil, mas o Denver II é o mais utilizado no Brasil pois é prático, tem um baixo custo, pode ser aplicado em consultórios, ambulatórios, enfermarias e clínicas, creches e em qualquer serviço especializado por qualquer profissional da saúde devidamente instruído, como médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, e profissionais da área da saúde em formação (BRITO et al., 2011). Além de ser padronizado no Brasil, e recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2016), Denver II também foi padronizado no Japão, País de Gales, Turquia, Cingapura, Argentina e Arábia Saudita (SOUZA et al., 2008). O teste de Denver II é um teste de triagem que permite acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor e cognitivo das crianças de zero a seis anos. Não é utilizado como um teste de inteligência e o intuito do mesmo é a detecção precoce de atrasos em tal desenvolvimento, o que permite uma avaliação profissional e um diagnóstico precoce, com melhor prognóstico da criança. O diagnóstico precoce de atrasos ou anormalidades no desenvolvimento infantil é um desafio para a Saúde Pública (SOUZA et al., 2008). É um instrumento de rastreio e avaliação das condições de desenvolvimento da criança e avalia quatro áreas/categorias: motor fino-adaptativo, motor-grosseiro, linguagem e pessoal-social. O motor está associado com a maturação do sistema nervoso. A linguagem é relacionada com a percepção sonora, imagens e suas respostas. A conduta pessoal-social se relaciona com o comportamento da criança em resposta a estímulos culturais e sua reação frente a objetos, situações e aos comandos. (BARROS, 2017) O instrumento é composto por uma tabela com vários comandos esperados que a criança realize em cada faixa etária. Para a aplicação do teste é necessário traçar uma linha vertical na idade da criança e solicitar a realização dos comandos. Para cada ação é marcado se a criança passou, falhou, não teve oportunidade de realizar ou se recusou. Se no máximo dois comandos não forem realizados, o teste é considerado normal. Se dois ou mais comandos não foram realizados, o teste é considerado suspeito. Quando há recusa de um ou mais comandos é considerado intestável. (MORAES et al., 2010). O tempo necessário para a aplicação do teste e a sua avaliação varia de 20 a 30 minutos. Com a praticidade do teste e a importância do acompanhamento do desenvolvimento cognitivo das crianças, houve um aumento na utilização do Denver II, o que permite a elaboração de estratégias de intervenção precoce pelos profissionais da saúde, melhorando o prognóstico dos pacientes. (BARROS, 2017)

2. OBJETIVO

Relatar a experiência de estudantes do segundo ano do curso de medicina do Uni-FACEF na aplicação do teste de Denver em uma creche municipal.

3. METODOLOGIA

A atividade foi realizada em um centro de convivência infantil (CCI), localizado no bairro Paineiras, no município de Franca/SP. Essa creche conta com cerca de 114 crianças de 4 meses a 5 anos de idade. Suas vagas são disponibilizadas pela prefeitura e tem-se preferência para famílias do bairro Paineiras. É um lugar que conta com apoio de professores, cuidadores, médicos pediatras e dentistas. Trata-se de uma creche vegetariana, portanto, nutricionistas também fazem parte dessa equipe multidisciplinar. Inicialmente, houve preparo de uma sala de aula destinada à atividade com objetos a serem utilizados na aplicação do teste, como brinquedos, livros, blocos, animais de borracha, lápis coloridos, papel em branco, bola, etc. Posteriormente, foram selecionados aleatoriamente três crianças de uma turma de doze alunos para realizarem o teste. As crianças foram selecionadas pela professora, que explicou que seria realizado um teste e questionou a disposição das mesmas em participar. Duas crianças foram convidadas pela professora mas se recusaram a fazer o teste. As três crianças selecionadas foram avaliadas separadamente, com o objetivo de não permitir intercomunicação e ajuda entre elas, o que assegura um resultado com menos viés para a avaliação e discussão seguintes. Durante a realização do teste estiveram presentes o docente responsável e um profissional da creche, juntamente com os alunos de Medicina da Uni-FACEF que realizaram a aplicação do mesmo. Foi utilizado a Escala de Denver II, a qual foi devidamente identificada com o nome da criança, data de nascimento e idade da mesma, data da realização do exame e o nome do examinador. Em seguida, foi traçada uma linha vertical que corresponde a idade exata da criança avaliada. As três crianças avaliadas tinham 2 anos, com a diferença de alguns meses. As ações que a linha vertical cortam no retângulo azul, a criança avaliada deve realizá-las. As ações que são cortadas no retângulo branco, que exibe o comando, a criança não precisa, necessariamente, realizá-las. Os dados foram colhidos em uma única aplicação. Após a solicitação dos comandos necessários e o estímulo para a realização dos mesmos, a criança foi avaliada em relação ao comportamento da mesma durante o teste. Tal avaliação consiste em sim ou não para típico; sempre, geralmente ou raramente para cooperativo; alerta, pouco interessado ou desinteressado para interesse de sons ambiente; ausente, ameno ou extremo para timidez ou receio e apropriado, pouco distraído ou muito distraído para atenção. Essa avaliação serve para comparação do comportamento da criança em outras avaliações, não interferindo no resultado do teste de Denver II. Passado a coleta de todos os dados, a Escala de Denver II foi anexada ao prontuário das crianças avaliadas. O anexo A (FACULDADE DE MEDICINA UFRGS, 1992) consiste em instruções dadas ao examinador, para a melhor aplicação do teste nas crianças. Não é obrigatório o uso de tais instruções, mas elas foram utilizadas na preparação teórica dos estudantes de medicina da Uni-FACEF que antecederam a aplicação do Teste de Denver II. O anexo B (SILVA, 2011) é a Escala de Denver II que foi utilizada para a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor das crianças, que também fez parte do estudo prévio dos alunos envolvidos com a realização da atividade.

4. RESULTADOS

As três crianças avaliadas foram típicas, durante os comandos apresentaram um comportamento cooperativo, estavam alertas ao som do ambiente, com atenção apropriada e com timidez em alguns momentos, consideradas com timidez amena. Elas não se recusaram a realizar os comandos do teste e foi realizado tudo o que foi proposto. Dos descritores, o que mais apresentou dificuldade em ser avaliado foi o da linguagem devido à falta de vínculo entre os alunos de medicina e as crianças de creche, por isso ele foi avaliado por último. Os outros descritores como pessoal-social, motor fino-adaptativo e motor-grosseiro foram avaliados com muita facilidade, e inclusive utilizados para a criação de um vínculo com os avaliados. As crianças foram avaliadas com um desenvolvimento neuropsicomotor normal, esperado para a idade. Uma das crianças avaliadas realizava ações além do que era proposto, com uma idade de desenvolvimento de 3 anos, e sua idade cronológica era de 2 anos. Tal característica é particular e pode ser resultado de um maior estímulo familiar ou escolar, da personalidade da criança e do seu próprio sistema nervoso central. Tal resultado não pode ser generalizado para as demais crianças da creche, visto que o desenvolvimento neuropsicomotor é algo particular e individual. Dessa forma, é interessante a realização do Teste de Denver II em todas as crianças, para a identificação precoce dos casos com suspeita de atraso no desenvolvimento, o que permite encaminhamento e diagnóstico oportunos. Durante a realização da atividade os estudantes de medicina se mostraram muito empenhados, dispostos a realizá-la de para a consolidação do conhecimento e avaliação as crianças da creche. Por um outro lado houve um certo receio por parte dos profissionais da saúde em formação pois trata-se de uma atividade nunca antes realizada pelos mesmos e requer muita autonomia do avaliador. Tal receio foi cessado após o primeiro contato com as crianças, o que não interferiu na realização do teste e nem na interpretação dos dados apurados. Não houve maiores dificuldades por parte dos alunos na realização da atividade proposta, visto que os mesmos contribuíram com estudo e discussão prévia da teoria de Denver II.

5. DISCUSSÃO

O desenvolvimento infantil é resultado de fatores genéticos, biológicos e ambientais. Eles podem influenciar a curto, médio e longo prazo, uma vez que interferem na formação desde a gestação. (BRITO et al., 2011) As crianças que apresentam lacunas em algum dos fatores podem apresentar um desempenho escolar reduzido. O desenvolvimento infantil traduz o índice de desenvolvimento do país, da qualidade de sua educação, condições sociais e econômicas, nível de atenção à saúde e condições sanitárias nacionais, que afetam o ambiente de convivência daquela criança. (BRITO et al., 2011) Crianças de países subdesenvolvidos concentram a grande maioria das possíveis causas que levam a

atrasos no desenvolvimento, pois isso a importância e necessidade da realização do Denver. As crianças avaliadas estavam dentro do esperado em relação ao desenvolvimento cognitivo, porém é de extrema relevância a avaliação das demais crianças na creche citada, nas demais escolas e nos consultórios, em consultas de puericulturas com pediatras ou com médicos generalistas. É importante ressaltar que o Teste de Denver II pode ser aplicado por qualquer profissional da saúde devidamente instruído e capacitado e por profissionais de saúde em formação na presença de docentes, com a realização de um estudo prévio e discussão preparatória. Com essa ampla possibilidade de aplicação profissional do Teste de Denver II deve-se aumentar o campo de avaliação com a finalidade de rastreamento precoce de déficits cognitivos ou atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. (SOUZA et al., 2008) Como o Teste de Denver serve como rastreio, qualquer alteração presente será indicado uma nova avaliação profissional em até um mês ou encaminhamento a profissionais especializados, como fonoaudiólogo, psicólogo, otorrinolaringologistas, terapeutas ocupacionais, entre outros. O diagnóstico precoce de atrasos no desenvolvimento acarreta um maior tempo para a realização de estímulos e eficácia no trabalho dos profissionais especializados, o que pode definir um bom prognóstico desses pacientes. (SOUZA et al., 2008) As crianças não diagnosticadas e não estimuladas podem ter consequências como dificuldade na etapa escolar seguinte e até dificuldades profissionais na vida adulta. A orientação aos pais sobre a importância do estímulo familiar e do acompanhamento da rotina dos filhos é muito importante, visto que o ambiente é um grande influenciador no desenvolvimento cognitivo das pessoas. Somado a isso a orientação às escolas sobre a necessidade das influências no cotidiano das crianças, que impulse o desenvolvimento neuropsicomotor também é essencial para a criança. Para os alunos de medicina essa experiência foi muito rica, pois permitiu a consolidação do conhecimento sobre o Teste de Denver II, padronizado no Brasil como rastreio de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. Tal consolidação é importante pois os estudantes são meios de disseminação de conhecimento, tanto com a troca de experiências nos ambientes profissionalmente atuantes como por meio da fala e da escrita. O aprendizado da aplicação do Teste de Denver pode sensibilizar os estudantes acerca de sua importância na avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor da criança, além de proporcionar articulação teórico-prática.

Além disso, a experiência na creche proporcionou a criação de um vínculo entre os estudantes e as crianças. O vínculo criado possibilitou a realização de outras atividades na mesma creche e com as mesmas crianças, como uma atividade para a promoção da saúde bucal. É imprescindível que outros profissionais de saúde em formação passem por experiências como essa, de modo a melhorar a qualidade da saúde pública brasileira e instrumentalizar o estudante sobre as possibilidades de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). O contato precoce dos profissionais de saúde em formação com a Escala de Denver II contribui com a redução de iatrogenias profissionais realizadas na aplicação do teste, sendo responsável por pseudodiagnósticos e até subdiagnósticos, influenciando no

prognóstico do paciente. Além disso, os estudantes podem ser multiplicadores de conhecimento, uma vez que possuem contato constante com equipes multidisciplinares em diversos espaços da assistência à saúde.

6. CONCLUSÕES

Conclui-se, portanto, que a atividade realizada contribuiu na formação dos estudantes, uma vez que acrescentou conhecimento e experiência, além de ter contribuído para uma formação mais humana dos futuros profissionais, por meio da empatia, criação e valorização do vínculo durante a execução da atividade. Além disso, a aplicação da Escala de Denver II foi essencial na consolidação do estudo sobre a temática, e permitiu constatar que o Teste de Denver II é uma ferramenta simples e prática para o rastreamento de atrasos no desenvolvimento cognitivo de crianças e que sua utilização deve ser cada vez mais entendida, realizada e disseminada por profissionais da área da saúde capacitados.

REFERÊNCIAS

SOUZA, Sandra Coenga de et al. Desenvolvimento de pré-escolares na educação infantil em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ago 2008.

BRITO , Cileide Mascarenhas Lopes et al. Desenvolvimento neuropsicomotor: o teste de Denver na triagem dos atrasos cognitivos e neuromotores de pré-escolares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jul 2011.

MORAES, Márcia Wanderley de et al. Teste de Denver II: avaliação do desenvolvimento de crianças atendidas no ambulatório do Projeto Einstein na Comunidade de Paraisópolis. **Einstein**, São Paulo, 2010.

BARROS, Luzcena de; MISTRO, Celia Regina. **Denver II: Revisão Sistemática**. 2017. Artigo (Mestre em Enfermagem) - ENIAC Centro Universitário, [S. l.], 2017.

FACULDADE DE MEDICINA UFRGS. **Formulário para a aplicação do teste de Denver**. 1992. 1 tabela.

SILVA , Eliania Pereira da. **Denver – Avaliação em Pediatria**. 31 ago. 2011. 1 tabela.

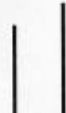
ANEXO A

DIRECTIONS FOR ADMINISTRATION

1. Try to get child to smile by smiling, talking or waving. Do not touch him/her.
2. Child must stare at hand several seconds.
3. Parent may help guide toothbrush and put toothpaste on brush.
4. Child does not have to be able to tie shoes or button/zip in the back.
5. Move yarn slowly in an arc from one side to the other, about 8" above child's face.
6. Pass if child grasps rattle when it is touched to the backs or tips of fingers.
7. Pass if child tries to see where yarn went. Yarn should be dropped quickly from sight from tester's hand without arm movement.
8. Child must transfer cube from hand to hand without help of body, mouth, or table.
9. Pass if child picks up raisin with any part of thumb and finger.
10. Line can vary only 30 degrees or less from tester's line. ✓
11. Make a fist with thumb pointing upward and wiggle only the thumb. Pass if child imitates and does not move any fingers other than the thumb.



12. Pass any enclosed form. Fail continuous round motions.



13. Which line is longer? (Not bigger.) Turn paper upside down and repeat. (pass 3 of 3 or 5 of 6)



14. Pass any lines crossing near midpoint.




15. Have child copy first. If failed, demonstrate.

When giving items 12, 14, and 15, do not name the forms. Do not demonstrate 12 and 14.

16. When scoring, each pair (2 arms, 2 legs, etc.) counts as one part.
17. Place one cube in cup and shake gently near child's ear, but out of sight. Repeat for other ear.
18. Point to picture and have child name it. (No credit is given for sounds only.)

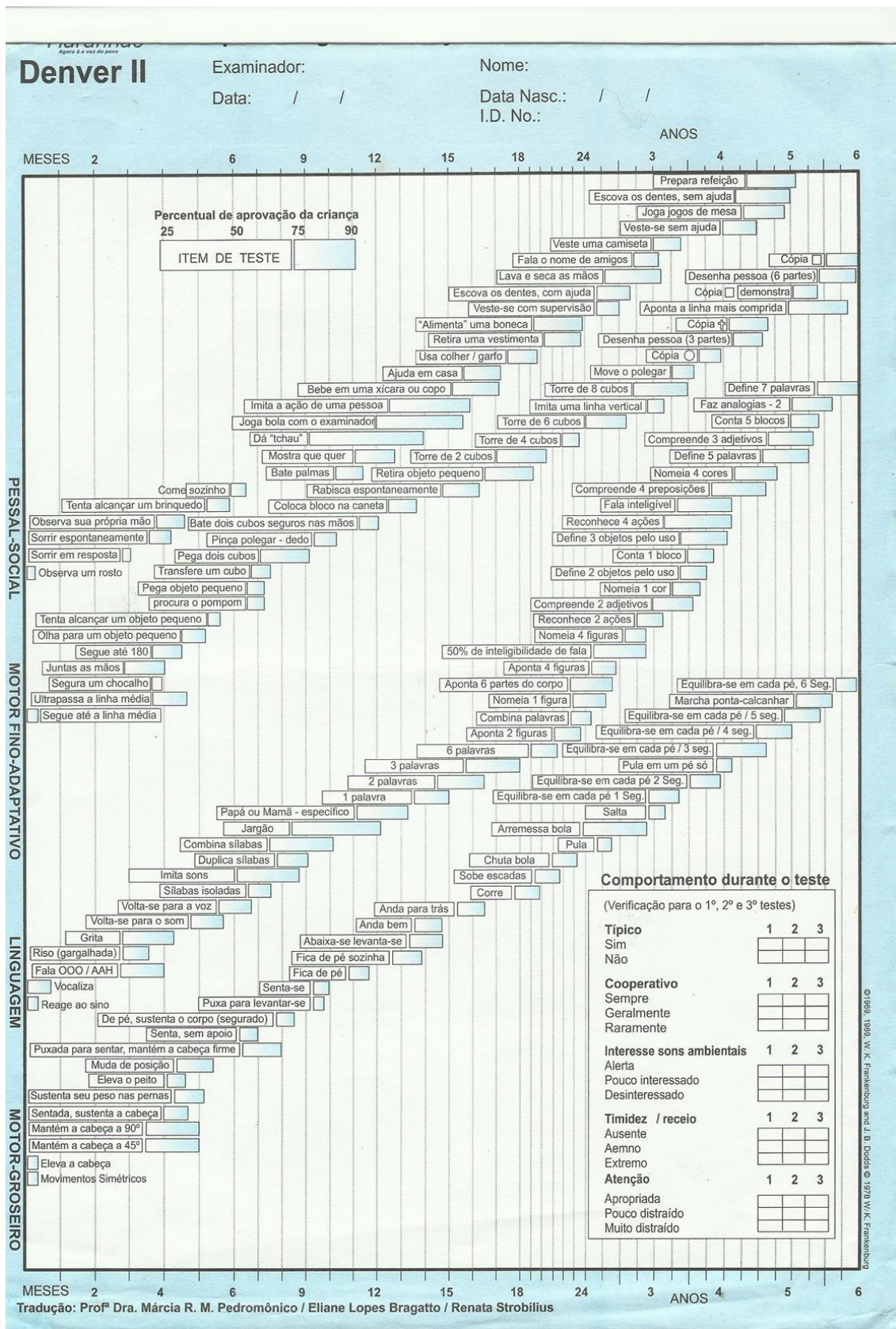
If less than 4 pictures are named correctly, have child point to picture as each is named by tester.



19. Using doll, tell child: Show me the nose, eyes, ears, mouth, hands, feet, tummy, hair. Pass 6 of 8.
20. Using pictures, ask child: Which one flies?... says meow?... talks?... barks?... gallops? Pass 2 of 5, 4 of 5.
21. Ask child: What do you do when you are cold?... tired?... hungry? Pass 2 of 3, 3 of 3.
22. Ask child: What do you do with a cup? What is a chair used for? What is a pencil used for? Action words must be included in answers.
23. Pass if child correctly places and says how many blocks are on paper. (1, 5).
24. Tell child: Put block **on** table; **under** table; **in front of** me, **behind** me. Pass 4 of 4. (Do not help child by pointing, moving head or eyes.)
25. Ask child: What is a ball?... lake?... desk?... house?... banana?... curtain?... fence?... ceiling? Pass if defined in terms of use, shape, what it is made of, or general category (such as banana is fruit, not just yellow). Pass 5 of 8, 7 of 8.
26. Ask child: If a horse is big, a mouse is ___? If fire is hot, ice is ___? If the sun shines during the day, the moon shines during the ___? Pass 2 of 3.
27. Child may use wall or rail only, not person. May not crawl.
28. Child must throw ball overhand 3 feet to within arm's reach of tester.
29. Child must perform standing broad jump over width of test sheet (8 1/2 inches).
30. Tell child to walk forward,  heel within 1 inch of toe. Tester may demonstrate. Child must walk 4 consecutive steps.
31. In the second year, half of normal children are non-compliant.

OBSERVATIONS:

Anexo B



AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE ANTICOAGULAÇÃO EM UM PACIENTE COM FIBRILAÇÃO ATRIAL: Relato de caso

Maria Carolina Minikowski Lemos
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
mariacarolinaml@hotmail.com

Nathália Minuncio Nogueira
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
Naty_minuncio@hotmail.com

Ana Carolina Garcia Braz Trovão
Prof.^a Dra. Docente no curso de graduação em Medicina – Uni-FACEF
carolbtrova@gmail.com

1. Introdução

Fibrilação atrial (FA) é uma arritmia supraventricular em que ocorre uma desorganização completa na atividade elétrica dos átrios, levando a perda da capacidade de contração destes, impossibilitando a sístole atrial. O nó sinusal é inibido por essa desorganização elétrica enquanto a FA persistir (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

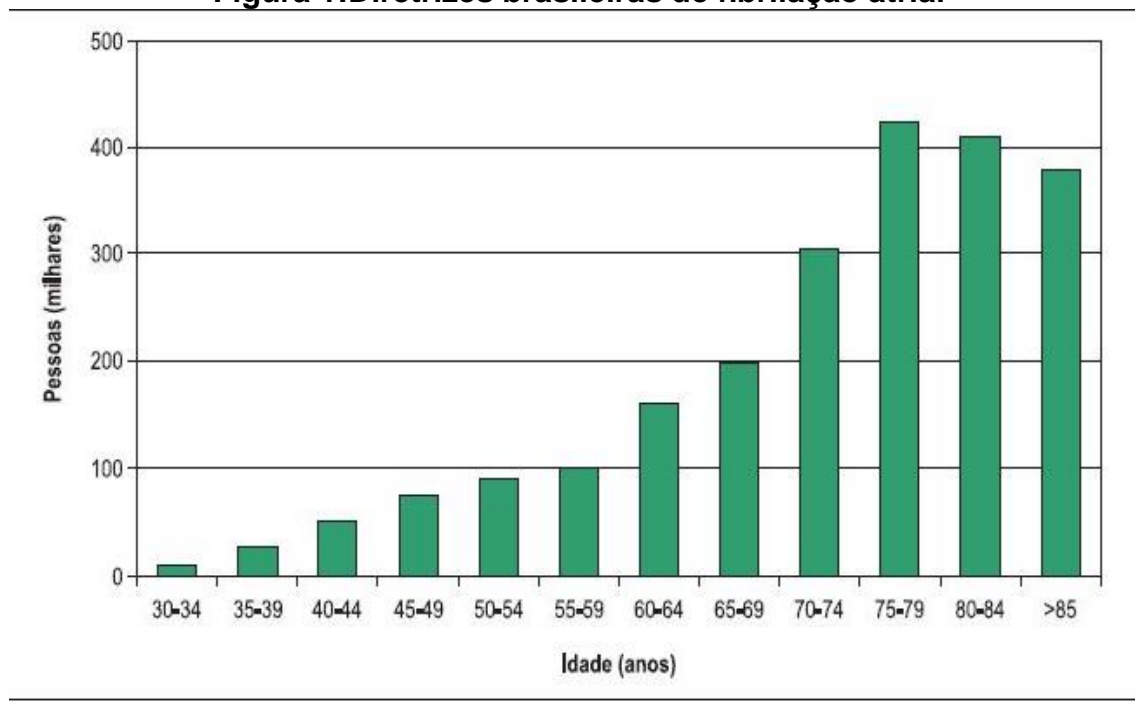
Essa patologia propicia a formação de trombos através da tríade de Virchow que é composta pela estase sanguínea atrial, lesão endotelial e aumento da trombogenicidade sanguínea. O prolongamento do fluxo na região do Apêndice Atrial Esquerdo (AAE) beneficia a estase sanguínea e o desenvolvimento de coágulos de fibrina, que se aglomeram e formam o trombo. Essas estruturas se movem para a cavidade atrial e se soltam para a circulação sistêmica. O cérebro é a região mais afetada, em cerca de 80% dos casos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Lesões do endocárdio atrial apresentavam microtrombos, os quais antecipariam trombos maiores. Pacientes sem lesões apresentam menor propensão à trombose atrial. O atrito do sangue com o endocárdio, lesões miocitárias causadas por agressões teciduais secundárias a citocinas inflamatórias (fator de necrose tumoral, interleucina 6, proteína C-reativa e outras) prejudicam ainda mais os miócitos atriais e expõem colágeno na superfície, o que aumenta a aderência plaquetária e a deposição de fibrina, gerando o trombo. Dessa forma, a FA cria um estado pró-trombótico, hipercoagulável próprio. O aumento da agregação plaquetária [mais intensa no átrio esquerdo (AE)], a elevação dos níveis plasmáticos do fator de Von Willebrand, os fragmentos de protrombina e do fibrinogênio plasmático, dentre outros, confirmam essa maior trombogenicidade sanguínea, independentemente de qualquer outro fator.⁸ Portanto, as três condições

estabelecidas por Virshow estão presentes em pacientes com FA. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016)

Quando comparada com outras cardiopatias, como infarto do miocárdio, aneurismas ventriculares e doenças valvares a FA é causa emboligênica mais comum de origem cardíaca, representando cerca de 45% dos casos. Observou-se uma prevalência de 0,4% a 2% de FA na população em geral variando com a idade, estando a maior relacionada com a idade avançada e mais frequente em homens. Conseqüentemente o risco de acidente vascular cerebral (AVC) tende a ser mais alto, pois este se encontra relacionado a arritmias cardíacas. Além da maior incidência, a gravidade destes tendem a ser aumentada, principalmente os de etiologia isquêmica (AVCi). (JUSTO e SILVA, 2014).

Figura 1: Diretrizes brasileiras de fibrilação atrial



Fonte: 1

Para avaliar a necessidade e indicação do uso de anticoagulantes orais (ACO) criou-se o escore de CHA2DS2-VASc. Ele contempla: insuficiência cardíaca/disfunção ventricular esquerda, hipertensão, idade superior a 75 anos ou entre 64-74, diabetes melito, histórico de AVC, doença vascular e sexo feminino igual. Quando o mesmo for igual a 1 o risco de evento tromboembólico é baixo (1,3% ao ano), sendo a anticoagulação opcional e acima de 2 torna-se obrigatório. Esse escore relaciona-se intimamente com o risco de acidentes vasculares cerebrais, apresentando a taxa de ocorrência para cada pontuação obtida no CHA2DS2-VASc (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Figura 2: Diretrizes brasileiras de fibrilação atrial - Escore

Escore	Taxa ajustada de AVC (%/ano)
0	0,0
1	1,3
2	2,2
3	3,2
4	4,0
5	6,7
6	9,8
7	9,6
8	6,7
9	15,2

Fonte: 2

Quando se realiza a anticoagulação de um paciente, é necessário avaliar a eficácia de ação deste medicamento bem como seu acompanhamento. Isto é feito através do cálculo do INR, (Relação Normatizada Internacional) feita a partir de uma formula utilizando o tempo de Protrombina (TP), media do valor normal de TP e índice internacional de sensibilidade. Desta forma, conseguimos avaliar a atuação dos ACOs na chamada via extrínseca da coagulação. O valor do RNI normal é de até 1,3, entretanto, em pacientes anticoagulados devemos manter um valor aumentado, pois o valor do RNI é diretamente proporcional ao do TP, ou seja, quanto maior o TP, maior o tempo para formação do coágulo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1996).

Figura 3: Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Tabela I - Níveis de INR e condições clínicas em pacientes tratados com anticoagulantes orais	
INR valor alvo (variação)	Condições clínicas
2,5 (2,0 - 3,0)	Trombose venosa
3,0 (2,0 - 4,0)	Trombose venosa ativa
3,5 (3,0 - 4,5)	Trombose arterial

Fonte: 2

2. OBJETIVOS

Relatar a experiência do estudante de medicina do 7º semestre do Centro Universitário Municipal de Franca - Uni-FACEF no atendimento clínico do LEMOS, Maria Carolina Minikowski; NOGUEIRA, Nathália Minuncio; TROVÃO, Ana Carolina Garcia Braz

ambulatório de hematologia ao paciente cardiológico com necessidade de anticoagulação.

3. RESULTADOS

Atendido paciente do sexo masculino de 79 anos, negro, procedente e residente de Franca foi atendido no ambulatório escola de hematologia do Uni-FACEF. O paciente apresentava um histórico de AVCi há 10 anos, FA, hipertensão arterial sistêmica, chagas, dislipidemia e hiperplasia prostática benigna. Durante a anamnese foi identificado que o paciente veio devido a um encaminhamento do neurologista, pois havia sido internado por 3 dias devido a um episódio convulsivo e houve a necessidade de iniciar tratamento com Varfarina. Além das queixas de paresia e parestesia em membro superior e membro inferior esquerdos o paciente não apresentava outras queixas. Foi aplicado o escore CHA2DS2-VASc obtendo a pontuação 7, que indica o uso de anticoagulantes e também, para estratificar o risco de eventos hemorrágicos e manter melhor observação, utilizou-se o recurso do HAS-BLED, com pontuação 4. Ao exame físico não foram encontradas alterações além da parestesia do lado esquerdo do corpo e a dificuldade da deambulação. Também foi identificado uma polifarmácia devido as comorbidades, sendo necessário listar todas as medicações em uso para investigar possíveis interações medicamentosas, como, carvedilol, espironolactona, nifedipino, alopurinol, doxazosina, fenital, losartana, sinvastatina e omeprazol.

Devido ao paciente e seu acompanhante ter informado que não iniciaram o uso da varfarina e o INR estava 1,0, foi optado por pedir alguns exames laboratoriais como, hemograma, ferritina, transferrina, reticulócitos, ureia, creatinina, bilirrubina, glicemia, TSH, TGO e TGP, e então iniciar o medicamento, sendo orientado a tomar meio comprimido de varfarina 5mg uma vez ao dia.

Quinze dias depois o paciente retornou para consulta referindo ter apresentado vertigem diária desde a última consulta e uma parestesia generalizada, inclusive procurando o atendimento médico, onde foi realizado soroterapia e dipirona intravascular e receita de paracetamol se necessário, sem outras queixas e alterações do exame físico. Nos exames, o paciente apresentou uma anemia normocítica e normocrômica, glicemia elevada e INR de 1,36. Então, o paciente informou que havia iniciado a varfarina desde a primeira consulta. Para atingir o INR desejado de 2-3 houve uma mudança no esquema terapêutico em 10%, passando a varfarina a um comprimido de 5mg cinco vezes por semana (segunda-feira, quarta-feira, sexta-feira, sábado e domingo) e meio comprimido de 5mg (2,5mg) duas vezes na semana (terça-feira e quinta-feira).

4. DISCUSSÃO

Devido ao histórico de FA, AVCi anterior e o alto risco de novos AVCs além de o paciente supracitado ter um score CHA₂DS₂-VASc igual a 7, devido a insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, idade superior a 75 anos, diabetes melito e histórico de AVC (figura 1) justifica-se o uso de anticoagulante. Além disso, quando se inicia a terapia com ACO devemos estratificar o paciente quanto ao risco de hemorragia, sendo necessário o cálculo do escore HAS-BLED que avalia hipertensão, alteração da função hepática ou renal, AVC, sangramento prévio, labilidade o INR, idade superior a 65 anos, uso de álcool e drogas (figura 2). No caso do paciente o valor obtido foi de 4, porém o mesmo não justifica o não tratamento do paciente, mas sim um acompanhamento mais próximo e o sobreaviso de que pode haver intercorrências. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016)

Figura 4: Diretrizes brasileiras de fibrilação atrial

Tabela 2 – (A) Escore de CHA₂DS₂-VASc utilizado para avaliação de risco para fenômenos tromboembólicos em pacientes portadores de fibrilação atrial. (B) Taxa ajustada de eventos por ano de acordo com o escore.

(A)

CHA ₂ DS ₂ -VASc	Pontuação
Congestive heart failure/left ventricular dysfunction (ICC/ disfunção ventricular esquerda)	1
Hypertension (hipertensão)	1
Age ≥ 75 yrs (Idade ≥ 75 anos)	2
Diabetes mellitus (diabetes melito)	1
Stroke/transient ischaemic attack/TE (histórico de AVC)	2
Vascular disease (prior myocardial infarction, peripheral artery disease or aortic plaque) (Doença Vascular)	1
Age 65–74 yrs (Idade)	1
Sex category (i.e. female gender) (Sexo feminino)	1

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial, 2016

Figura 5: II Diretrizes brasileiras de fibrilação atrial

Risco HAS-BLED	Pontuação
Hypertension (hipertensão)	1
Abnormal renal or liver function (1 point each) (alteração da função renal ou hepática)	1 ou 2
Stroke (AVC)	1
Bleeding (sangramento prévio)	1
Labile INRs (labilidade de RNI)	1
Elderly (e.g. age > 65 years) (idade avançada)	1
Drugs or alcohol (1 point each) (uso de drogas ou álcool)	1 ou 2

AVC: acidente vascular cerebral; RNI: Razão Normalizada Intemacional.

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial, 2016

O uso de anticoagulantes visa manter o INR entre 2-3, como na segunda consulta o paciente encontrava-se com o INR inferior a 2, o que propicia eventos trombóticos, foi necessário identificar o que estaria causando essa diminuição na ação da varfarina e então descobriu-se que alguns fármacos estariam tendo interações, como a Fenitoina e o Alopurinol que potencializam a ação, porém o uso de barbitúricos estava inibindo a ação e eficácia do medicamento fazendo-se necessário o ajuste da dose do medicamento. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1996) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016)

O acompanhamento de paciente em anticoagulação deve ser uma estreita relação médico-paciente, devido ao grande número de remédios que interagem com os fármacos usados para evitar eventos trombóticos. O médico deve estar atento não apenas as medicações prescritas por ele ou por outros profissionais, mas também se informar sobre a realização de automedicação pelo paciente, que muitas vezes não tem a consciência do risco que a mesma traz. Devido a isso é importante na consulta ser claro e objetivo nas perguntas, pois muitos clientes omitem o uso de medicações por conta própria por não consideram importante revelar seu uso. Deve-se, portanto, esclarecer ao paciente o risco da interação medicamentosa, explicando que existem medicações que podem potencializar ou inibir a varfarina, causando assim quadros hemorrágicos ou tromboembólicos, respectivamente.

Também foi encontrado uma elevação nos níveis de glicemia, mas devido ao número de medicações, comorbidades e após o cálculo do clearance de creatinina apresentar 36mL/min, indicando diminuição da filtração renal, foi optado por não iniciar medicações e colher novo exame de glicemia de jejum e hemoglobina glicada para melhor avaliação e então iniciar terapêutica adequada, pois a diminuição da filtração renal contraindica o uso do medicamento metformina, que seria o primeiro na escolha para o tratamento de tal paciente.

A filtração glomerular em 36/mL/min classifica o paciente com insuficiência renal moderada, o que contra indica o uso de metformina, porém após os novos exames caso tenha a necessidade de entrar com a medicação pode fazê-lo, pois a contra indicação absoluta para o uso de metformina em pacientes com comprometimento da função renal é apenas quando o clearance de creatinina estiver abaixo de 30 mL/min. Após iniciado o tratamento com ela deve-se fazer um acompanhamento da taxa de filtração glomerular e caso esta venha a ficar menor que 30ml/min deverá ser suspensa e optado por outro tratamento.

5. CONCLUSÃO

Com base nos estudos epidemiológicos podemos concluir a necessidade de anticoagular todos os pacientes com FA, exceto CHA2DS2-VASc <1, devido ao grande risco de AVCs e morbimortalidade.

Importante ressaltara que o escore de CHA2DS2 tem maior influência na decisão do uso de ACO quando comparado com o escore de HAS-BLED. Devido a isso optou-se por manter o tratamento do paciente com aumento da dose, pois o INR desejado não foi alcançado com a primeira dosagem.

Nesse trabalho ficou claro que deve-se olhar para o paciente como um todo, mesmo estando em um ambulatório de hematologia no atendimento do paciente supracitado envolveu-se a endocrinologia e a nefrologia para o tratamento da diabetes e relação a função renal. Mostrando que o médico deve ter conhecimento não apenas de uma área específica.

Por fim, é muito importante o contato com pacientes da hematologia para uma boa base e saber como atender tais pacientes, visto que praticamente não há prática e abordagem do paciente hematológico durante a graduação. Além do conhecimento prático da interação medicamentosa, se tratando de medicações que alteram a cascata de coagulação.

REFERÊNCIAS

JUSTO, F. A.; SILVA, A. F. G. Epidemiological aspects of atrial fibrillation. **Revista Medicina**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 1 - 13, Janeiro - Março 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Heparina e Anticoagulantes na Trombose Venosa e Embolia Pulmonar. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 67, p. 209-213, 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 106, Abril 2016.

CONSEQUÊNCIAS DA CEFALEIA PRIMÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA: Uma revisão sistemática da literatura

Ana Beatriz Fernandes
Graduanda em Medicina– Uni-FACEF
anabeatrizfer2404@gmail.com

Ana Carolina Garcia Braz Trovão
Docente – Uni-FACEF
carolbtrovao@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Dor trata-se de um sintoma subjetivo, resultante da combinação de fatores sociais, biológicos e psicológicos, que pode acometer diversas partes do corpo. Quando este sintoma acomete o segmento cefálico é denominada cefaleia. (PORTO, 2013)

Cefaleia é a condição neurológica mais prevalente e um dos sintomas mais frequentemente vistos na prática clínica. Estudos referem que 50% da população geral tem cefaleia durante um determinado ano e mais de 90% refere história de cefaleia durante a vida. É uma afecção debilitante e incapacitante, sendo responsável por 9% dos atendimentos por problemas agudos na atenção básica.

Segundo o Ranking de Organização Mundial da Saúde para distúrbios incapacitantes (DALY), de 2000-2011 a cefaleia moderada e grave está entre as 15 doenças mais incapacitantes do mundo, além de serem responsáveis por altos gastos de saúde (OMS, 2013). Em 1999 nos Estados Unidos, foram gastos cerca de 1 bilhão de dólares com a doença e na Europa no ano de 2004, os custos foram estimados em 25 bilhões de euros, onde foi classificada como a segunda maior despesa em relação a doenças neurológicas. (SPECIALI et al, 2011).

Atualmente, as cefaleias podem ser classificadas em mais de 100 tipos, variando de acordo com a etiologia e apresentação clínica. De acordo com a Classificação Internacional de Cefaleia 3ª edição (IDHC-3), pode ser diferenciada em primária e secundária. (ICHD, 2013)

A cefaleia primária é caracterizada por afecções crônicas, com apresentações contínuas ou episódicas, em que não há etiologia orgânica especificada e pode ser subdividida em 4 tipos: enxaqueca, cefaleia tipo tensional, cefaleia trigêmeino-autônômicas e outros tipos de cefaleia primária (ICHD, 2013). Já a secundária é aquela que possui relação temporal com outra alteração que explique a afecção, por exemplo ocorrência de infecção, traumatismo crânio encefálico, perturbação intracraniana ou de estruturas crânio faciais, cefaleia atribuída a uma substância ou sua privação. (ICHD, 2013)

A enxaqueca é uma reação neurovascular, anormal, em indivíduos geneticamente predispostos, que se caracteriza, clinicamente, por episódios recorrentes de cefaleia e sintomas associados e que, geralmente, dependem da presença de fatores desencadeantes, principalmente a conjugação de fatores endógenos (genéticos) e exógenos (ambientais) (UNA-SUS, 2013), com duração de 4 a 72 horas e associação com náusea, fotofobia e fonofobia. (ICHD, 2013) (SANVITO; MONZILLO, 1997). Na população adulta a média de prevalência de enxaqueca ao longo da vida é 18%, sendo mais frequente no sexo feminino em proporção 3:1. (SPECIALI et al, 2011)

Dentre os indivíduos que apresentam enxaqueca, 90% tem alguma redução funcional relacionada à cefaleia, sendo que aproximadamente metade fica incapacitado ou necessita ficar acamado durante a crise. (SPECIALI et al, 2011).

A cefaleia tipo tensional, também denominada cefaleia de contração muscular ou psicogênica, pode ocorrer de forma episódica ou crônica, de intensidade leve a moderada com duração de minutos a dias. (UNA-SUS, 2013) (ICHD, 2013) (SANVITO; MONZILLO, 1997). Este tipo de cefaleia é comum, com alta taxa de prevalência ao longo da vida na população geral entre 30% a 78% em todo mundo e distribuição igual entre os sexos. Nos países desenvolvidos, essa distribuição é desproporcional, atingindo 80% das mulheres e dois terços da população adulta masculina.

Por se tratar de uma afecção debilitante e incapacitante, a cefaleia está associada a redução da qualidade de vida. Esta é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1995, como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que se vive e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Portanto abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais. (PEREIRA et al, 2012)

A avaliação da qualidade de vida de um indivíduo ou grupos de indivíduos deve ser realizada por meio de questionários e instrumentos, sendo o mais utilizado atualmente o Medical Outcome Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36), o qual avalia a qualidade de vida relacionada à qualidade de saúde. É um questionário multidimensional, englobando 36 itens que avaliam 8 componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. (CICONELLI, 1999)

Além deste, a qualidade de vida também pode ser avaliada pelo WHOQOL-bref, que é um método constituído de 26 perguntas, com escala de 0 a 5, em que são avaliados 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (OMS). Ambos instrumentos são validados e utilizados na literatura para avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde.

Em estudos de avaliação da qualidade de vida de populações acometidas por enxaqueca foi evidenciado ônus igual ou superior entre aquelas

populações acometidas por afecções crônicas, como artrite, diabetes, lombalgia e depressão, segundo o SF-36. (SOLOMON, 1997). Desta forma, a presença de cefaleia pode trazer consequências na qualidade dos indivíduos acometidos. (CASTANHARO, 2011)

Em estudos realizados no Canadá com 1.573 adultos, 59% relataram apresentar cefaleia, metade destes interrompiam sua atividade devido à dor, e 1/3 necessitavam de repouso (MOUNSTEPHEN, 1995). Estudos realizados na Inglaterra, com 476 funcionários de uma indústria química, 27,4% relataram apresentar cefaleia e com queda moderada da produtividade. (RASMUSSEM, 1991) No Brasil, em estudo realizado com 201 funcionários de um Hospital de Santa Catarina sobre causas de abstenção, 6,38% foram atribuídas à cefaleia. (BOLAN et al, 2008)

Considerada um problema de saúde pública pela alta taxa de prevalência ao longo da vida na população geral e pelo impacto socioeconômico em decorrência de seu caráter debilitante e incapacitante (UNA-SUS, 2013) (ICHHD, 2013), a cefaleia é uma afecção de grande interesse de estudos científicos.

Desta forma, no contexto nacional, os estudos sobre cefaleia primária são ainda incipientes, especialmente quando associada à qualidade de vida. Por se tratar de uma afecção incapacitante com altas taxas de prevalência na população geral, reforça-se a necessidade de mais estudos sobre a temática.

2. OBJETIVO

Este estudo, portanto, tem por objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura acerca do conhecimento produzido nos últimos 15 anos sobre as consequências da cefaleia primária na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, visando conhecer as características e as qualidades metodológicas dos estudos selecionados.

3. METODOLOGIA

Para o levantamento dos artigos na literatura, foi realizada busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline), PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde.

Primeiramente foi definida a pergunta norteadora do trabalho: “Qual o conhecimento produzido nos últimos 15 anos sobre as consequências de cefaleia primária na qualidade de vida dos acometidos?”

Para realização das buscas foram utilizados, a princípio os descritores “Cefaleia”, “Cefaleia primária”, “Qualidade de vida”, “Enxaqueca”, “Cefaleia tensional” e “Tratamento. Posteriormente foi realizada leitura do resumo dos estudos, para

seleção dos trabalhos que realizaram pesquisa sobre a qualidade de vida dos pacientes. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português e inglês; artigos na íntegra que respondam à pergunta norteadora da pesquisa, artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados a partir do ano de 2003 até 31 de dezembro de 2018 e artigos disponíveis na íntegra gratuitamente. Foram definidos como critérios de exclusão da pesquisa trabalhos que abordassem cefaleia secundária; tratamentos de emergência e aqueles que possuísem crianças e gestantes como participantes da pesquisa.

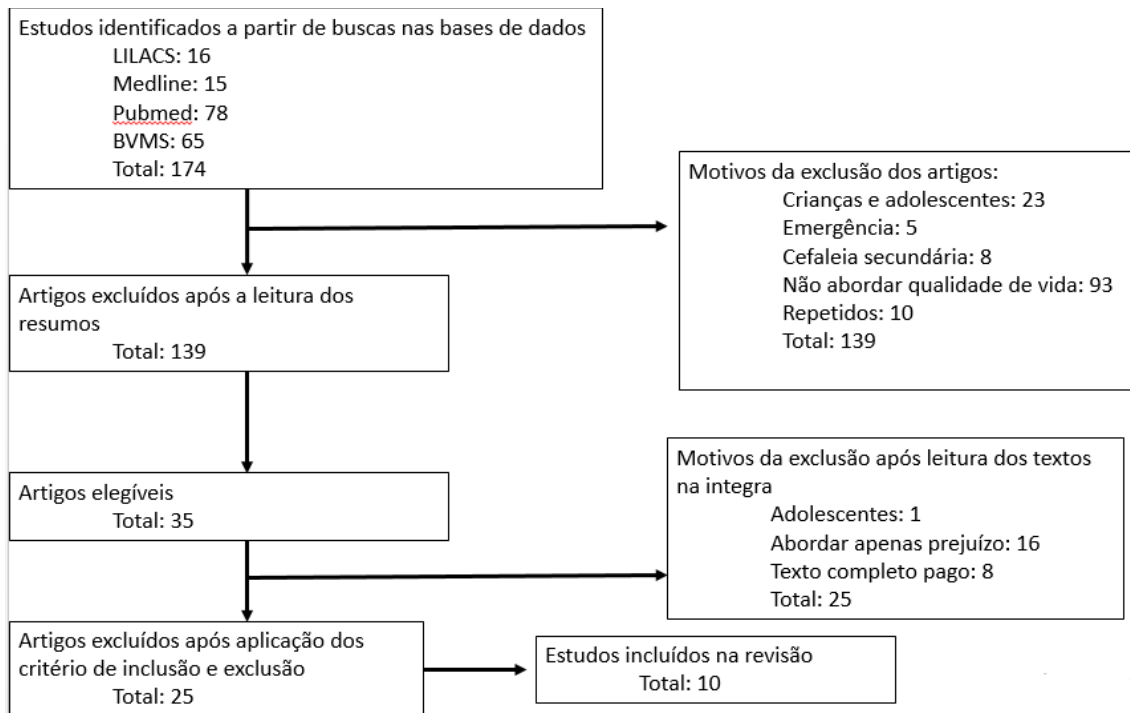
A análise dos estudos selecionados, em relação ao delineamento de pesquisa, foi pautada em Polit, Beck, Hungler e Lo Biondo-Wood, Haber, de acordo com a sétima edição do livro “Fundamentos de pesquisa em enfermagem”, sendo que tanto a análise quanto a síntese dos dados extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

4. RESULTADOS

Para realização do projeto foi iniciada as buscas dos trabalhos sobre cefaleia seguindo os passos descritos na metodologia. Utilizando-se dos descritores supracitados foram selecionados 174 artigos para leitura genérica, sendo 16 artigos encontrados na base de dados LILACS, 15 na base Medline, 78 na Pubmed e 65 na BVMS. Assim, foi realizada a leitura do resumo de cada artigo, e, a partir desta, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão elegidos para o estudo. Desta forma, foram excluídos 139 artigos da revisão sistemática da literatura, sendo 93 por abordarem apenas o tratamento e não avaliarem qualidade de vida, 23 por abordarem cefaleia na infância e adolescência, 8 por abordarem cefaleia secundária, 5 por analisarem tratamento emergencial e 10 artigos repetidos. Assim foram selecionados 35 artigos para leitura na íntegra. Os dados da análise dos artigos estão resumidos na figura 1.

A partir da leitura detalhada dos 35 artigos, foram selecionados aqueles que se enquadravam nos critérios de inclusão e respondiam à pergunta norteadora da pesquisa. Destes 35 artigos, 25 foram excluídos da pesquisa pelos seguintes motivos: 1 por abordar em sua amostragem pacientes adolescentes; 16 por não abordarem qualidade de vida e analisar somente o prejuízo socioeconômico da cefaleia; e 8 por apresentarem texto completo pago. Assim, foram selecionados 10 artigos, sendo 2 em português e 8 em inglês que irão participar desta pesquisa.

Figura 1: Análise dos artigos para revisão



Posteriormente, os estudos selecionados foram analisados. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados para o determinado estudo 10 pesquisas, sendo publicações realizadas no período de 2007 a 2017. O resumo de suas principais informações está apresentado na Tabela 1. Destes sete estudos foram publicados em revistas com Qualis A2 e as demais com Qualis menor.

Em relação ao tipo de estudo realizado dos 10 trabalhos incluídos, apenas um foi realizado a partir de relato de caso, os demais foram realizados a partir de estudos transversais observacionais ou com intervenção de tratamento.

No que se refere a faixa etária, os estudos selecionados abordaram pacientes acima adultos, já que foram excluídos os estudos que abordaram crianças e adolescentes pelos critérios de inclusão e exclusão. Apenas 2 estudos foram realizados no Brasil e ambos na região sudeste. Os demais foram realizados, 1 na América do Norte, 1 no Oriente Médio e 6 em diferentes países da Europa.

Tabela 1: Estudos inclusos na análise.

Nº	Primeiro autor	Ano	Periódico	Faixa etária	Amostra	Local
1	Mercante, JPP	2007	Arq.Neuro Psiquiatr.	Não citada	50	São Paulo
2	Pinto, DR	2017	Rev Bras Neurologia	31-60 anos	3	Minas Gerais
3	Zebenholzer, K	2016	J. Headache	>18 anos	392	Áustria
4	Bakhshani, NM	2016	Glob J Health Sci.	> 18 anos	40	Iran
5	Autret, A	2010	J. Headache	17-83 anos	106	França
6	Filippis, S	2008	J. Headache	> 18 anos	116	Itália
7	Donovan, LKB	2004	J. Headache	Não citada	54	Albânia
8	Ayzenberga, I	2014	Euro. J. of Neurology	18-65 anos	2025	Rússia
9	Torkamani, M	2015	J. Headache	Não citada	22	Londres
10	Hoppe, A	2009	J. Headache	18-65 anos	301	Alemanha

Em relação a amostra, apenas 3 estudos foram realizados com amostragem aleatória, os demais foram realizados com amostragem de população específica. No que diz respeito a método de avaliação da qualidade de vida, 5 foram realizados a partir do questionário SF-36, 2 com WHOQoL-8 e os demais utilizaram outros métodos de avaliação. Em relação aos aspectos éticos, 6, dos 10 estudos avaliados passaram citaram aprovação do comitê de ética local para realização da pesquisa, 4 não citaram sobre estes aspectos. Os resumos dos dados estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Características metodológicas dos estudos incluídos.

Características metodológicas	Número (%)
AMOSTRA	
Amostragem aleatória	3 (30%)
Amostragem específica	7 (70%)
INSTRUMENTO	
SF-36	5 (50%)
WHOQoL-8	2 (20%)
HIT-6	1 (10%)
QL-Index	1(10%)
EuroQoL	1(10%)

ASPECTOS ÉTICOS

Comitê de ética	6 (60%)
Não citado	4 (40%)

De forma geral, nos estudos os pacientes que possuíam cefaleia crônica apresentaram menor índice de qualidade de vida com para aos pacientes com cefaleia episódica. Os estudos que avaliaram a eficácia do tratamento evidenciaram melhora dos índices de qualidade de vida após a realização deste, independente de qual método utilizado. Resumo destes dados são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3: Resumo dos resultados encontrados nos estudos incluídos.

Primeiro Autor	Resumo dos resultados encontrados
1 Mercante, JPP	Enxaqueca crônica associado com transtornos psiquiátricos menores índices de SF-36;
2 Pinto, DR	Redução do valor de HIT-6* após o tratamento;
3 Zebenhöler, K	Maior associação de transtornos psiquiátricos em pacientes com cefaleia crônica;
4 Bakhshani, NM	Redução da intensidade da dor e melhor dos índices de qualidade de vida após realização do tratamento;
5 Autret, A	Menos índice de SF-36 em pacientes com cefaleia crônica;
6 Filippis, S	Cefaleia associada a transtornos psiquiátricos apresentaram índice menores de qualidade de vida;
7 Donovan, LKB	Pacientes com cefaleia crônica apresentaram menor índice no SF-36 comparada a cefaleia controlada e sem cefaleia;
8 Aizenberga, I	Menor valores de WHOQoL em paciente que relataram cefaleia;
9 Torkamani, M	Pacientes que relataram cefaleia episódica apresentam maior índice de qualidade de vida comparado àqueles com cefaleia crônica;
10 Hoppe, A	Aumento dos índices de SF-36 no item de saúde física após realização do tratamento;

*HIT-6: é classificado em: Nenhum impacto, algum impacto, impacto substancial, impacto muito severo, quanto menor o valor, menor o impacto.

4. DISCUSSÃO

Em relação aos estudos encontrados, apenas 2 das 10 pesquisas selecionadas (20% dos estudos) foram realizados no Brasil, os demais, 80%, foram realizados em países europeus. Assim, evidencia a preocupação dos países desenvolvidos com a qualidade de vida de seus moradores, além de maior tecnologia para realização dos tratamentos de suas afecções.

No que diz respeito ao instrumento de análise, 50% utilizaram o SF-36 para pesquisa de qualidade de vida, este método é validado e utilizado para quantificação da qualidade de vida. 20% dos estudos fizeram uso do WhoQol-8 que também se trata de um método validado. Os demais estudos, 30%, utilizaram outros métodos, não utilizados internacionalmente, mas que também permitem a quantificação numérica por meio de pontos da qualidade de vida. Assim esta avaliação é objetiva em 100% dos estudos, já que permite uma quantificação por meio de questionários que dão notas a cada aspecto da vida dos indivíduos e permite melhor avaliação de melhora ou piora da qualidade de vida após realização de tratamento.

Dos estudos selecionados, apenas 4 (40% deles) avaliaram a qualidade de vida da população antes e depois da realização de tratamento. 3 destes realizaram terapias holísticas como redução de estresse, hidroterapia e acupuntura, e apenas 1 fez análise com tratamento medicamentoso. Apesar disto, como resultados as 4 pesquisas obtiveram melhora nos índices de qualidade de vida da população avaliada.

No que concerne ao tipo de cefaleia avaliada, 100% dos estudos avaliaram cefaleia crônica, constatando a redução da qualidade de vida, ou seja, menores índices nos instrumentos avaliados. 2 estudos comparam os valores com indivíduos que apresentaram cefaleia episódica ou controlada e evidenciaram que a qualidade de vida é menor naqueles que apresentam cefaleia crônica.

Apenas 3 dos estudos, foram realizados em população geral, ou seja, amostragem aleatória, assim é difícil mensurar o real acometimento da qualidade de vida da população pela cefaleia, porque os demais estudos foram realizados com população que já realizava acompanhamento em centros específicos para tratamento de cefaleia ou outras afecções crônicas. Assim, evidencia a necessidade de estudos, principalmente no Brasil que abordem uma amostragem aleatória.

Apesar disto, com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão a amostra selecionada é pequena, devido a pequena quantidade de pesquisas realizadas sobre o assunto, e pode não retratar a real condição dos indivíduos acometidos, por isso é necessário a realização de mais estudos que abordem qualidade de vida em paciente com cefaleia.

5. CONCLUSÃO

Após a realização deste estudo, evidenciou-se que a cefaleia é uma afecção que prejudica a qualidade de vida dos indivíduos acometidos e seu tratamento a melhora significativamente. Além disso, conclui-se que há pouca

produção científica acerca do assunto, portanto a realização de estudos sobre o tema é de grande importante para determinar a população acometida, abordando o tema com amostragem aleatória, ou seja, população geral, além de buscar o melhor tratamento e medidas de prevenção para melhoria da qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela afecção.

REFERÊNCIAS

BOLA, Renata da Silva; BALDESSAR, Maria Zélia; GUIZZONI, Marcos Flávio; PIAZZA, Elenaeliza; SILVEIRA, Lucas van de Sande; GODINHO, Tâmara Andrade; DIMATOS; Dimitris Cardoso. Prevalência e impacto socioeconômico das cefaleias em funcionários do Hospital Nossa Senhora da Conceição- Tubarão-SC. Arquivo Catarinenses de Medicina, 2008.

CASTANHARO, Sabrina Maria. Estudo da qualidade de vida em pacientes com disfunção temporomandibular e cefaleia primária. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araraquara, 2011.

CICONELLI, Rozana Mesquita; FERRAZ, Marcos Bosi; SANTOS, Wilson; MEINÃO, Ivone; QUARESMA, Marina Rodrigues. Tradução para a língua português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SD-36. Revista Brasileira de Reumatologia, volume 29, 3ª edição, maio/junho, 1999.

ICHD, International Classification of Headache Disorders. Sociedade Portuguesa de Neurologia. Classificação Internacional de cefaléia, outubro; Volume 14, 3ª edição, 2013.

Lo Biondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

MOUNSTEPHEN, AH; HARRISON, RK. A study of migraine and its effects in a working population. Occup Med, 1995.

OMS, Organização Mundial de Saúde. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2011. Genebra: WHO, Department of Health Statistics and Information Systems, novembro, 2013.

OMS, Organização Mundial de Saúde, The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), acesso em: https://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/, dezembro, 2018.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Revista Brasileira de educação física e esporte, volume 26, 2ª edição, abril/junho, 2012.

POLIT, DF; BECK, CT; HUNGLER, BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7a ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2011.

PORTO, Celmo Celso. Semiologia Médica, 7ª edição, São Paulo, Editora Guanabara Koogan, 2013.

RASMUSSEN, BK; JENSEN, R; SCHOROLL, M. et al. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. J Clin Epidemiol, 1991.

SANVITO, Wilson Luiz; MONZILLO, Paulo Hélio. Cefaleias primárias: aspectos clínicos e terapêuticos. Medicina- Ribeirão Preto, página 437-448, outubro/dezembro, 1997.

SPECIALI, José Geraldo; DACH, Fabíola; SETLIN, Roberto; FERREIRA, Karen. Epidemiologia da cefaleia. International Association for the Study of Pain, 2011.

UNA-SUS. Eventos agudos na atenção básica- Cefaleia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

CORPO HUMANO: Uma experiência além da anatomia para estudantes de medicina e alunos de um Centro Promocional na cidade de Franca-SP

Gustavo Henrique Fernandes Avelino
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
guhfernandesavelino@gmail.com

Soraya Moysés Fernandes Avelino
Docente – Centro Paula Souza
sorayaavelino08@gmail.com

Márcia Aparecida Giacomini
Mestre em Educação – Uni-FACEF
marciagiacomini@facef.br

1. INTRODUÇÃO

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei federal 8.069 de 1990 no seu artigo de número 7 diz que a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e a saúde por meio de políticas públicas que permitem seu nascimento e desenvolvimento em condições dignas de existência. Em seu artigo 53, fica explícito o direito dos mesmos em relação à educação, visando pleno desenvolvimento de sua pessoa com preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o mercado de trabalho (ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente, 2017). No entanto, atualmente, temos diversos casos em que as próprias famílias não resguardam esses direitos para seus filhos, obrigando-os a trabalhar desde pequenos e privando-os do acesso à educação, quando não ficam esquecidos em casa abrindo brechas para os perigos das ruas.

Por isso, no município de Franca-SP existe um projeto de extensão escolar voltado para crianças de 6 a 10 anos que tem como foco a melhoria no índice educacional e combate a vulnerabilidade social, visando uma formação que compreende atender diversas habilidades e competências exigidas no mundo contemporâneo. Esse é o cenário do Centro Promocional Nossa Senhora de Lourdes, o CEPROL (Portal SIPEB, s.d.). Esse centro tem funcionamento contraturno, ou seja, crianças que estudam em escolas regulares pela manhã tem atendimento no CEPROL no período da tarde e vice-versa. Esse espaço conta com salas de aula para que a criança tenha um ambiente adequado para realização de suas tarefas escolares, refeitório, biblioteca, brinquedoteca, sala multimídia, parquinho, e aulas de capoeira e artesanato, levando educação e diversão para crianças, sem que estas estejam expostas a situações de vulnerabilidade, como por exemplo, permanecer na rua enquanto não estão na escola e os seus responsáveis no trabalho.

Constantemente temos a inserção dos profissionais da área da saúde em escolas, esse fato é devido a instituição do Programa Saúde na Escola – PSE, instituído em 2007 como uma política intersetorial entre Saúde e Educação, as duas secretarias se uniram para promover saúde e educação integral para crianças, jovens e adultos frequentadores de qualquer sistema de educação, seja ele básico ou profissionalizante. Esse programa objetiva compactuar com o ECA como uma estratégia de integração, visando o desenvolvimento da cidadania e qualificação das políticas públicas brasileiras (Saúde, s.d.). Sua manutenção depende, e muito, da colaboração entre educadores e profissionais de saúde, por isso é de fundamental importância a inserção de alunos do curso de Medicina em escolas desenvolvendo projetos de intervenção cuja finalidade seja a disseminação de conhecimento e promoção e prevenção de saúde para a comunidade, visto que são importantes cenários de práticas.

2. Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, referente à vivência de um estudante da sétima etapa do curso de medicina de um Centro Universitário Municipal do interior do Estado de São Paulo, em visita ao Centro Promocional Nossa Senhora de Lourdes (CEPROL) no município de Franca, local onde fora realizada uma ação de promoção em saúde levando conhecimento de anatomia do corpo humano a crianças de 6 a 10 anos.

3. Relato de Experiência

Cursando a disciplina Interação em saúde na Comunidade (IESC), um grupo estudantes da sétima etapa do curso de medicina, deveriam realizar uma atividade em um centro promocional cuja temática se desenvolvia no cenário de saúde da criança e do adolescente, sendo assim após divisão de tarefas determinado grupo ficou de levar o conhecimento sobre o corpo humano para os alunos presentes no dia.

O preparo para atividade não fora de grande exaustão, visto que, ao longo da trajetória acadêmica, tais alunos estão em contato com a anatomia humana desde o primeiro semestre, no entanto, o desafio do dia foi: adequar uma linguagem para que as crianças de 6 a 10 anos conseguissem entender como era constituído o corpo humano, a localização e as formas dos órgãos e também parte de sua fisiologia, como por exemplo como é feita a digestão dos alimentos que são ingeridos.

A quantidade de crianças colocadas na sala reservada para a atividade era de aproximadamente trinta, então foram divididos na primeira turma três equipes, para que cada discente do curso de medicina pudesse aplicar a atividade sem precisar gritar ou cuidar da atenção de trinta de uma vez. Nessa primeira equipe de alunos, conseguimos desenhar em cada lousa um corpo e pedir para que fosse feita uma fila, e cada uma das crianças fizesse o desenho do órgão que sabia,

onde achavam que ele estava localizado. Pode-se dizer que foi uma surpresa, quando indagados quais mais órgãos tínhamos no corpo humano, eles perguntaram onde era localizado e qual a forma do fígado, pâncreas e vesícula biliar, outros alunos diziam que faltavam as unhas, cabelo e olhos para o corpo ficar completo.

A rotatividade de alunos era feita em cerca de trinta ou quarenta minutos, a depender da quantidade de perguntas e andamento da atividade, por isso, para crianças maiores, conseguimos mudar a dinâmica e não mais dividir as turmas, mas considerar apenas uma equipe, na qual dizíamos o órgão e perguntávamos quem saberia desenhá-lo, e ao término, questionava-se o grupo se o desenho estava certo e a posição correta, se sim, próximo órgão, caso não estivesse correto, os alunos de medicina desenhavam a posição e a forma correta do órgão, explicando se existia paridade de órgãos ou se eram apenas órgãos únicos.

Conseguimos adaptar à dinâmica, um quiz em que dávamos opções de formas para um determinado órgão, e as crianças deviam falar qual era a forma correta daquela estrutura. Um exemplo simples fora o coração, desenhamos sua forma convencional: romantizada, e outra opção era sua forma real, de estrutura anatômica, foi muito legal ver a reação das crianças quando perceberam que o nosso coração é diferente daquele coração que desenhavam nas cartinhas do dia das mães.

As dúvidas eram básicas, condizentes com a idade e período escolar, muitas foram sanadas até por outros colegas de classe, visto que muitos deles referiram já ter estudado o corpo humano na escola ou estarem aprendendo.

Agitação e tentativa de chamar atenção do desconhecido, sempre existe quando se está diante de uma situação nova, no entanto, tudo era controlado pela educadora responsável da turma. Fora perceptível a mudança de comportamento, após a saída das mesmas, deixando-os sozinhos na sala com, pelo menos, três pessoas que eles nunca viram na vida, dando margem assim para mais bagunça e gritaria, o comportamento voltava ao normal quando a educadora apontava na porta para irem para suas respectivas classes terminar suas tarefas.

O CEPROL é um espaço para que as crianças em período escolar não fiquem em casa sozinhas ou na rua, enquanto seus pais trabalham, o sistema é de contra-turno, isso significa que as crianças ali no período da tarde já foram pela manhã na escola, por isso muitas ali estão com o seu respectivo uniforme. Em uma mesma turma, pudemos observar que existem pelo menos três instituições de ensino presentes, por isso notamos que a troca de informações era evidente e intensa entre essas crianças, alguns que não tinham tido contato com a anatomia humana previamente, sabiam pelo colega que já havia visto que, por exemplo, a comida ingerida ia para o estômago, sem saber o motivo, mas sabia que o estômago era o destino da comida e ali aconteceria a digestão.

4. CONCLUSÃO

Levar informações para crianças é sempre uma caixinha de surpresas, pois nunca sabemos qual a reação delas diante os fatos ali apresentados. Tivemos diversas situações ao apresentar o assunto, desde palavras que tentavam ser algum órgão, como por exemplo: “mifragma” quando queriam se referir ao diafragma, até explicações fisiológicas do sistema cardiovascular.

Atualmente crianças são detentoras de grande fonte de conhecimento, seja esse ensinado nas escolas ou de fatos que escutam e reproduzem, por isso o Programa Saúde na Escola é de extrema importância, tanto para os serviços de promoção e prevenção em saúde para as crianças, quanto para seus familiares, pois todas as coisas novas que aprendem, levam para dentro de casa e ensinam para a família.

Por isso, sempre que possível, é fundamental que ações em escolas sejam feitas, possibilitar que as medidas de saúde consigam adentrar aos lares e conscientizar famílias sobre tantas coisas que acontecem diariamente na sociedade e principalmente no ambiente da saúde. A informação, quanto mais difundida, mais forte se torna, independente se para o bem ou para o mal, sendo de responsabilidade do emissor, seja ele profissional de educação ou saúde, filtrar o que é emitido e qual o público alvo da mensagem.

Em suma, como acadêmico do curso de medicina essa experiência me fez ver o quão importante é a inserção médica na comunidade precocemente, não somente para ações de promoção de saúde mas também como detentores de outros conhecimentos, como por exemplo, a anatomia do corpo humano, criar esse vínculo é de fundamental importância para a prática médica. A ação me ajudou a refletir sobre como as crianças podem e são imprevisíveis e capazes de adquirir o conhecimento que desejam, seja por meio de internet, colegas de classe, vizinhos e família, e assim, detendo tal conhecimento são capazes de repassá-los para outras pessoas, se fazendo assim, muito importante levar informações para essa camada da sociedade, uma vez que, são essas pessoas que chegam em casa e divulgam tudo o que aprenderam no dia e cobram daqueles que repassaram o conhecimento atitudes para um mundo melhor.

REFERÊNCIAS

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. (2017). Rio de Janeiro.

Portal SIPEB. (s.d.). Fonte: Associação de Instrução Popular Brasileira: <https://portal.sipeb.com.br/unidades/centros-de-educacao-complementar/centro-promocional-n-sra-de-lourdes-francasp/>

Saúde, M. d. (s.d.). *MS departamento de Atenção Básica.* Fonte: MS departamento de Atenção Básica: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>

DESAFIOS DA ANTICOAGULAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM FIBRILAÇÃO ATRIAL E EPISÓDIO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO VARICOSA: Um relato de experiência

Marcielly Porto Sardinha
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
sardinhamarcielly@gmail.com

Flavia Cevithereza Pontes
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
pontes.flavia@yahoo.com.br

Jenifer Priscila Bonácio
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
jeniferbonacio@gmail.com

Ana Carolina Garcia Braz Trovão
Profª Dra. Docente no curso de graduação em Medicina – Uni-FACEF
carolbtrovao@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A fibrilação atrial (FA) é considerada um importante problema de saúde pública, sendo a arritmia sustentada mais comum. A prevalência de FA pode chegar a cerca de 8% na população acima dos 80 anos e é maior no sexo masculino. Dentre os principais fatores de risco para FA estão a hipertensão arterial sistêmica, diabetes e valvulopatias (MAGALHÃES et al, 2016).

A FA é a principal fonte de formação de trombos de origem cardíaca, representando cerca de 45% dos casos, quando comparada com outras cardiopatias, configurando a condição clínica de maior risco para desenvolvimento de Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi), que é a terceira causa de morte em países desenvolvidos e maior causa de incapacitação grave (LORGA-FILHO et al, 2013; WOLF, ABBOTT & KANNEL, 2011).

A fisiopatologia da FA envolve múltiplas e pequenas ondas elétricas com disparos caóticos na parede dos átrios. Pode haver também focos ectópicos em estruturas adjacentes, como as veias pulmonares e veias cavas, capazes de iniciar e manter a FA. Dessa forma, os átrios não se contraem de maneira efetiva e o sistema de condução átrio-ventricular é bombardeado por muitos estímulos elétricos, levando a uma inconsistência na transmissão do impulso e uma frequência ventricular irregular. Isto resulta em menor força para ejeção do sangue e estase sanguínea, especialmente no apêndice atrial esquerdo. A estase é dos fatores determinantes da tríade de Virchow, assim como a hipercoagulabilidade e a lesão vascular, favorecendo fortemente a formação de trombos na FA (IWASAKI et al, 2011).

A necessidade de anticoagulação sanguínea em indivíduos portadores de FA se dá justamente pelo risco tromboembólico e é um dos principais focos do tratamento desta patologia. A decisão terapêutica atual se baseia no cálculo do escore CHA2DS2-VASc (Tabela 1), que está relacionado ao risco cardioembólico do paciente e o escore HAS-BLED (Tabela 2), o qual determina o risco de sangramento após terapêutica com anticoagulantes (MAGALHÃES et al, 2016).

Tabela 1: Escore de CHA2DS2VASc.

Abreviação (do inglês)	Fator de Risco	Pontos
C	Insuficiência cardíaca congestiva (Fração de Ejeção < 40%)	1
H	Hipertensão arterial	1
A	Idade ≥ 75 anos	2
D	Diabetes mellitus	1
S	AVE ou AIT ou embolismo sistêmico prévio	2
V	Doença vascular	1
A	Idade ente 65 e 74 anos	1
Sc	Sexo feminino	1

Se a pontuação calculada for maior ou igual a 2, há indicação de anticoagulação crônica. No critério de Doença Vascular são considerados infarto do miocárdio prévio, doença arterial periférica ou placas na aorta. AVE = acidente vascular encefálico. AIT = ataque isquêmico transitório.

Uma vez indicada a anticoagulação, com base na história de evento embólico e probabilidade de tromboembolismo, devem ser realizados exames para controle como tempo de protrombina (TP) ou tempo de atividade da protrombina (TAP) e pela razão normalizada internacional (INR).

Tabela 2: Escore de risco de sangramento HAS-BLED

Fator de Risco	Escore
Hipertensão arterial	1
Atividade renal/hepática anormal	1 ou 2
AVE	1
História de sangramento ou predisposição	1
INR lábil	1
Idade acima de 65 anos	1
Uso de drogas ou álcool	1 ou 2

Pontuação maior que 3 indica alto risco de sangramento.

2. OBJETIVO

Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de estudantes do quarto ano do curso de medicina do Uni-Faccef, em um atendimento no Ambulatório de Hematologia a um paciente portador de Fibrilação Atrial (FA) em anticoagulação oral e histórico de hemorragia digestiva alta (HDA).

3. METODOLOGIA

As informações foram obtidas por meio da entrevista e revisão do prontuário médico, assim como revisão da literatura sobre o manejo e prevenções das complicações que podem acontecer com a anticoagulação.

4. RESULTADOS

Foi atendido um paciente do sexo masculino, 81 anos, aposentado, viúvo, que compareceu em consulta médica para acompanhamento e controle de anticoagulação oral devido a fibrilação atrial, sem queixas de sangramento recente, ou outras queixas.

Os atendimentos realizados no Ambulatório de Hematologia visando a anticoagulação oral do paciente se iniciaram em junho de 2018, após um episódio de Hemorragia Digestiva Alta (HDA) por úlcera gástrica. A medicação de escolha para a anticoagulação foi a Varfarina de 5 mg e o histórico das doses usadas desde então e respectivos valores de INR foram obtidos em prontuário médico e estão representados na Tabela 3. Não se tem informações sobre dosagens da anticoagulação anterior à ocorrência da HDA.

Tabela 3: Histórico de consultas de acompanhamento da anticoagulação.

Data	Em uso	Dose/semana	INR	Prescrito
2/06/18	Retomada ACO pós HDA	---	---	¼ comprimido dias alternados
9/06/18	¼ comprimido dias alternados	5 mg	1,45	½ comprimido em dias alternados
6/06/18	½ comprimido em dias alternados	10 mg	1,73	½ comprimido/dia (pula terça e sexta)
0/07/18	½ comprimido/dia (pula terça e quinta)	12,5 mg	5,36	¼ comprimido/dia
4/09/18	¼ comprimido/dia (pula quinta e sexta)	6,25 mg	3,14	¼ comprimido em dias alternados
3/11/18	¼ comprimido em dias alternados	5 mg	1,69	Mantém

Com relação às comorbidades o paciente relata hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia de longa data, insuficiência cardíaca congestiva (fração de ejeção de 46%), glaucoma, enfisema pulmonar, gota, anemia ferropriva, além de úlcera péptica e a fibrilação atrial.

Atualmente está em uso de Espironolactona 25 mg (0-1-0); Enalapril 10 mg (1-0-1); Sinvastatina 20 mg (0-0-1); Alopurinol 300 mg (1-0-0); Formoterol 12 mcg + budesonida 400 mcg (1-0-1); Omeprazol 20 mg (1-0-1); Sulfato Ferroso (0-1-0), Varfarina 5 mg (¼ de comprimido em dias alternados); Brimonidina tartarato 0,2% 1 gota em olho direito (1-0-1), Travoprostá 0,004% 1 gota no olho direito (0-0-1); Dorzolamida 2% 1 gota em cada olho (1-1-1); Hiperomelose 5 mg/mL 1 gota em cada olho (1-1-1) e Furosemida 40 mg, se apresentar edema.

O paciente possui histórico pessoal de dois acidentes vasculares cerebrais, sendo o último em 2013, cirurgia para glaucoma e cirurgia para colocação de marcapasso, em 2014. É ex-tabagista há 25 anos, fumou por aproximadamente 30 anos; etilista (½ dose de cachaça por dia) por cerca de 60 anos, relatou ter cessado o hábito após episódio de HDA.

Apresentava-se bom estado geral, orientado em tempo e espaço, normocorado, hidratado, eupneico. Ausculta cardíaca com ritmo regular, normofonético, sem sopros. Ausculta respiratória com presença de Murmúrio vesicular presente e simétricos bilateralmente, sem ruídos adventícios. Abdome globoso, com ruídos hidroaéreos presentes, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, sem massas ou visceromegalias. Ausência de edemas em membros inferiores.

No dia da consulta, foi realizado exame de Tempo de protrombina igual a 18,1 segundos, cuja referência era de 11,1 segundo e INR de 1,69. A conduta tomada na consulta foi manutenção da dose de varfarina 5mg em ¼ de comprimido em dias alternados e solicitado ferro sérico e ferritina para avaliação do quadro de anemia ferropriva apresentado.

5. DISCUSSÃO

Nem todos os pacientes com FA evoluem com eventos cardioembólicos, indicando que a AF per se não é o único determinante para este risco, havendo outros fatores envolvidos. A partir de estudos, alguns destes fatores foram sendo identificados e foi desenvolvido o escore CHA2DS2VASc. Este escore auxilia na exclusão de paciente com baixo risco cardioembólico (escore menor que 2) da terapia com anticoagulantes. Para todos aqueles com pontuação maior ou igual a dois esta terapia é fortemente recomendada. O paciente do caso, portador de FA, apresentava escore de CHA2DS2VASc totalizando 5 pontos, pontuando os critérios Hipertensão Arterial, AVE prévio e idade superior a 75 aos, o que indica necessidade de anticoagulação oral crônica. O AVE prévio e a idade maior que 75

anos, isoladamente, já são fatores importantes na indicação da terapia anticoagulante (MAGALHÃES et al, 2016; WOLF, ABBOTT & KANNEL, 1991).

Pacientes com FA que realizam anticoagulação crônica apresentam risco de sangramentos mais elevados. O paciente do caso apresentou episódio de hemorragia digestiva alta (HDA) por úlcera péptica, o que pode ter sido influenciado pela anticoagulação. Para avaliar o risco de sangramento, utiliza-se o escore de HAS-BLED, no qual o paciente marcava 5 pontos no momento anterior ao episódio de HDA, incluindo pontos por hipertensão arterial, AVE prévio, INR lábil, idade maior que 65 anos e uso de álcool. Com o retorno da anticoagulação, o paciente manteve pontuação igual a 5, desta vez não pontuou pelo uso do álcool, já que relatou ter abandonado o etilismo, mas foi adicionado um ponto pelo episódio prévio de HDA. Todavia, apesar do alto risco de sangramento, o HAS-BLED não contraindica a anticoagulação oral (MAGALHÃES et al, 2016; LORGA-FILHO et al, 2013). Com esta pontuação, o paciente deve ser acompanhado frequentemente pela equipe de saúde, além da necessidade de uma avaliação das condições que podem aumentar ainda mais o risco de sangramento e tentar modificá-las. Neste sentido, o paciente vem realizando uso de omeprazol para tratamento da úlcera péptica e tem sido acompanhado pelo menos uma vez ao mês no ambulatório de Hematologia.

A droga disponível para anticoagulação oral pelo Sistema Único de Saúde é a varfarina 5 mg, que atua como antagonista de vitamina K e possui uma extensa lista de interações medicamentosas com outras substâncias. É imprescindível a realização de controle laboratorial da anticoagulação pelo INR, cuja meta para uma anticoagulação ótima é entre 2 e 3 (LORGA-FILHO et al, 2013). Considerando a quantidade de comorbidades e o número de medicações utilizadas pelo paciente do caso, podemos inferir que a labilidade do INR apresentada (Tabela 3) pode ser influenciada pelas interações da varfarina com outras medicações.

O omeprazol é uma medicação do tipo Inibidor de Bomba de Prótons (IBP) muito usada para controle da secreção ácida do estômago. Possui metabolização hepática e pode inibir o metabolismo de fármacos que dependem do citocromo P-450, entre eles a varfarina, prolongando a depuração da varfarina e elevando a atividade anticoagulante. Da mesma forma, o alopurinol também pode aumentar os níveis e efeitos de antagonistas da vitamina K pelo prolongamento da meia-vida destes medicamentos (LORGA-FILHO et al, 2013; UFG, 2011).

Além disso, varfarina atua inibindo a síntese de fatores de coagulação dependentes da vitamina K, incluindo os fatores II, VII, IX e X, e as proteínas anticoagulantes C e S. Assim, pacientes em uso de antagonistas da vitamina K devem ser constantemente orientados quanto a detalhes na alimentação, pois a ingestão de alimentos ricos em vitamina K, como acelga e brócolis, podem reduzir a ação do medicamento (MAGALHÃES et al, 2016).

Estas interações aumentam a necessidade de uma avaliação individualizada e próxima do paciente, com a finalidade de minimizar os riscos de sangramentos e complicações tromboembólicas.

6. CONCLUSÃO

Dessa forma a anticoagulação é a forma eficiente de prevenir a principal complicação da FA, sendo que droga disponível pelo Sistema Único de Saúde é a varfarina 5 mg, que atua como antagonista de vitamina K e possui uma extensa lista de interações medicamentosas com outras substâncias, o que torna ainda mais difícil a manutenção e eficácia do tratamento. A partir desta experiência foi possível evidenciar a importância de conhecer a farmacologia e as interações medicamentosas do anticoagulante utilizado e as orientações ao paciente, como a correta administração desses e a influência da alimentação na anticoagulação para o sucesso terapêutico. Conclui-se que a programação da anticoagulação oral com varfarina deve ser individualizada, levando em conta todas as variáveis do paciente capazes de influenciá-la.

REFERÊNCIAS

Iwasaki Y. et al. Management Implications of AF Pathophysiology. **Circulation**. v.124, p. 2264-2274, 2011.

Lorga Filho A.M., et al. Diretrizes brasileiras de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes em cardiologia. **Revista Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v.101, n.3, 2013. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Antiagregantes_Anticoagulante_s.pdf> Acessado em: Maio, 2019.

Magalhães L.P. et al. II Diretrizes brasileiras de fibrilação atrial. **Revista da sociedade brasileira de cardiologia**. v.106, n.4. supl. 2, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v106n4s2/0066-782X-abc-106-04-s2-0001.pdf>>. Acessado em: Maio, 2019

UFG (Universidade Federal de Goiás. Hospital das clínicas). **Guia de interações medicamentosas**. Hospital das Clínicas de Goiânia. Coordenação de Farmácia. Goiânia, 2011. Disponível em: <https://farmacia.hc.ufg.br/up/734/o/Guia_de_Interacoes_Medicamentosas.pdf?1409055761>. Acessado em: Maio, 2019.

Wolf PA, Abbott RD, Kannel WD. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. **Stroke**. v. 22, n.8, 1991.

DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR: Relato de caso

Flávia Cevithereza Pontes
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
pontes.flavia@yahoo.com.br

Marcielly Porto Sardinha
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
sardinhamarcielly@gmail.com

Jenifer Priscila Bonácio
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
jeniferbonacio@gmail.com

Ana Maria Gonçalves Oliveira
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
anamaria_go27@hotmail.com

Lívia Maria Lopes
Profª Dra. Docente no curso de Medicina – Uni-FACEF
liviamalopes@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa causada pela micobactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como “bacilo de Koch”. Outras micobactérias do mesmo gênero também podem causar esta doença, *Mycobacterium canetti*, *M. africanum*, *M. bovis* e *M. microti* (WILBUR & BUIKSTRA, 2006). A infecção acomete principalmente os pulmões (TB pulmonar), no entanto pleura, meninges, intestino delgado, ossos, linfonodos e outros órgãos ou estruturas também podem ser afetados na chamada TB extra-pulmonar, mais comum em indivíduos que vivem com HIV/AIDS e em imunocomprometidos. Em termos de saúde pública, a forma pulmonar é a mais relevante, por sua capacidade de manter o ciclo de transmissão da doença (BRASIL, 2019). A transmissão é aérea/respiratória e se dá pelo contato com aerossóis contendo o bacilo que são expelidos pelo portador da doença através da tosse, espirro e até pela fala. O termo “bacilífero” é utilizado para designar a pessoas com TB pulmonar que tem baciloscopia positiva no escarro.

Entre os países com maior carga de tuberculose (TB) no mundo, o Brasil está incluído na lista de países prioritários para abordagem da TB e da coinfeção TB-HIV organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) visando um mundo livre da TB até 2035 (BRASIL, 2017b). Apesar do diagnóstico e tratamento serem feitos de forma gratuita, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o

país ainda enfrenta importantes desafios para combater a doença, considerada um grande e complexo problema de saúde pública.

Por intermédio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), o Ministério da Saúde implantou o Plano Nacional pelo fim da tuberculose como problema de Saúde Pública no país, cujo objetivo é reduzir a incidência da doença no Brasil (BRASIL, 2017b). Atualmente, segundo Boletim Epidemiológico de 2017, a incidência é de 34,2 casos para cada 100 mil habitantes em 2016. Nos últimos anos, o país tem apresentado melhoras singelas nos seus indicadores epidemiológicos, porém, se o cenário atual se mantiver, a projeção para o coeficiente de incidência de casos novos de tuberculose será de 20,7/100 mil habitantes em 2035, resultado aquém do esperado pela OMS (BRASIL, 2017b).

Dentre os objetivos do Plano Nacional pelo fim da tuberculose, inclui-se o tratamento adequado e oportuno de todos os casos diagnosticados de tuberculose visando à integralidade do cuidado, além do fortalecimento e reconhecimento da relevância da Rede de Atenção Básica na assistência ao portador de TB (BRASIL, 2017b). Neste contexto, as unidades de atenção primária a saúde têm função estratégica para o diagnóstico da TB, principalmente no que se refere à busca ativa pelo sintomático respiratório, indivíduo que apresente tosse por três semanas ou mais (BRASIL, 2019; REIS et.al., 2017).

Ainda que totalmente gratuito, o tratamento para a TB é longo, com duração mínima de seis meses. Em 2016, o percentual de abandono foi igual a 10,3%, ainda superior à meta preconizada pela OMS (BRASIL, 2018). A estratégia preferencial para tentar garantir melhor adesão ao tratamento e continuidade é o Tratamento Diretamente Observado (TDO), no qual um profissional da área da saúde observa diretamente a ingestão dos medicamentos pelo paciente. Esta estratégia também é importante para o apoio ao paciente, monitoramento dos faltosos e para a criação e manutenção do vínculo com a equipe de saúde (BRASIL, 2019).

A cada ano ainda morrem em torno de 4,5 mil pessoas por TB no Brasil, doença tratável, curável e evitável (BRASIL, 2017a). Neste cenário, o diagnóstico precoce e a cura da TB estão também entre as dificuldades encontradas no enfrentamento da doença (BRASIL, 2019). E, para a cura, é imprescindível que o tratamento seja realizado até o fim. As metas de cura e de abandono do tratamento devem ser menores que 85% e 5,0%, respectivamente, segundo a OMS. Posto isto, entender o percurso dos pacientes até seu diagnóstico e as dificuldades na manutenção do tratamento são importantes para identificar as falhas e aperfeiçoar as estratégias de saúde no combate à TB.

Objetivos: conhecer o caso de uma paciente diagnosticada com tuberculose pulmonar; seu caminho na rede de assistência a saúde até o diagnóstico, as falhas na identificação do sintomático respiratório e no programa de redução de TB. Ademais, conhecer as características clínicas, fatores de risco,

transmissibilidade, contactantes, tratamento médico e acompanhamento multidisciplinar, quando necessário.

2. METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado como parte da atividade da disciplina de Interação em Saúde e Comunidade (IESC) do oitavo semestre do curso de Medicina do Centro Universitário Municipal de Franca. Os dados foram coletados a partir de entrevista com a paciente em tratamento para tuberculose pulmonar, análise de prontuário médico e revisão da literatura.

3. RELATO DE CASO

Identificação: mulher, 31 anos, diarista, católica, procedente de Guará-SP, residente em Franca-SP, três filhos (3, 10, e 12 anos).

Hipótese diagnóstica: Tuberculose (TB) pulmonar.

Há cerca de 6 meses antes da visita, a paciente apresentou quadro de faringoamigdalite, procurando atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), onde foi tratada com injeção intramuscular de penicilina benzatina, no entanto não houve melhora dos sintomas. Após alguns dias, procurou novamente a UPA, pois o quadro havia piorado e evoluído com formação de abscesso na amígdala. Então, foi encaminhada para internação na Santa Casa da cidade, onde recebeu atendimento por um otorrinolaringologista, devido a necessidade de drenar o abscesso. Sete dias depois, na ocasião da alta hospitalar, a paciente demonstrou interesse na retirada cirúrgica da amígdala, e assim foi encaminhada ao ambulatório de especialidades para realização de exames pré-operatórios, entre eles o RX de tórax, no qual encontrou-se uma opacidade em terço superior do pulmão direito. Com este resultado, e a suspeita de uma alteração pulmonar importante, o médico a encaminhou para ser avaliada por um pneumologista e posteriormente, já com suspeita de TB, foi encaminhada para o Ambulatório de Tisiologia. Neste serviço, realizou duas baciloscopias diretas de BAAR com resultados negativos, sendo a amostra do primeiro exame colhida na ocasião da consulta inicial e o outro exame após dois meses, antes da troca da medicação; tomografia computadorizada de tórax com resultado sugestivo de TB; PPD com 18 mm; e sorologia negativa para HIV.

Antes da descoberta da doença, a paciente disse que tinha indisposição e desânimo acentuados, com dores nas costas, astenia, calafrios, sudorese noturna, tosse forte e seca, a qual se prolongou por pelo menos 4 semanas, dois episódios de febre vespertina, além de importante perda de peso, totalizando 13 kg em 1 mês e meio. Procurou atendimento médico algumas vezes por causa da dor nas costas, sendo tratada como lombalgia mecânica simples. Em nenhum momento no seu percurso pelos serviços de saúde, até a realização da

radiografia de tórax, foi levantada a hipótese diagnóstica de TB pelos médicos que a atenderam. O tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento foi de aproximadamente 4 meses. Apresentava cicatriz vacinal para BCG.

Possuía quatro contactantes, os três filhos e sua mãe, todos foram testados para TB com resultados negativos. Além disso, seu companheiro tinha cumprido pena em detenção, tendo ficado algum tempo em liberdade na casa da paciente antes de ser novamente detido e de a paciente apresentar os sintomas iniciais, sendo uma possível fonte da contaminação, apesar de ele ter os testes para o bacilo de Koch negativos. Outras possíveis fontes de contágio teriam sido um colega de trabalho com TB, que, há quatro anos, se sentava próximo a ela no transporte e tossia intensamente; e seu pai, que teve TB quando ela ainda era criança.

Atualmente, encontra-se em fase de manutenção do tratamento (Rifampicina 150 mg e Isoniazida 75 mg). Realiza tratamento diretamente observado (TDO) uma vez por semana, no Ambulatório de Tisiologia em Franca e o restante dos dias, em casa. Apresentou sintomas gástricos no início do tratamento, sendo introduzido omeprazol 20 mg pela manhã em jejum. Está vivendo na casa de uma prima e seus filhos permanecem em sua cidade de origem vivendo com sua mãe. A paciente é bastante ansiosa e está atualmente afastada pelo INSS. A distância dos filhos e o fato de não estar trabalhando agravaram sua ansiedade. Além disso, possui histórico de ideação suicida. Ainda apresentou muitas dúvidas com relação à doença, principalmente quanto ao tratamento e aos riscos de transmitir a doença aos filhos, demonstrando raso conhecimento sobre a TB. Devido ao quadro ansioso/depressivo, a paciente relatou já ter tido o desejo de abandonar o tratamento. No momento, está sendo assistida por psicóloga, psiquiatra e assistente social.

Outras informações importantes: foi tabagista dos 13 aos 25 anos (30 anos-maço), hoje é usuária de maconha, fumando 1 cigarro por dia. Refere que o consumo era de até 8 cigarros por dia antes do diagnóstico e que a droga inclusive a ajudava a ter mais disposição para trabalhar e melhorava seu apetite, quando começou a sentir os sintomas da TB. A redução do consumo foi de iniciativa pessoal por causa da doença. Já foi usuária de cocaína dos 15 aos 25 anos. Atualmente, não faz uso de bebida alcoólica.

4. DISCUSSÃO

A TB pulmonar pode apresentar-se sob a forma primária, pós-primária (ou secundária) e miliar. A TB pulmonar primária é mais comum em crianças e clinicamente apresenta-se, na maior parte das vezes, de forma insidiosa. A TB pulmonar pós-primária pode ocorrer em qualquer idade após a primoinfecção, mas é mais comum no adolescente e no adulto jovem. A TB miliar é uma forma grave de doença e ocorre em 1% dos casos de TB em pacientes HIV soronegativos, e em até

10% dos casos em pacientes HIV soropositivos, em fase avançada de imunossupressão. A apresentação clínica clássica é a aguda, mais comum em crianças e em adultos jovens (BRASIL, 2019)

Nesse caso, provavelmente é a forma pós-primária, pois tem como característica principal a tosse, seca ou produtiva. A expectoração pode ser purulenta ou mucoide, com ou sem sangue. A febre vespertina, sem calafrios, não costuma ultrapassar os 38,5° C. Além disso, sudorese noturna e a anorexia são comuns. O exame físico geralmente mostra fácies de doença crônica e emagrecimento, embora indivíduos com bom estado geral e sem perda do apetite também possam ter TB pulmonar. A ausculta pulmonar pode apresentar diminuição do murmúrio vesicular, sopro anfórico ou mesmo ser normal (BRASIL, 2019) Todo esse quadro clínico foi muito semelhante ao apresentado pela paciente, que mesmo assim não foi devidamente investigada.

Outro ponto a ser destacado foi o contato da paciente com o companheiro que esteve detido no sistema prisional. Em um estudo com dados de TB na PPL, a taxa de incidência de TB na PPL foi de 627,6 e 904,9 casos por 100 mil indivíduos em 2007 e 2013 (MACEDO; MACIEL; STRUCHINER, 2017). A população privada de liberdade (PPL) é considerada mais vulnerável à infecção da TB, tendo uma chance 28 vezes maior de adquirir a doença (BRASIL, 2019).

O diagnóstico da TB pulmonar pode ser feito clínico-epidemiológico, radiológico, outros testes de imagem, fenotípicos, imunossorológicos ou moleculares, histopatológico, com a prova tuberculínica ou pela pesquisa bacteriológica que pode ser realizada a baciloscopia direta e/ou a cultura (BRASIL, 2019).

No caso apresentado, inicialmente foi realizado a baciloscopia direta de BAAR, porém seu resultado foi negativo para a presença do bacilo. O que confirmou a hipótese diagnóstica foi a apresentação clínica típica somado às alterações na Radiografia e na Tomografia Computadorizada, ambas de tórax.

Os principais achados radiográficos na TB pós-primária, sugestiva da paciente, são pequenas opacidades de limites imprecisos, imagens segmentares ou lobares de aspecto heterogêneo, pequenos nódulos e/ou estrias são aspectos sugestivos de TB pós-primária. A evolução das imagens é lenta e a localização típica é feita nos segmentos posteriores dos lobos superiores e nos segmentos superiores dos lobos inferiores de um ou ambos os pulmões. Cavitação única ou múltipla, geralmente sem nível hidroaéreo, com diâmetro médio de 2 cm e que não costuma ultrapassar 5 cm é muito sugestiva, embora não exclusiva, de TB (BRASIL, 2019) A Radiografia de tórax do caso apresentou opacidade no lobo superior do pulmão direito, mas sem os segmentos específicos e os diâmetros dos achados.

A paciente também deveria ter sido submetida à cultura para micobactéria, que tem elevada sensibilidade e especificidade para tuberculose, e

pode ser utilizado nos casos em que a baciloscopia direta é negativa na presença dos sinais e sintomas característicos (BRASIL, 2019)

Observando-se os pilares, objetivos e estratégias do Plano Nacional pelo fim da tuberculose, no caso relatado, o acesso ao diagnóstico oportuno não foi contemplado, visto que houve demora em suspeitar de TB, mesmo a paciente apresentando muitos dos sintomas clássicos, como já foi mencionado. Perdeu-se a oportunidade de realizar a identificação do sintomático respiratório pela busca ativa, iniciando o tratamento o mais precoce possível e diminuindo assim a transmissibilidade da doença (BRASIL, 2017).

Contudo, como ponto muito positivo da assistência da paciente em questão e um dos objetivos do Plano Nacional supramencionado, observou-se a integralidade do atendimento e o desenvolvimento do cuidado centrado na pessoa com TB; por meio da integração com outros equipamentos da rede da saúde e assistência social. Tal cuidado favorece suporte ao paciente para a continuidade do tratamento até o fim, evitando o abandono.

Sobre as questões levantadas pela paciente, pode-se concluir que ainda lhe faltam informações sobre a doença, mas não só a ela, como também para a população de modo geral, que muitas vezes acaba resultando em medo e preconceito com o doente. Estratégias para ampliar a visibilidade da TB, sejam elas educativas ou de outro tipo, podem contribuir grandemente tanto para diminuir a angústia e sofrimento do enfermo, como para possibilitar a prevenção da doença.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato apresentado é mais um exemplo dentre milhares no país, que mostrou a dificuldade dos profissionais da saúde em diagnosticar precocemente a doença, atrasando o início do tratamento e mantendo o ciclo de transmissão, cenário que não caminha no mesmo sentido das metas propostas pela OMS. Sendo assim, a busca ativa e passiva de sintomáticos respiratórios precisa ser uma estratégia priorizada nos serviços de saúde, principalmente, na Atenção Básica e nos Pronto Atendimentos.

Além disso, foi evidenciada a falta de informações sobre a transmissibilidade e tratamento que intensificam o preconceito social sobre a TB pulmonar. Logo, deve-se investir nas atividades de base comunitária que visam a orientação sobre essa doença.

Consolidar os pontos positivos, principalmente no que se refere ao fortalecimento da rede de atenção à saúde e à integralidade do cuidado, para que a assistência multiprofissional, como a recebida pela paciente, seja regra e não exceção, bem como avançar no que tange ao diagnóstico precoce e oportuno, são pontos fundamentais para o sucesso do plano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil. **Bol Epidemiológico** [Internet]; v. 48, n.8, 2017a. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/23/2017-V-48-N-8-Indicadores-priorit-rios-para-o-monitoramento-do-Plano-Nacional-pelo-Fim-da-Tuberculose-como-Problema-de-Sa--de-P--blica-no-Brasil.pdf>>. Acessado em: Maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano nacional pelo fim da tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil 2ed.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

MACEDO, Laylla Ribeiro; MACIEL, Ethel Leonor Noia; STRUCHINER, Claudio José. Tuberculose na população privada de liberdade do Brasil, 2007-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 26, n. 4, p. 783-794, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000400783&lng=en&nrm=iso>. Acessada em: Maio, 2019.

REIS, Simone Pieren dos et al . Aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 26, n. 1, p. 141-148, Mar. 2017 .

WILBUR, Alicia Kay; BUIKSTRA, Jane Ellen. Patterns of tuberculosis in the Americas: how can modern biomedicine inform the ancient past?. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro , v. 101, supl. 2, p. 59-66, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762006001000011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: Maio/2019.

DOSAGEM SÉRICA E PREVALÊNCIA DE DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D EM PACIENTES SAUDÁVEIS DE AMBULATÓRIO ESCOLA DE PEDIATRIA DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

Gustavo Henrique Fernandes Avelino
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
guhfernandesavelino@gmail.com

Vânia Gameiro de Carvalho
Mestre em Educação – Uni-FACEF
vania_gameiro@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Mesmo sendo popularmente conhecida como uma vitamina, a vitamina D na verdade é um pró-hormônio (secosteroide) que desempenha um papel importante na homeostasia do cálcio, principalmente quando referente ao metabolismo ósseo. No entanto, por não ser produzida por uma glândula endócrina, esta não é considerada um hormônio clássico (Silva, 2016). Este é encontrado sob duas formas, o ergocalciferol (vitamina D2) e o colecalciferol (vitamina D3), estes são provenientes respectivamente de plantas ou fungos e fontes animais ou sintetizadas na pele (SBP, 2016).

1.1. Formas de absorção e obtenção da vitamina D

A vitamina D2 é absorvida pela dieta através do duodeno e jejuno, e a vitamina D3 que é encontrada em produtos de origem animal, principalmente peixes gordurosos e vísceras também é sintetizada pela pele através da ação fotoquímica dos raios ultravioleta B (UVB) que através dos queratinócitos e fibroblastos convertem o 7-deidrocolesterol em pré-vitamina D3, para depois converter em colecalciferol (SBP, 2016).

Cerca de 90% da vitamina D é obtida pela síntese cutânea após exposição aos raios UVB e os 10% restantes obtidos através da dieta. A síntese cutânea é favorecida aos indivíduos de pele clara, que necessitam de uma exposição solar diária entre 10 e 15 minutos no período das 10:00 as 15:00, ou duas horas semanais. A pele escura, rica em melanina que absorve os fótons de UVB funcionam como um protetor solar natural e dificulta a absorção desses raios e sua conversão em pré-vitamina D3. As fontes alimentares não são capazes, de sozinhas, suprir adequadamente as necessidades de vitamina D do organismo. Crianças exclusivamente alimentadas no seio materno necessitam de suplementação vitamínica, seja esta complementação através de medicamentos ou exposição solar, pois o leite materno, embora seja o melhor alimento, possui baixas

concentrações de vitamina D, e os alimentos ricos nesse tipo de vitamina ainda não são introduzidos na dieta do lactente (SBP, 2016).

1.2. Fisiologia da vitamina D

A vitamina D é produzida nos indivíduos principalmente através da radiação solar dos raios ultravioletas (UVB) cerca de 90-95% nos países com boa exposição solar e tem suprimento de cerca de apenas 20% das necessidades orgânicas através da alimentação (Kratz, Silva, & Tenfen, 2018).

A pele é responsável pela produção de mais de 90% da vitamina D necessária pelos seres humanos, no entanto, essa produção é dependente do comprimento da onda de raio UVB (290 a 315 nm), a pigmentação da pele, o tempo de exposição solar, além do uso de filtros solares, estação do ano na qual se expõe e ingestão de cálcio (Kratz, Silva, & Tenfen, 2018) (SBP, 2016).

Ao penetrar a pele, os raios UVB formam uma reação fotoquímica nos queratinócitos e fibroblastos, convertendo, assim, o 7-deidrocolesterol em pré-vitamina D3 e depois em colecalciferol, se exposição prolongada o próprio organismo converte o 7-deidrocolesterol em um metabólito inativo, impedindo a intoxicação por vitamina D. Logo após esse processo de formação da vitamina D3, a mesma é transportada para o fígado através da proteína que liga a vitamina D – transcalferrina, para que ocorra a hidroxilação no carbono 25 formando o calcidiol, forma de depósito da vitamina D, que é transportado pela mesma proteína para os rins onde ocorre a hidroxilação pela enzima 1-alfa-hidroxilase que forma o calcitriol que é a forma metabolicamente ativa da vitamina D (Kratz, Silva, & Tenfen, 2018) (SBP, 2016).

1.3. Locais de ação da vitamina D

Os principais locais de ação da vitamina D são o intestino delgado, ossos e rins, onde, respectivamente, atua no aumento da absorção intestinal de cálcio e fósforo, promove formação do osso endocondral além de estimular a proliferação e diferenciação dos condrocitos e mineralização da matriz óssea, e nos rins atua no aumento e reabsorção tubular renal do cálcio (SBP, 2016).

1.4. Deficiência de vitamina D como um problema global e suas complicações

A deficiência de vitamina D já é considerada um importante problema de saúde pública, tanto no Brasil, quanto no mundo. No entanto, sua deficiência é mais acentuada em países cuja exposição solar tem maior limitação devido a fatores geográficos e até mesmo pela cor da pele de sua população (Santos, 2016).

A falta de vitamina D pode cursar com manifestações clínico-laboratoriais e radiológicas, além de ser fator preditivo para outras doenças, como, asma, lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide, câncer, entre outras patologias (Kratz, Silva, & Tenfen, 2018).

A deficiência da vitamina D diminui a absorção de cálcio e fósforo pelo intestino, levando, assim, a elevação do paratormônio (PTH) que mobiliza cálcio dos ossos para restaurar os níveis de cálcio sérico a fim de reestabelecer a homeostasia levando a redução da mineralização óssea. Essa deficiência pode ser assintomática ou sintomática, cursando com atraso de crescimento e/ou desenvolvimento, irritabilidade, dores ósseas, e, quando persistente, pode levar a quadros de hipocalcemia, hipofosfatemia, acentuação na elevação dos níveis de PTH e raquitismo (SBP, 2016).

Caso seja constatado a evolução para raquitismo deve-se ficar atento aos fenômenos de atraso no crescimento e no desenvolvimento motor, além de quadros de irritabilidade, sudorese e alterações dentárias (SBP, 2016).

1.5. Alimentos ricos em vitamina D

As principais fontes alimentares de vitamina D não conseguem, sozinhas, suprir toda a demanda dessa vitamina no organismo humano, até mesmo o leite materno recomendado exclusivamente até o sexto mês de vida possui baixas concentrações de vitamina D, por isso recomenda-se a suplementação com outras formas de obtenção. Sendo assim, os alimentos ricos em vitamina D estão expressos na Tabela 1 e consiste basicamente em alimentos de origem animal preferencialmente os peixes, dentre eles o salmão, o atum e a sardinha, no entanto sabemos também que esses alimentos são de baixo consumo na população estudada (Munns, et al., 2016) (SBP, 2016).

Tabela 1: Alimentos ricos em vitamina D

Alimentos	Vitamina D (1µg = 40 UI)
Óleo de fígado de bacalhau (1 colher de chá)	400-1000 UI
Sardinha enlatada (100 gramas)	300 UI
Atum (90 gramas)	230 UI
Salmão selvagem (100 gramas)	600-1000 UI
Salmão de cativeiro (100 gramas)	100-250 UI
Fígado de boi (100 gramas)	50 UI
logurte (100 gramas)	90 UI
Gema de ovo (1 unidade)	25 UI
Fórmulas lácteas fortificadas (1 litro)	400 UI
Leite materno (1 litro)	20-40 UI
Leite de vaca (1 litro)	40 UI

Fonte: (SBP, 2016)

1.6. Fatores de risco para hipovitaminose D

Os fatores de risco para hipovitaminose D são deficiência materna de vitamina D durante a gestação e o período de amamentação quando acontece aleitamento materno exclusivo (AME) sem suplementação de vitamina D; localização geográfica, visto que em áreas localizadas em altas latitudes ou áreas urbanas com excesso de prédios e poluição que atrapalham ou bloqueiam a incidência da luz solar há uma baixa penetração dos raios UVB na pele e posterior conversão em vitamina D3; uso demasiado de protetores solares, pigmentação cutânea escura e cobertura em excesso do corpo (Silva, 2016). A obesidade também é apresentada como um fator de risco pelo fato de a vitamina D ser lipossolúvel a 25-OH-vitamina D ficando retida no tecido adiposo (SBP, 2016) (Souza, 2018).

1.7. Causas frequentes de hipovitaminose D

Lactentes em AME são potencialmente mais suscetíveis ao desenvolvimento da hipovitaminose D, tendo maior prevalência nos prematuros, além dos fatores de risco anteriormente citados podemos falar também em casos de baixa dosagem da vitamina quando há ocorrência de crescimento acelerado do esqueleto, principalmente nas idades de 0-12 meses e dos 9 aos 18 anos (SBP, 2016). A dieta vegetariana e níveis socioeconômicos mais baixos também favorecem a diminuição sérica de vitamina D. Síndromes disabsortivas como fibrose cística, doença celíaca, cirurgia bariátrica e doença inflamatória intestinal também cursam com essa deficiência no paciente (SBP, 2016) (Silva, 2016).

Não se pode relacionar a hipovitaminose D somente em paciente desnutridos e economicamente desfavorecidos visto que na camada mais favorecida se não fora realizado uma ingestão adequada ou exposição solar insuficiente cria-se um meio favorável para o desenvolvimento da deficiência vitamínica (SBP, 2016).

1.8. Prevenção da hipovitaminose D

Como dito anteriormente, a deficiência de vitamina D em crianças pode ser decorrente de fatores pré-natais e acontecimentos durante a gestação, por isso, recomenda-se a prevenção para essa carência ainda durante o período gestacional, continuando após o nascimento, não sendo necessária a suplementação rotineira na população em geral. A prescrição de suplementação deve conter o colecalciferol (vitamina D3) pois este metabólito é mais ativo que a vitamina D2. A dosagem de suplemento varia de acordo com a idade e presença de fatores de risco associados é também parte da prevenção o estímulo ao consumo regular de alimentos ricos em vitamina D e a prática regular de atividades ao ar livre, o que aumenta o tempo de exposição a luz solar. É recomendado então a suplementação com 400 UI/dia para crianças menores de um ano e 600 UI/dia em maiores de 1 ano e está indicada para

crianças em AME logo após o nascimento e prematuros após completarem 1500g de peso, é indicada essa dosagem a crianças e adolescentes sem exposição adequada ao luz solar e que não fazem ingesta de pelo menos 600 UI/dia de vitamina D em sua dieta. Crianças em regimes vegetarianos devem ser suplementadas com 600-1800 UI/dia, esse esquema é válido para crianças obesas e com disfunção renal e hepática em estágios já crônico (Kratz, Silva, & Tenfen, 2018) (SBP, 2016) (Santos, 2016).

1.9. Tratamento da hipovitaminose e preparações comerciais da vitamina D disponíveis no Brasil

O tratamento para hipovitaminose D é recomendado para todo paciente com deficiência dessa vitamina, seja este sintomático ou não, este tratamento deve ser baseado na reposição de colecalciferol, o uso de 1,25-OH-vitamina D, ou calcitriol deve ser reservado para casos em que a criança apresente hipoparatiroidismo, insuficiência renal crônica, síndromes disabsortivas e raquistimo decorrente da deficiência de vitamina D (SBP, 2016). Em 2016 o Global Consensus Recommendations on Prevention and Management of Nutritional Rickets publicou uma revisão que indica a dosagem para tratamento de hipovitaminose D, se menor que um ano, deve ser suplementado 2000 UI/dia por 12 semanas, entre 1 e 12 anos entre 3000 e 6000 UI/dia por 12 semanas e para os maiores de 12 anos de idade temos um tratamento com 6000 UI/dia durante 12 semanas, as doses de manutenção seguem a recomendação para idade e fatores de risco (Munns, et al., 2016).

No Brasil atualmente temos cerca de doze medicamentos disponíveis para o tratamento da deficiência de vitamina D, sendo estes usados também para prevenção, seu nome comercial e apresentação são expostos na tabela 2 (SBP, 2016).

Tabela 2: Medicamentos disponíveis no Brasil para tratamento e prevenção de hipovitaminose D

NOME COMERCIAL	LABORATÓRIO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
Addera D3	Farmasa	Gotas	3 gotas = 400 UI
DePura (limão) / DePura Kids (framboesa)	Sanofi-Aventis	Gotas e Comprimido	1 gota = 500 UI e Comprimidos de 1000, 2000 e 7000 UI
Doranguitos (morango)	Brasterápica	Comprimidos mastigáveis	200 UI
Dose D (maçã verde)	Aché	Gotas	1 gota = 200 UI
Doss	Biolab	Cápsulas	1000 UI

Dprev	Ativus Farmacêutica	Comprimidos	1000, 2000, 5000, 7000, 50000 UI
FontD	União Química	Gotas e Cápsulas	1 gota = 200 UI e 1 cápsula = 200 UI
Maxxi D3	Myralis	Gotas	1 gota = 200 UI
SanyD	Aché	Comprimidos	1000, 2000, 7000, 50000 UI
Supra D	Hertz	Gotas	1 gota = 200 UI
Vitax D3	Arese Pharma	Gotas e Cápsulas	1 gota = 200 UI e 1 cápsula = 200 UI
ViterSol D	Marjan Farma	Gotas e Cápsulas	1 gota = 200 UI e 1 cápsula = 200 UI

Fonte: (SBP, 2016)

2. JUSTIFICATIVA

Apesar de diversos trabalhos recentes sobre a dosagem sérica de vitamina D em crianças, nenhum destes relata a dosagem desses níveis em crianças do interior do estado de São Paulo atendidas em Ambulatório Escola. Visto o grande impacto da hipovitaminose D na saúde infantil torna-se relevante o estudo da prevalência de sua deficiência entre a população dessa comunidade específica.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Determinar a prevalência da hipovitaminose D, bem como identificar as características nutricionais e de exposição solar em crianças atendidas em Ambulatório Escola no município de Franca-SP.

3.2. Objetivos Específicos

Realizar a dosagem sérica de vitamina D, identificando os pacientes cujos valores estejam abaixo do esperado, sendo assim, necessário avaliar o estado nutricional de crianças que apresentem dosagem sérica de Vitamina D baixa, além de identificar entre o rol de pacientes atendidos quais destes recebem suplementação com Vitamina D, especificando qual o tipo e sua dosagem.

Identificar entre os pacientes atendidos aqueles que são expostos a luz solar, sua frequência, a forma como são expostos e o tempo de exposição, e, identificar a necessidade do controle dos níveis séricos de Vitamina D na criança.

4. MÉTODOS E PARTICIPANTES

Trata-se de um estudo transversal. Para coleta de dados foram confeccionados formulários (ANEXO 1) que foram respondidos pela mãe da criança no momento da consulta pediátrica em Ambulatório Escola, os dados foram armazenados e computados por software que permite através da análise desses dados a criação de gráficos e tabelas. Foram incluídas nesta pesquisa toda criança entre três meses e dois anos de idade que passe em consulta durante os meses de fevereiro a junho do ano de 2019, sendo excluídas do trabalho, crianças prematuras que nasceram com menos de 32 semanas de gestação e crianças com alguma patologia, independente qual seja esta.

Para diagnosticar essa hipovitaminose avaliamos a dosagem da 25-OH-vitamina D (calcidiol) que tem meia vida de aproximadamente três semanas no organismo humano. Não é de costume dosar a 1,25-OH-vitamina D (calcitriol) pois está pode sofrer interferência do PTH e tem a meia vida mais curta, cerca de 4 horas, e circula em pequenas quantidades no sangue (SBP, 2016). Usamos como referência os níveis séricos de 25-OH-vitamina D maiores que 20 ng/mL para diagnóstico de suficiência, níveis entre 12 e 20 serão considerados insuficientes e menores que 12 níveis deficientes de vitamina D (Munns, et al., 2016). Os materiais foram coletados de forma simultânea aos exames solicitados de rotina pelo serviço de forma que este estudo não implique em maiores danos ao paciente visto que durante a consulta de puericultura realizada no ambulatório escola do Uni-FACEF localizado no Complexo Santa Casa Hospital do Coração e Câncer da cidade de Franca-SP por orientação de preceptores é rotina dos acadêmicos fazerem solicitação de hemograma e dosagem de vitamina D quando se fizer necessário, principalmente quando a criança faz uso de suplementação medicamentosa de vitaminas, especialmente a vitamina D e também uso de ferro sérico. O custo do exame para as instituições Santa Casa de Franca e Uni-FACEF não fora adicional ao repasse municipal para realização dos exames pelo Sistema Único de Saúde que hoje custa para o sistema R\$15,24 (quinze reais e vinte e quatro centavos). Para uma amostra de 100 crianças que é média esperada para consultas de puericultura no ambulatório escola no primeiro semestre haverá uma despesa, se todos fizerem os exames solicitados de 1524,00. Para tanto é necessário que as crianças e seus acompanhantes compareçam nas primeiras consultas e subsequentemente nos retornos com os exames.

4.1. Aspectos éticos da pesquisa

Para realização da pesquisa com dados de materiais humanos é de condição sine qua non que a mãe da criança estudada assine um termo de consentimento para coleta de dados, e que fique bem claro que a participação na pesquisa pode ser retirada a qualquer momento, desde o início até a finalização da coleta de dados. É fundamental salientar que os dados pessoais tanto da mãe quanto da criança serão preservados sob sigilo absoluto.

4.2. Riscos e benefícios

O presente estudo não acarretou em riscos para a população estudada, o exame para dosagem de vitamina D pode ser incluído nas consultas de puericultura quando necessário juntamente com o exame laboratorial Hemograma Completo, não sendo necessária outra coleta para tal finalidade, para tal não haverá dispensa monetária do participante visto que a dosagem será feita juntamente com outros exames laboratoriais de rotina, sendo o custo variável de acordo com os laboratórios cadastrados juntamente com o serviço de saúde local. O benefício se aplica uma vez que ao dosar e perceber algum índice menor do que o esperado podemos intervir e reestabelecer os níveis adequados de vitamina D para o paciente, além de orientar a população francana atendida em ambiente intra-hospitalar dentro ambulatório escola. As possíveis intercorrências inerentes as coletas de sangue serão atendidas e assistidas de acordo com o protocolo de atendimento do laboratório indicado por licitação do ambulatório escola do Uni-FACEF a todos os pacientes que necessitam fazer coleta de exames.

5. RESULTADOS

Os resultados abaixo apresentados referem-se a uma amostra no número de três pacientes que retornaram em consulta ao ambulatório escola levando o exame de dosagem de vitamina D solicitado em primeira consulta.

Figura 2: Resultado de amostra de Dosagem Sérica de Vitamina D

**DOSAGEM SÉRICA DE VITAMINA D EM PACIENTES
ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO ESCOLA**

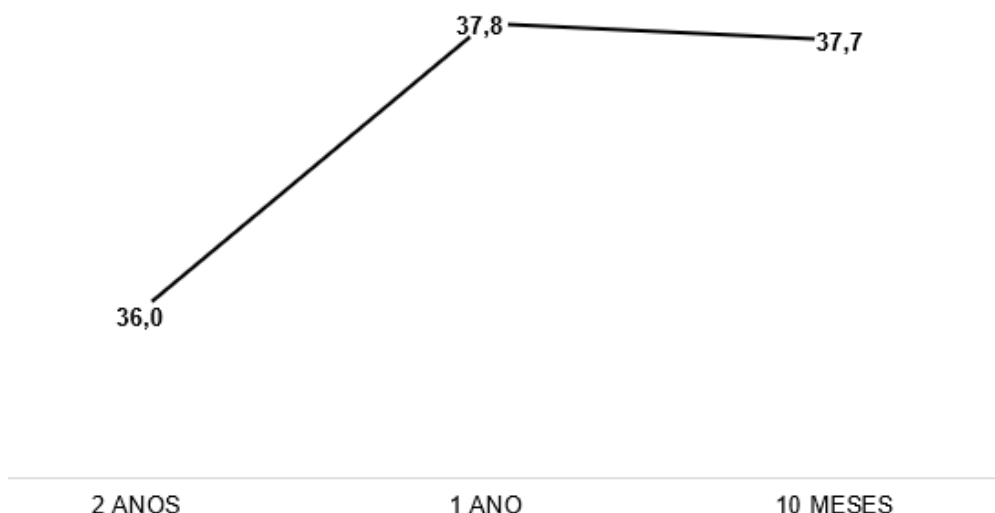


Figura 3: Prevenção de hipovitaminose D com suplementação medicamentosa

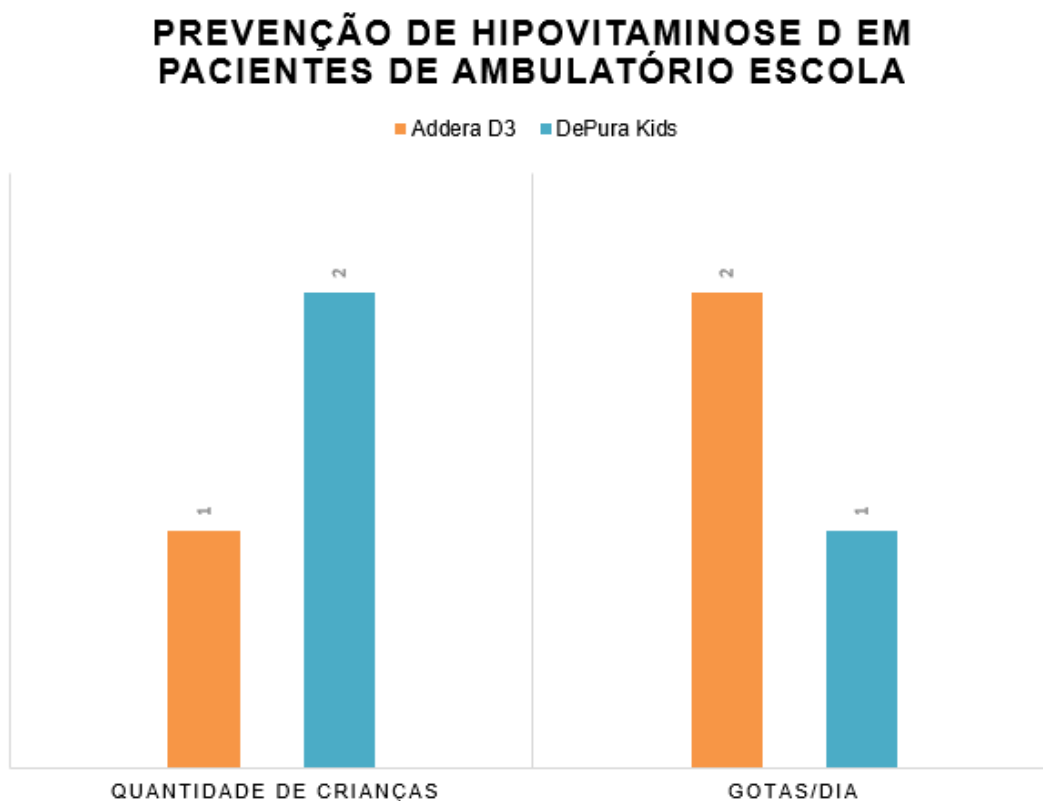
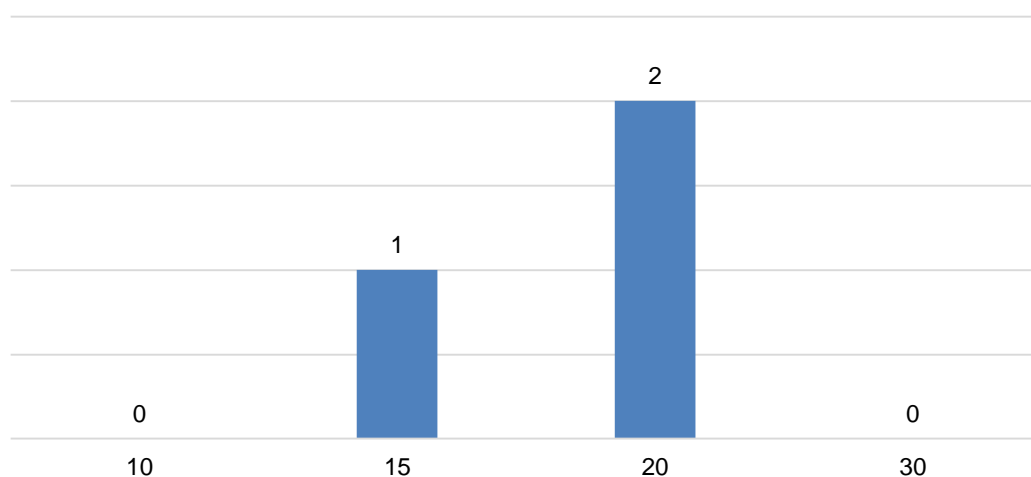


Figura 4: Tempo de exposição solar em minutos

Tempo de exposição solar diária em minutos para crianças entre as 10h e 15h



6. DISCUSSÃO

Para a elaboração de resultados consistentes e confiáveis é esperado a coleta de pelo menos 20 exames de dosagem da 25-OH-vitamina D, para isso é necessário e esperado que a população atendida em primeira consulta no

ambulatório de pediatria do Uni-FACEF vá em retorno levando consigo todos os exames solicitados. A amostra (figura 1) deste relatório é pequena justamente devido ao não retorno as consultas ou não entrega dos resultados dos exames laboratoriais durante a segunda consulta nova, espera-se que até junho consigamos alcançar a meta de pacientes com as dosagens registradas para execução de novo infográfico. Desses três pacientes apresentados na amostra tivemos 2 que faziam suplementação preventiva com Depura Kids em gotas tomando uma gota dia, um terceiro fazia uso de Addera D3 duas gotas por dia (figura 2). É importante salientar que toda medicação era administrada por um responsável.

7. CONCLUSÃO

Conclui-se através da amostra dos três pacientes que participaram efetivamente da pesquisa que não temos na cidade de Franca um índice de hipovitaminose D que seria um resultado inferior a 12 ng/mL em crianças na faixa etária compreendida entre 3 meses e 2 anos de idade, é considerada adequada a suplementação terapêutica referente a prevenção de hipovitaminose D nessas crianças, uma vez que seus níveis séricos de vitamina D estão dentro da normalidade esperada enquanto se faz uso da medicação profilática e exposição de maneira adequada a luz solar . Sendo esperado o número mínimo de 20 dosagens para que possamos ter uma amostragem significativa para análise de dados coerentes e assim, estabelecer um nível ou não de deficiência de vitamina D, seja ela uma insuficiência ou uma hipovitaminose.

REFERENCIAS

Kratz, D. B., Silva, G. S., & Tenfen, A. (2018). Deficiency of vitamin D (25OH) and its impact on the quality of life: a literature review. *RABC*, 118-123.

Munns, C. F., Shaw, N., Kiely, M., Specker, B. L., Thacher, T. D., Ozono, K., . . . Högler, W. (8 de Jan de 2016). Global Consensus Recommendations on Prevention and Management of Nutritional Rickets. *JCEM - The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, pp. 394-415.

Santos, L. C. (Agosto de 2016). Terapia medicamentos para indivíduos saudáveis com níveis séricos baixos de vitamina D: uma revisão sistemática. Salvador, Bahia, Brasil.

SBP, S. B. (Dezembro de 2016). Hipovitaminose D em pediatria: recomendações para o diagnóstico, tratamento e prevenção. *Guia Prático de Atualização - Departamento Científico de Endocrinologia*.

Silva, A. B. (Agosto de 2016). Prevalência de deficiência de vitamina D e análise dos fatores associados em crianças saudáveis no ambulatório de pediatria do HUSM. Santa Maria, RS, Brasil.

Souza, J. H. (2018). *RELAÇÃO DA HIPOVITAMINOSE D COM EXCESSO DE PESO E CONSUMO ALIMENTAR EM TRABALHADORES DE UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO*. João Pessoa.

ANEXOS

Figura 5: Anexo - Formulário sobre o uso de Vitamina D em pacientes ambulatoriais

FORMULÁRIO USO DE VITAMINA D

INICIAIS DO NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____

INICIAIS DO NOME DO RESPONSÁVEL: _____

COR DA PELE: () BRANCA () NEGRA () AMARELA () PARDA

FAZ USO DE VITAMINA D? () SIM () NÃO () NÃO SABE INFORMAR

O NOME DA VITAMINA: _____

TOMA REGULARMENTE? () SIM () NÃO () NÃO SABE INFORMAR

FAZ USO DE EXPOSIÇÃO SOLAR? () SIM () NÃO () NÃO SABE INFORMAR

SE SIM:

QUANTO TEMPO? _____

QUANTAS VEZES NA SEMANA? _____

EXPOSIÇÃO DIRETA OU INDIRETA? () DIRETA () INDIRETA () NÃO SABE INFORMAR

USA PROTETOR SOLAR? () SIM () NÃO () NÃO SABE INFORMAR

FREQUÊNCIA DE USO DO PROTETOR SOLAR? _____

ATÉ QUANDO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO? _____

FAZ USO DE FÓRMULA LÁCTEA? () SIM () NÃO () NÃO SABE INFORMAR

SE SIM:

QUAL? _____

QUANTOS VEZES POR DIA? _____

INGERE ALIMENTOS? () SIM () NÃO () NÃO SABE INFORMAR

SE SIM:

QUAIS? _____

QUANTAS VEZES NA SEMANA? _____

Fonte: acervo dos pesquisadores

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE 141 PORTADORES DE NEOPLASIA CUTÂNEA MALIGNA SUBMETIDOS À CIRURGIA NO MUNICÍPIO DE FRANCA-SP

Anna Rita de Cascia Carvalho Barbosa
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF

Frederico Alonso Sabino de Freitas
Docente – Uni-FACEF

1. INTRODUÇÃO

1.1. Epidemiologia

1.1.1. Breve histórico

A epidemiologia fez-se presente, formalmente, na sociedade como ferramenta para distribuição de grupos específicos no século XIX. Porém, ela havia surgido há mais de 2000 anos através das observações de Hipócrates, uma das figuras mais importantes da história da medicina (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÔM, 2006).

A abordagem epidemiológica foi ganhando espaço na área de pesquisa em saúde e, atualmente utiliza métodos quantitativos e qualitativos para estudar patologias em populações humanas afim de definir estratégias de prevenção e controle (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÔM, 2006).

1.1.2. Conceito

O termo de origem grega da palavra epidemiologia significa “epi= sobre, demo= população, logia= estudo”, ou seja, um estudo sobre a população. (THOMAZ et al., 2015). A definição de epidemiologia é sobre a realização do estudo da distribuição e dos determinantes relacionados à saúde numa população específica. Deste modo, aborda-se mais do que números, mas, também, a melhoria dos indicadores de saúde (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÔM, 2006).

1.1.3. Estudos sobre neoplasia de pele não melanoma

No Brasil, o carcinoma de pele não melanoma (CPNM) é o tumor mais frequente entre homens e mulheres, correspondendo a 30% dos tumores malignos no país (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018a). Já nos Estados Unidos, constituem um terço de todos os cânceres diagnosticados anualmente, sendo a doença maligna mais frequente que pode acometer os seres humanos ao longo de sua vida (MARTINEZ; OTLEY, 2001).

1.2. Neoplasia de pele não melanoma

1.2.1. Conceito

A definição de neoplasia consiste em uma massa anormal de tecido, onde ocorre uma proliferação celular exagerada, irreversível, persistindo mesmo cessada a causa que a provocou. Esta capacidade de se dividir de forma desordenada e autônoma, libertando-se dos controles de crescimento, é a principal característica da célula neoplásica (GOLDMAN; SCHAFER, 2014).

Neoplasia de pele não-melanoma é um grupo de neoplasia maligna composto pelos carcinomas basocelular (CBC) e espinocelular (CEC) (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016).

O CBC é uma neoplasia maligna de crescimento lento e que se deriva das células basais das camadas inferiores da epiderme e de estruturas anexiais (NETO; CUCÉ; REIS, 2015). Já o CEC é um tumor maligno de proliferação atípica de células espinhosas, presentes também na epiderme, apêndice cutâneos e mucosas escamosas estratificadas, de caráter invasivo (NETO; CUCÉ; REIS, 2015) (TEJADA; RODRIGUES, 2009).

1.2.2. Patogênese e etiologia

O câncer de pele não melanoma (CPNM) possui etiologia multifatorial com especificidade para cada um dos dois tipos, salvo a exposição à radiação ultravioleta, a qual é um fator comum entre ambos (NETO; CUCÉ; REIS, 2015). Sabe-se que ambos raios UVA e UVB podem lesar o DNA através da formação de radicais livres (UVA) ou pela indução de dímeros de pirimidina (UVB) o que leva a formação de genes afetados (KASPER et al., 2017).

1.2.3. Quadro clínico

A apresentação clínica do CBC possui algumas variantes podendo ser um nódulo ulcerativo de coloração rósea, bordas cilíndricas e por vezes apresentando telangiectasias na sua superfície; esclerodermiforme, uma placa branco-amarelada com limites mal definidos; superficial como placas eritematoescamosas discretamente infiltradas (NETO; CUCÉ; REIS, 2015). Sua evolução clínica depende do seu tamanho, duração, localização e o subtipo histológico (KASPER et al., 2017).

O CEC normalmente apresenta-se como um nódulo eritematoso com centro queratósico e/ou ulcerado. Seu curso clínico é variável, podendo ter desde um crescimento rápido a um indolente, com um alto potencial metastático para sítio regionais e distantes (NETO; CUCÉ; REIS, 2015) (KASPER et al., 2017).

1.2.4. Diagnóstico

O melhor método diagnóstico é a biópsia acrescida da análise clínica da lesão (TEJADA; RODRIGUES, 2009).

Através da biópsia faz-se a análise anatomopatológica, em que se realiza um estudo macro e microscópico dos fragmentos de tecido retirados, seja pelo método incisional ou excisional (WERNER, 2009).

1.2.5. Tratamento

Há inúmeros tratamentos disponíveis para o CBC, dentre eles estão a eletrocauterização e curetagem (EDC), excisão, criocirurgia, cirurgia micrográfica de Mohs (CMM). A escolha da terapia a ser utilizada dependerá das características do tumor (KASPER et al., 2017).

A terapêutica para o CEC tem como a excisão cirúrgica e a CMM os tratamentos-padrão (KASPER et al., 2017). De modo geral, o tratamento mais favorável à cura é a remoção cirúrgica da lesão. Assim, nota-se a importância da abordagem adequada quanto a técnica utilizada.

1.3. Recidiva de neoplasia de pele não melanoma

1.3.1. Fatores determinantes

Em algumas situações existe recidiva do CPNM, cujas razões apontadas são várias, nem sempre claramente reconhecidas (KUMAR et al., 2002). Estudos demonstram relação com a extensão da lesão, margens cirúrgicas exúguas ou comprometidas e o tipo histológico (SIMONETTI et al., 2016).

2. OBJETIVOS

Descrever o perfil dos pacientes com carcinoma cutâneo não melanoma atendidos e submetidos à cirurgia em clínica particular, no município de Franca -SP.

Relacionar as margens de excisão cirúrgica utilizadas para o tratamento destas lesões, com o resultado dos exames anatomopatológicos e as taxas de recidiva local da neoplasia.

3. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional, descritivo, retrospectivo de 141 pacientes submetidos à cirurgia, para excisão de tumores cutâneos não melanoma entre janeiro de 2008 e dezembro de 2018.

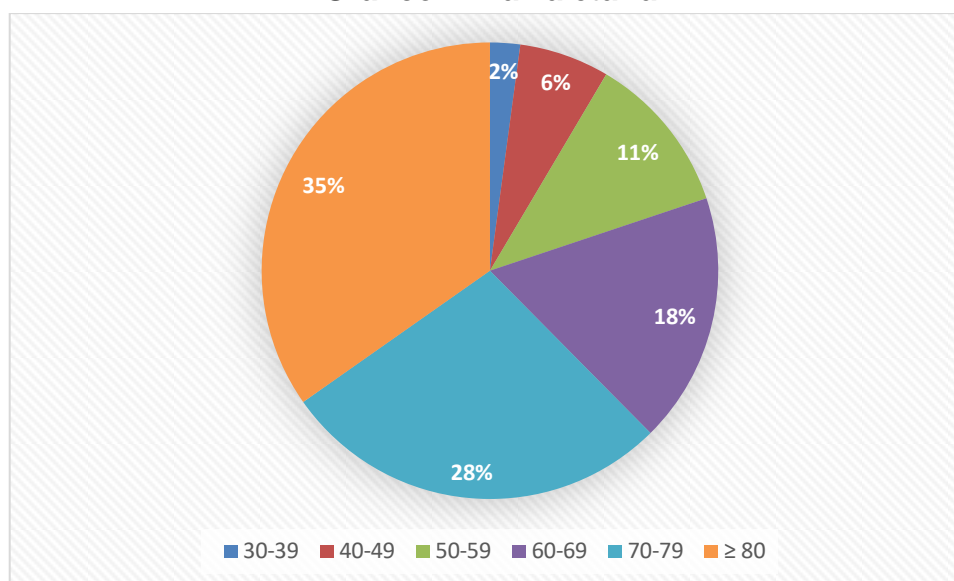
Os pacientes foram operados em ambiente hospitalar, com centro cirúrgico devidamente equipado, por um único cirurgião, com margem de excisão cirúrgica padrão.

Os dados do prontuário do paciente e os resultados dos exames anatomopatológicos foram utilizados como instrumentos para a pesquisa. Assim, foi realizada a análise dos dados gerais dos pacientes, da classificação clínica da lesão, local, tipo histológico, lesão primária ou recidiva, extensão da lesão e condições das margens cirúrgicas.

4. RESULTADOS

Foram analisados prontuários de 141 pacientes com câncer de pele não melanoma submetidos à cirurgia em clínica particular no município de Franca entre os anos de 2008 a 2018. Entre os pacientes estudados 63 (45%) eram do sexo masculino e 78 (55%) do sexo feminino. A idade dos pacientes variou de 33 a 97 anos, média de 71,34 anos, estando a maior faixa etária naqueles com idade maior ou igual a 80 anos conforme mostra no gráfico 1.

Gráfico 1: Faixa etária



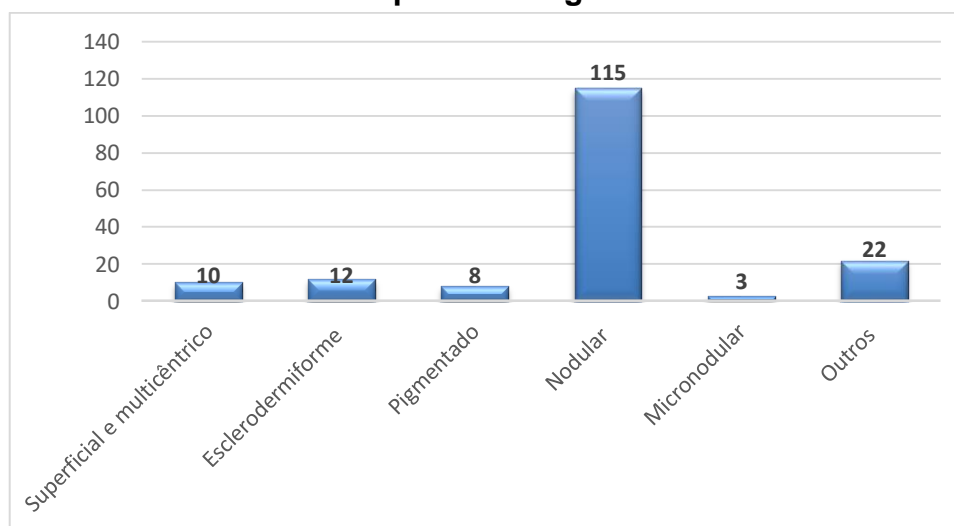
Fonte: Autores (2019).

Com relação ao local da lesão, o mais acometido foi o da região cefálico/cervical com 164 pacientes e o menor foi do púbis presente em apenas 1 paciente.

É de notória relevância apontar que o número de lesões analisadas é maior que o número de pacientes, uma vez que podem apresentar mais de uma lesão. Dentre as margens cirúrgicas analisadas 200 delas estavam livres de neoplasia e 28 com algum grau de comprometimento, totalizando 228 lesões excisadas.

O tipo clínico dominante foi o CBC presente em 74,56% dos pacientes com os demais 25,44% apresentando CEC. Ainda, entre os tipos histológicos do CBC, 115 pacientes tinham o nodular, 12 o esclerodermiforme, 10 o superficial e multicêntrico, 8 o pigmentado, 3 o micronodular e 22 apresentavam outros tipos. Segue abaixo o gráfico 2.

Gráfico 2: Tipos histológicos do CBC



Fonte: Autores (2019).

O número de recidivas foi 15, caracterizando 10,63% de todos os pacientes analisados.

5. DISCUSSÃO

No Brasil o câncer de pele não melanoma é a neoplasia mais frequente, tendo como tipo clínico prevalente o CBC (SAMPAIO; RIVITTI, 2000). Corroborando com essa perspectiva o presente estudo apresentou uma porcentagem de 74,46% de pacientes que apresentaram o carcinoma basocelular.

Sobre o número de recidivas, apenas 3 delas apresentavam margens comprometidas, sendo 2 do tipo CEC e 1 CBC. Ademais, o a maior recidiva foi apresentada pelo CBC com 66,66%.

Das lesões do tipo CEC 36 delas estavam em face e cervical, 18 em membros, 3 no tronco e 1 no púbis. Sobre o CBC, o local onde se encontrou o maior número de lesões também foi nas regiões de face e cervical, representando 73,52%.

6. CONCLUSÃO

Ainda não é possível ter uma conclusão, pois o estudo não foi finalizado, sendo esta, apenas uma caracterização descritiva que posteriormente será comparada com outros estudos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **About Basal and Squamous Cell Skin**, 2016. Disponível em: <<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8818.00.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2018.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÔM, T. **Epidemiologia Básica**. 2. ed. São Paulo: Livraria Santos, 2006. cap. 1, p. 1-4.

GOLDMAN, L.; SCHAFFER, A. I. **Goldman Cecil Medicina**. 24. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, v. 1, 2014. 211 p. Disponível em: <<https://www.evolution.com.br/epubreader/goldman-cecil-medicina-24ed>>.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. **Câncer de pele não melanoma**. Rio de Janeiro, 2018a. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_ao_melanoma>. Acesso em: 12 Mai 2018.

KASPER, D. et al. **Medicina Interna de Harrison**. 19. ed. Tradução de FONSECA, A. et al. Porto Alegre: AMGH, 2017. p. 2460-2464. 2 v.

KUMAR, P. et al. Incomplete excision of basal cell carcinoma: a prospective multicentre audit. **Br J Plast Surg**, Manchester, v. 55, n. 8, p. 616-622, Dec 2002.

MARTINEZ, J. C.; OTLEY, C. C. The management of melanoma and nonmelanoma skin cancer: a review for the primary care physician. **Mayo Clin Proc.**, v. 76, n. 12, p. 1253-1265, Dec 2001. Acesso em: 10 maio 2018.

NETO, C. F.; CUCÉ, L. C.; REIS, V. M. **Manual de Dermatologia**. 4. ed. atualizada. Barueri: Manole, 2015. 400-404 p. Disponível em: <<http://facef.bv3.digitalpages.com.br/users/publications/9788520446218/pages/-26>>. Acesso em: 01 dezembro 2018.

TEJADA, V. F. D. S.; RODRIGUES, O. Neoplasias malignas de pele: revisão bibliográfica com ênfase à abordagem cirúrgica. **Vitalle**, Rio Grande, v. 21, n. 1, p. 73-85, 2009.

THOMAZ, E. et al. **Conceitos e Ferramentas da Epidemiologia**. São Luís: Edufma, 2015. Cap. 2, p. 15-16.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.

SIMONETTI, F. et al. Perfil epidemiológico de pacientes com tumores cutâneos malignos atendidos em ambulatório de cirurgia plástica de serviço secundário no

interior de São Paulo. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 18, n. 2, 2016.

WERNER, B. Biópsia de pele e seu estudo histológico. Por quê? Para quê? **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Curitiba, v. 84, n. 4, p. 391-395, 2009.

INADEQUAÇÃO DO USO DO SERVIÇO DE FONOAUDIOLOGIA DA REGIÃO SUL DO MUNICÍPIO DE FRANCA - SP: Um projeto de intervenção

Bruno dos Santos Stella
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
bs.stella@hotmail.com

Janaína Cadiz Chiri
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
janacadiz@gmail.com

Victor Gabriel Galdino Soares Góis
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
Victor-gois@hotmail.com

Talita Fernandes Soares Freitas Andrade
Professora Especialista Medicina – Uni-FACEF
talitafernanda@facef.com

1. INTRODUÇÃO

A atuação profissional do fonoaudiólogo está descrita na Lei Federal nº 6.965/1981 e regulamentada pelo Decreto nº 87.218/1982. De acordo com essa legislação, o fonoaudiólogo é “o profissional com graduação plena em Fonoaudiologia, que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológica na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões de fala e da voz”. (Queiroga, et al., 2013)

Sendo assim, o compromisso fundamental da ciência é com a melhoria da qualidade de vida do homem e de seu ambiente. A fonoaudiologia, em sua inserção como ciência busca também, esse mesmo objeto. (Crato, Oliveira, Cunha, & Motta, 2004)

Segundo o Ministério da saúde, a fonoaudiologia tem sua origem marcada por práticas assistencialistas, norteadas por uma concepção que entende saúde como ausência de doença e, por consequência com ênfase na reabilitação de agravos já instalados. A atuação fonoaudiológica nos serviços públicos eram voltadas ao tratamento das alterações de comunicação que serviam a uma pequena parcela da população. Pode-se dizer que houve apenas uma mudança no espaço de atuação, a Fonoaudiologia saiu da clinica terapêutica privada e ocupou espaços públicos e coletivos, com ênfase na Prevenção e na Promoção de saúde, garantindo o acesso e a equidade das ações. (Crato, Oliveira, Cunha, & Motta, 2004)

Mesmo com um cenário de atuação bem definido, os profissionais dessa área sofrem devido a quantidade de encaminhamentos que não condizem com suas respectivas funções. Este problema foi relatado como um dos principais

pela fonoaudióloga, atuante na UBS do Bairro Parque Progresso na cidade de Franca, através de uma reunião feita com alunos do terceiro ano de medicina Uni-FACEF, disciplina IESC (Interação em Saúde na Comunidade), que tinha como objetivo levantar os principais entraves desses profissionais.

O fato da quantidade de pacientes que são dependentes desses serviços destaca-se em relação a pequena visibilidade contextualizada a esta profissão no cenário da saúde na região Sul de Franca. Tal invisibilidade é reforçada pelo desconhecimento por partes dos serviços adjacentes ao protocolo criado por estas fonoaudiólogas, que trata das atribuições dos serviços prestados por elas em cada modo de atenção, desde o atendimento primário até mesmo os serviços especializados. Ocasionalmente assim a não melhora no direcionamento dos atendimentos desde sua criação.

Desse modo, constatou-se que os serviços requeridos por esta profissão apresentam alta demanda. Desta, uma porcentagem considerável é de encaminhamentos que não condizem com os trabalhos prestados. Isto é exemplificado, pela grande quantidade de envios de alunos com problemas de aprendizagem, para terapêutica com fonoaudióloga. Haja vista, em protocolo referido, tratamento e acompanhamento destes pacientes não são do campo de atuação desses profissionais e sim da competência da pedagogia.

Torna-se necessário uma análise crítica da triagem fonoaudiológica vislumbrando separar as crianças com alterações nesta área de execução, daquelas consideradas sem alterações. Além disso, há necessidade de orientação de outros profissionais que lidam com esse público específico, pois, corresponde-se à crença de que é possível prevenir ou minimizar as alterações de linguagem por meio de ações pedagógicas. (Pereira, 2003)

Outra dificuldade para esses profissionais é a demanda considerável de pacientes com disfagia que são encaminhados para realizarem tratamento em UBS. Portanto, sabe-se que é necessário um serviço fonoaudiológico especializado para tratar tal condição. Este, irá identificar e interpretar as alterações na dinâmica da deglutição, caracterizar os sinais clínicos sugestivos e definir pontualmente a gravidade da disfagia, estabelecendo condutas a partir dos resultados da avaliação. Sendo assim, constatou-se a necessidade de intervir fornecendo aprimoramento de profissionais, para que possam atuar nessa especialidade. (Padovani, Moraes, Mangili, & Furquim de Andrade, 2007)

Além disso, recursos necessários para melhor desempenho desses profissionais, como melhorias na sala de fonoaudiologia e manter periodicidade na reposição de materiais didáticos se fazem de grande valia.

Portanto, de acordo com o que foi exposto, esse projeto de intervenção visa, em aspecto geral, dar maior visibilidade para esta área tão requisitada, em prol do melhor funcionamento, permitindo o uso adequado e eficaz do sistema.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Adequar o uso do serviço de fonoaudiologia da região sul do município de Franca – SP.

2.2 Objetivos Específicos

- 1) Aumentar a oferta de profissionais para realizar avaliação de disfagia.
- 2) Apropriar o encaminhamento do ambiente escolar para fonoaudiologia.
- 3) Definir um profissional de referência na rede dentro do serviço de fonoaudiologia.
- 4) Adaptar e aperfeiçoar o ambiente de trabalho dos fonoaudiólogos.
- 5) Regular a reposição de materiais didáticos utilizados no serviço de fonoaudiologia.

3. METODOLOGIA

Para este projeto de intervenção foi feita uma reunião com duas fonoaudiólogas da Rede de Atenção Básica, na qual foi realizado o levantamento de problemas embasado na prática clínica das mesmas. O projeto tem como cenário de intervenção inicial as UBS's da região Sul do município de Franca - SP e ele visa otimizar o trabalho exercido pelos profissionais da área de fonoaudiologia.

4. DISCUSSÃO

Em relação à baixa oferta de profissionais para realizar avaliação e tratamento de disfagia, propõe-se a capacitação de profissionais da área da saúde para realização dessa avaliação. Para isso, pode ser feita a pactuação com Instituições de Ensino Superior presentes no município para formação e capacitação desses profissionais e com a rede privada para suprir a demanda pelo especialista.

A disfagia consiste em um transtorno da deglutição, decorrente de causas neurológicas e/ou estruturais, que pode resultar em déficits nutricionais, desnutrição, entrada de alimentos em via aérea, ocasionando transtornos graves que podem levar a morte. (Aline Rodrigues Padovani, 2007)

Por conta da complexidade dessa manifestação, o fonoaudiólogo é o profissional indicado para a realização do tratamento e da evolução do paciente,

pois compete a ele a avaliação da biomecânica da deglutição, estabelecer plano terapêutico, prescrever a consistência alimentar adequada, avaliar parâmetros respiratórios fisiológicos por causa ao risco de complicações pulmonares, a prática de exercícios específicos, entre outras atribuições. (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 7 de Abril de 2016)

Portanto, através da capacitação de outros profissionais da área da saúde para identificação de disfagia, por exemplo, enfermeiros e fisioterapeutas, ficaria a cargo do fonoaudiólogo especializado apenas a realização do tratamento e evolução do paciente, não precisando o fonoaudiólogo ter que prestar serviço de avaliação em cada suspeita de transtorno da deglutição que houver.

Em relação ao encaminhamento inadequado do ambiente escolar para a fonoaudiologia propõe-se a integração entre psicopedagogia e fonoaudiologia, através do trabalho interdisciplinar na avaliação de crianças que apresentem dificuldades de aprendizagem, com isso, diminuindo diagnósticos equivocados.

Para isso, será proposto a divulgação do protocolo anteriormente citado feito pelas fonoaudiólogas, inicialmente nas escolas da região sul do município de Franca – SP, podendo posteriormente expandir para todo o município. Com isso, os reais necessários do serviço terão prioridade de atendimento, e o encaminhamento errôneo será evitado.

Em decorrência da ausência de um profissional de referência, propõe-se a nomeação oficial de um funcionário público para a função gratificada de coordenador, respeitando a legislação municipal e a lei de responsabilidade fiscal.

Conforme a Constituição Federal, em seu artigo 37, inciso II, os cargos em comissão são providos por livre nomeação e exoneração em caráter transitório. Isso significa que à autoridade competente é dispensada exposição de motivos no ato de nomear e exonerar pessoas para tais cargos, não havendo prazo determinado para o exercício. (Federal, 2018)

A função de confiança, também conhecida como função gratificada, deve ser exercida exclusivamente por servidores ocupantes de cargo efetivo, ou seja, funcionários públicos que tenham sido aprovados anteriormente por concurso público e que estejam em exercício de sua função. (Federal, 2018)

Por isso, a escolha de um profissional de referência para a área de fonoaudiologia, será feita por indicação do secretário da saúde da cidade de Franca – SP e nomeado pelo prefeito da cidade, sendo este funcionário atuante na área e que esteja em exercício de sua função.

Com isso, toda a classe de fonoaudiólogos será beneficiada com a indicação de um coordenador, que terá voz junto a secretaria da saúde para qualquer tipo de proposição. Concomitante, a população que faz uso do serviço, também será beneficiada, indiretamente, pois as resoluções para possíveis problemas ou defasagens, serão resolvidas de forma mais eficaz, pelo canal estabelecido com a secretaria da saúde.

Em decorrência da inadequação das salas de fonoaudiologia da região sul do município de Franca - SP, uma solicitação de adequação junto à secretaria da saúde será apresentada por meio deste projeto de intervenção.

Segundo o manual do conselho de fonoaudiologia, para que os níveis de ruído permaneçam dentro do recomendado, alguns cuidados devem ser tomados com relação às instalações físicas das salas em que acontecerão as consultas. (Fonoaudiologia, 2010)

Deve-se evitar salas próximas a corredores de muita movimentação ou localizadas na parte da frente do imóvel que estão mais expostas aos ruídos externos da edificação. Também, deve-se evitar proximidade com janelas e portas, salas de máquinas como ar condicionado central, compressor de ar, casa de bombas e outros. (Fonoaudiologia, 2010)

Por fim, é necessário realizar uma avaliação dos níveis de ruído para verificar se estão em conformidade com os recomendados na ISO 8253-1. Esta avaliação pode ser realizada tanto pelo fonoaudiólogo que possuir os recursos adequados para a medição, como pela empresa contratada para este fim. (Fonoaudiologia, 2010)

Para que todos esses critérios sejam cumpridos, após solicitação de adequação na sala de fonoaudiologia, esse gasto terá de ser aprovado pelo município e passar por um processo de licitação, para que depois as obras sejam iniciadas, de fato.

Com isso, além do profissional ter uma melhor infraestrutura para exercer o seu trabalho da melhor forma, a maior beneficiada nessa adequação, serão os pacientes que usufruem desse serviço, pois terão uma melhor possibilidade de sua consulta e posterior tratamento, serem seguidos de maneira adequada e como instrui os protocolos.

Em decorrência da falta de materiais didáticos, uma atualização será feita, a cada 2 anos, por meio da realização de reuniões periódicas com todas as fonoaudiólogas do município que atuem no serviço de fonoaudiologia na região sul do município de Franca – SP, em que serão feitos levantamentos dos materiais recém lançados e atualizados, para que possam ser incluídos nos futuros atendimentos.

Dessa forma, os protocolos e materiais didáticos a serem seguidos e utilizados, estarão sempre atualizados, visando o melhor tratamento vigente para os pacientes que necessitarem do serviço.

Para esse problema, essa estratégia é a mais coerente a ser utilizada, pois visa o compartilhamento de novas ideias, que cada profissional adquiriu em diferentes meios acadêmicos, como exemplo os congressos e fóruns regionais, nacionais e internacionais, compilando tudo nas reuniões.

Para avaliação dos resultados e monitoramento das ações apontados no projeto de intervenção, será feito reuniões bimestrais com o secretário municipal de saúde de Franca - SP e/ou coordenador indicado em conjunto com as fonoaudiólogas englobadas no projeto, para discussão do progresso nesse período.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Através da implantação das ações propostas, o projeto de intervenção (PI) teve como objetivo de reconhecer as atribuições do profissional de fonoaudiologia na atenção básica de saúde. Assim, é possível realizar um melhor direcionamento das consultas realizadas pelos profissionais da área, e correlacionar com seu ambiente de trabalho e uso de ferramentas de avaliação.

Por conseguinte, espera-se que a área da fonoaudiologia tenha maior visibilidade como especialização, facilitando e melhorando sua integração com as equipes multidisciplinares, e até mesmo maiores investimentos – financeiros e políticos - direcionados na melhoria do serviço oferecido por esses profissionais à população.

6. CRONOGRAMA

Tabela 1: Cronograma de planejamento e execução do projeto de intervenção

13/09/2018	Estabelecimento do tema do projeto de intervenção
20/09/2018	Reunião com fonoaudiólogas da zona Sul de Franca para levantamento dos principais problemas enfrentados em sua atuação
18/10/2018	Reunião para construção do esboço do projeto de intervenção
31/10/2018	Finalização do projeto de intervenção

Fonte: Autores (2019).

Tabela 2: Mês estipulados para executar os objetivos planejados

	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3	Objetivo 4	Objetivo 5
Janeiro					
Fevereiro			x		
Março		x			
Abril					

Maio					
Junho					x
Julho					
Agosto					
Setembro					
Outubro	x				
Novembro				x	
Dezembro					

Fonte: Autores (2019).

REFERÊNCIAS

ALINE RODRIGUES PADOVANI, D. P. (2007). Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) - Rev Soc Bras Fonoaudiol. pp. 199-205.

CONSELHO FEDERAL DE FONODIAULOGIA. (7 de Abril de 2016). *Resolução CFFa N° 492*.

CRATO, A. N., Oliveira, D. V., Cunha, T. O., & Motta, A. R. (Setembro de 2004). Atuação da Fonoaudiologia no Projeto Creche das Rosinhas: trabalho multidisciplinar de educação e saúde em creches. *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária*.

FEDERAL, S. T. (2018). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília. Acesso em 30 de Outubro de 2018, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>

FONOAUDIOLOGIA, C. d. (2010). *AMBIENTE ACÚSTICO EM CABINA/SALA DE TESTE*. Acesso em 31 de Outubro de 2018, disponível em http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/ambiente_acustico.pdf

PADOVANI, A. R., Moraes, D. P., Mangili, L. D., & Furquim de Andrade, C. R. (2007). Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação de Risco de Disfagia (PARD). *Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 12(3).

PEREIRA, C. A. (2003). *ASSESSORIA ESCOLAR FONOAUDIOLÓGICA: SOB O EFEITO DA ESCRITA E SUA AQUISIÇÃO*. Pontifícia Universidade Católica, Fonoaudiologia, SP.

QUEIROGA, B., Sypczuk, G. K., Zanoni, G., Cavalcanti, H. F., Zorzi, J. L., Brandão, L., & Marins, M. (Julho de 2013). Atuação do Fonoaudiólogo Educacional. *Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia*.

LOGOTERAPIA E ADOECIMENTO: Reflexões acerca do sentido e do sofrimento da pessoa com câncer

Natalya Feliciano Meleti
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
natalyameleti@gmail.com

Marcos Silvestre Gera
Mestre em Educação – Uni-FACEF
gera@facef.br

1. INTRODUÇÃO

A Logoterapia é uma escola psicoterapêutica fundada por Viktor Emil Frankl (1905-1997) como uma abordagem da psicologia que compreende a busca do ser humano pelo sentido da vida como uma força intrínseca e presente em sua vida. A Terapia do Sentido da Vida, como também é chamada, tem como objetivo mover o indivíduo para o encontro do seu sentido, e assim, ajudá-lo a encontrar motivações para enfrentar qualquer situação que o sujeito se encontra, pois, como já dizia Viktor Frankl, fundador desta linha de pensamento: “Quem tem um ‘porquê’ de viver pode suportar quase qualquer ‘como’” (FRANKL, 1985, p. 95).

Em vista de uma pesquisa que proporcione a promoção da saúde e conscientização acerca da importância do cuidado do ser humano como ser integral composto por mente e corpo, o presente estudo busca demonstrar a importância do olhar além do sofrimento inerente à doença do câncer e, assim, compreender o indivíduo como um ser capaz de desenvolver resiliência até mesmo nos momentos mais dolorosos de suas vidas. Como Moreira e Holanda (2010 apud Viktor Frankl 1990, p. 348) “sofrimento e doença não se equivalem. O homem pode sofrer sem estar doente, e estar doente sem sofrer”. Por fim, o estudo buscará discutir as diferentes experiências e vivências pelos pacientes que passam pelo tratamento oncológico e assim, buscando os diferentes sentidos pela qual cada um é guiado, o resultado final será apresentar a análise do discurso de cada paciente para encontrar os principais fundamentos que o guiam para um verdadeiro bem-estar durante o seu tratamento.

Este estudo tem como objetivo discutir, através de uma pesquisa qualitativa, a questão do sentido da vida como forma de enfrentamento do sofrimento das pessoas que foram diagnosticadas e estão em tratamento do câncer. Tendo por base a importância da promoção da saúde cada vez mais humanizada, será discutida a importância do olhar o paciente oncológico como um ser integral, e assim poder discutir sobre suas experiências, preocupações e motivações para o enfrentamento da doença. A presente pesquisa apresentará a base teórica de que, apesar da dor inerente ao sofrimento, qualquer indivíduo é capaz de encontrar um sentido para que possa perpassar toda e qualquer dificuldade, desenvolvendo assim um modo mais autêntico de resiliência. Como afirma Frankl (2015), é preciso

ênfatisar que de forma alguma o ser humano precisa do sofrimento para encontrar sentido, mas que mesmo nas situações mais conflitantes de sua vida, o sujeito é passível de encontrar sentido em seu sofrimento e, assim, realizar as suas motivações para manter -se vivo, pois “existe sempre algo ou alguém que mereça a luta pela sobrevivência” (SULZBACH, 2008, p.13). Desta forma, propõe-se investigar como a Logoterapia pode colaborar na busca do sentido do sofrimento por tais pacientes para que possa ajudá-los a vivenciá-los com mais dignidade.

Este estudo será fundamentado pelo método qualitativo. Será feita uma coleta e análise de dados a fim de proporcionar discussões e reflexões acerca da teoria apresentada. A pesquisa a campo será feita na casa de apoio IANSA de Franca, a qual abriu suas portas para nos dar suporte e ceder o local para a realização da pesquisa. A casa IANSA é uma organização de apoio a todas as pessoas em situação de adoecimento e suas famílias, prestando-lhes acompanhamento técnico e humanizado. Nesta casa, acolhem-se as pessoas em tratamento no Hospital do Coração e do Câncer, tanto de Franca- SP, quanto de outras cidades da região. Desta forma, obedecendo aos critérios estabelecidos, serão escolhidos e convidados três pacientes em tratamento oncológico que frequentam a instituição. Através de uma entrevista semiestruturada, será coletada a história de vida e história clínica do paciente, para posteriormente ser feita uma análise dos relatos a partir da ótica logoterapêutica. Será apresentado as experiências e sentimentos únicos de cada paciente, como também os relatos que forem semelhantes entre os pacientes, de forma a relacionar com os principais conceitos da terapia do sentido da vida e análise existencial.

2. LOGOTERAPIA: História e ontologia

A terceira escola vienense de psicologia, a “Psicologia do Sentido da Vida”, denominada também como Logoterapia, surgiu pelo seu fundador Dr. Viktor Emil Frankl (1905-1997) depois da publicação de seu livro “Em busca de sentido – um psicólogo no campo de concentração” em que ele descreve e discute sobre suas experiências nos campos de concentração nazista. Sua teoria surgiu, portanto, através das experiências pessoais e observação de comportamentos no campo de concentração como sendo um prisioneiro comum.

Viktor E. Frankl nasceu em 1905 em Viena, Áustria, a qual, na época, era sede do Império Austro-húngaro. Teve uma infância feliz e sem carências econômicas, em um ambiente familiar afetuoso e sereno. Com 19 anos, em 1926, iniciou seus estudos de Medicina na Universidade de Viena (FREITAS, 2014). Contudo, Frankl sempre teve interesse pela Psicologia e estudava Psicanálise desde o ginásio. Durante sua carreira sempre manteve contato com Freud e Adler. Fez residência médica em Neurologia e Psiquiatria e foi vice-presidente da Associação Acadêmica para Psicologia Médica, tendo Freud como assessor.

Quando fora aprisionado no campo de concentração nazista, Frankl ateu-se em desprender-se de qualquer julgamento possível a qualquer prisioneiro ou ao próprio contexto do campo de concentração. Assim, ele faz uma análise psicológica dos prisioneiros, não no papel de psiquiatra, mas de um prisioneiro comum. Em seu livro, que já citamos anteriormente, o médico procura descrever apenas fatos que desencadeassem uma experiência na própria pessoa. E, por assim dizer, ele apresentou em seu relato, não os grandes e famosos acontecimentos do campo nazista, mas o seu cotidiano como um prisioneiro comum.

Frankl expõe que o distanciamento para olhar um determinado contexto pode ser necessário para a elaboração de uma teoria, mas quando nos propomos a olhar para uma experiência tão excepcional e lastimável quanto é a vida num campo de concentração, se faz indispensável aproximarmos das verdadeiras vivências para uma análise efetiva do que sente e pensa alguém que está no momento difícil de sobrevivência.

Será que uma pessoa que experimenta o campo de concentração teria o distanciamento necessário, durante a experiência, ou seja, na época em que precisou fazer as respectivas observações? Aquele que está fora tem distanciamento, mas está distante demais do fluxo de vivência para colocar qualquer afirmação válida (FRANKL, 2015, p.20).

A Logoterapia, portanto, se finda como escola de psicoterapia quando Viktor E. Frankl é libertado do campo de concentração e começa a publicar seus manuscritos e teorias, começando a ser conhecido mundialmente. A logoterapia, como qualquer outra teoria da psicologia, carrega consigo uma visão de pessoa, de mundo e uma premissa. Para designar a sua teoria, Frankl utilizou do termo “logoterapia”, visto que “logos” é uma palavra grega que significa “sentido”, formando desta forma, a “terapia do sentido”. Como afirma Frankl (2015, p.124) “para a logoterapia, a busca do sentido na vida da pessoa é a principal força motivadora do ser humano”.

Esta nova escola da psicoterapia surge a partir de dois pressupostos anteriores, a Psicanálise de Freud e a Psicologia Individual de Adler (FERREIRA; MARX, 2017). Assim sendo, Frankl contrapõe a Sigmund Freud com sua teoria pelo princípio da vontade do prazer, e também a Alfred Adler com a teoria da vontade do poder; construindo um novo princípio motivador do ser humano, a vontade do sentido. Frankl não pretendia substituir nenhuma proposta psicológica, mas sim apresenta-se como alternativa ou parte complementar da clínica atual.

Sobretudo, a preocupação ao elaborar sua teoria tornou-se proporcionar uma nova visão de homem. Para o psiquiatra, é urgente superar qualquer reducionismo, qualquer visão que diga que o homem “não é mais que...”; alegando que para ele existe um pressuposto errôneo e perigoso, pelo qual ele denomina de “pandeterminismo”. A este termo, o teórico significou como uma visão de homem que descarta a sua capacidade de tomar posição frente a fatores condicionantes, por mais trágicos que fossem. Desse modo, o homem não é um ser

completamente condicionado e determinado, mas de maneira oposta é um ser autodeterminante. Ou seja, ele não simplesmente existe, mas decide qual será sua existência e o que ele se tornará nos momentos seguintes (FRANKL, 2015).

O homem na visão frankliana é, portanto, um ser que decide livremente, pois possui dentro de si uma vocação para a liberdade. O que movimenta sua existência não são seus impulsos sexuais, mas a inquietação sobre o sentido da vida. Só assim o homem se torna um ser transcendente, na medida em que ele consegue sair de si mesmo e ir ao encontro do mundo, do outro e das suas realizações (LIMA; GUSMÃO, 2017).

Nesse ínterim, Viktor Frankl redigiu sua teoria a partir da necessidade de uma “psicoterapia a partir do espírito”, pois o que se procurava era combater o psicologismo bem como o reducionismo na visão do homem. “O ser humano é uma unidade e uma totalidade corporal, anímica e espiritual, indivisível porque é uma unidade, e insummabile porque é uma totalidade” (FREITAS, 2014, p. 37). A logoterapia, como análise existencial, pretende, portanto, evidenciar a importância de olhar o homem na dimensão espiritual, pois é nela que se encontra sua dignidade, independente de determinantes sociais, psíquicos ou biológicos, e principalmente, visualizar e encontrar o sentido da vida. Como afirma Viktor Frankl, “um indivíduo incuravelmente psicótico pode perder sua utilidade, mas conservar a dignidade de um ser humano” (FRANKL, 2015, p. 155). E ainda afirma que, mesmo diante a um sofrimento inevitável, “ao aceitar esse desafio de sofrer com bravura, a vida recebe um sentido até seu derradeiro instante, mantendo esse sentido literalmente até o fim” (FRANKL, 2015, p. 138). A partir disto, podemos analisar a liberdade do homem de manter dignidade e encontrar sentido para suas vidas mesmo nas condições mais deploráveis do ser humano.

3. OS TRÊS PILARES DA LOGOTERAPIA

A base da teoria da logoterapia é fundamentada a partir de três conceitos principais de análise existencial: liberdade da vontade, vontade de sentido e sentido da vida.

3.1. Liberdade da vontade

A liberdade da vontade é o principal pilar da teoria de Frankl em oposição ao pandeterminismo. Para ele, o homem é livre de qualquer determinismo e possui uma vocação para liberdade. O ser humano é autodeterminante, isto é, ele tem poder para decidir sobre sua existência e sobre quem ele é e será no momento seguinte (FRANKL, 2015, p. 153). Pereira (2015 apud Viktor Frankl, 1995) explica que de acordo com o pensamento frankliano, o ser humano contém três influências condicionantes que afetam a sua vontade livre: condicionamentos psíquicos (de instinto e de caráter); biológicos (hereditariedade e corpo); e sociológicos (meio

ambiente físico e social). Á esses complexos, Frankl nomeou de destino psicológico, destino biológico e destino sociológico. Este usou da palavra destino, pois desejava apresentar a ideia de que estes condicionantes eram “aquilo que há de fatal” na vida humana, ou seja, tudo o que não podemos transformar e que escapa do poder de nossa vontade. Desta maneira, a liberdade do homem é uma liberdade “flutuante”, que existe á deriva das formas concretas de destino.

O destino pertence ao homem como o chão a que o agarra a força da gravidade, sem a qual lhe seria impossível caminhar. Temos que nos comportar-nos em relação ao destino como em relação ao chão que nós pisamos: estando em pé; sabendo, entretanto, que esse chão é o trampolim donde nos cumpre saltar para a liberdade (FRANKL, 2003, p. 120).

De acordo com Frankl (2003), na verdade o homem não está livre de suas condições, ele não é livre de algo, mas para algo. Por assim dizer, o homem é livre para as tomadas de decisões perante todas as suas condições. Roehe (2005 apud Frankl, 1986) apresenta que o ser-homem é ser-livre e também ser-responsável, pois ele tem concomitante com a liberdade para agir diante ao destino, a responsabilidade de suas decisões. Afinal, o homem é insubstituível diante o seu destino, e é esta insubstituibilidade que o coloca como responsável pela configuração de seu destino, uma vez que o seu destino não se repete. Ninguém poderá ter as mesmas responsabilidades que ele, e nem ele voltará a ter (FRANKL, 2003).

3.2. Vontade de sentido

Frankl frente aos seus mentores estava insatisfeito com a visão de homem e motivação da vida humana que eles obtinham. Tal como o princípio do prazer de Freud e status drive de Alfred Adler, em ambas as psicologias Frankl notou certa preocupação com o equilíbrio interno e busca pela cessação de tensão como objetivo maior da gratificação dos instintos e da satisfação das necessidades, findando toda atividade que envolva vida (PEREIRA, 2007).

Desta forma, Frankl se coloca em oposição á psicologia homeostática, que apresenta as ações humanas apenas como um meio cuja finalidade maior é a gratificação individual. Assim, Frankl insurge afirmando que o homem busca sentido, e que isto não tem qualquer relação com a necessidade de redução de tensão ou de autogratificação (PEREIRA, 2007). O que de fato motiva o homem, não é nem a vontade de poder (como afirma Adler), nem a vontade de prazer (como apresenta Freud), mas sim a vontade de sentido. O que o ser humano precisa não é um estado livre de tensões, mas sim a busca com objetivos que valham a pena.

Como postula Frankl (2015), a vontade de sentido é uma motivação primária do ser humano, a busca pelo sentido da vida não é apenas uma “racionalização secundária” de seus impulsos instintivos. A partir do momento em que a pessoa pergunta acerca do sentido da vida, ela expressa o que há de mais

humano em si. Frankl (2003) explica que o termo “vontade de sentido” não carrega um sentido voluntarista. O que se deseja salientar, ao utilizar a palavra vontade, e não “instinto de sentido”, é sublinhar a direta intenção de sentido, porque no fim e a cabo, o que se põe em jogo, é o sentido e nada mais que o sentido. Portanto, a utilização do termo instinto iria se curvar á ideia de que a busca pelo sentido seria apenas para apaziguar um instinto e readquirir seu equilíbrio funcional.

Contrapondo à teoria da pirâmide das necessidades de Maslow, onde propõe-se uma hierarquia de necessidades que precisam ser satisfeitas, Frankl apresenta a vontade de sentido como uma motivação que não se reduz ou deriva de outras necessidades. Ou seja, ela não somente aparece quando necessidades básicas do homem são satisfeitas, como um tipo de necessidade de satisfação mais elevada. Para Frankl, o homem compreende qual das necessidades tem sentido para o momento e assim busca satisfazê-las (SILVEIRA; GRADIM 2015). Desta maneira, a vontade de sentido desponta como uma motivação nem superior nem inferior á quaisquer necessidades básicas do homem, podendo ainda, ser concomitante á realização e satisfação de tais necessidades.

Como explica Silva e Breitenbach (2009), a valorização do homem se dá pelo incentivo á suas potencialidades. O desejo pelo sentido por assim dizer, é a demonstração de que o ser humano é insatisfeito e por isso procura sentido para suas frustrações. À vista disso, quando ele procura sentido, ele busca saúde mental. Em oposição, quando ocorre uma negação de sentido, ele desprezará sua própria vida, posto que ele já não encontra significado para sua existência. A procura de sentido, por assim dizer é uma questão de sobrevivência. De acordo com Albert Einstein “o homem que considera sua vida sem sentido, não é simplesmente um infeliz, mas alguém que dificilmente se adapta à vida” (SILVA; BREITENBACH 2009 apud FRANKL, 1989, p. 28).

Por outro lado, a perda da vontade de sentido, seguida pela frustração existencial, não, é, de acordo com Frankl (2003) patológica nem patogênica. A angústia existencial não é, de forma alguma, uma doença mental. Neste momento, a logoterapia como uma psicologia toma um papel importante, pois é ela quem guiará “o paciente através das suas crises existenciais ao crescimento e desenvolvimento” (FRANKL, 2003, p. 128). Ou seja, a logoterapia é única como psicologia para guiar o ser humano á volta de sua vontade de sentido, e assim realizado, ao encontro do seu sentido.

3.2. Sentido da vida

A primeira característica que Viktor E. Frankl pontua para a teoria do sentido da vida é que não existem termos genéricos quando se trata do sentido: ele é único a cada pessoa, e para cada momento. O sentido pode se transformar de uma hora pra outra e é diferente de pessoa para pessoa. Frankl destaca ainda, que cada um possui sua vocação, sua missão de vida a ser realizada, há um tarefa concreta para se cumprir em cada momento. Por isso, não deve-se ocupar com o

sentido da vida de um modo abstrato e universal, pois ele se finda em ações pontuais no dia-a-dia (FRANKL, 2015). Pereira (2008) pontuou que o pai da Logoterapia sempre se preocupou em afastar o termo “sentido da vida” de uma ideia de sentido total, globalizante e arrebatador. Uma vez que o sentido da vida é utilizado como referência genérica, a expressão será tomado por vagueza e então, será inapropriada e incorreta.

De acordo com Carrara (2016) o sentido é a capacidade humana de dar forma a qualquer situação. Assim, viver com sentido significa, por meio das emoções, aptidões e vontades humanas, pôr-se a serviço de uma tarefa que exija engajamento. O ser humano, ao contrário de perguntar á vida qual o seu sentido, é indagado por ela. Não é o homem, que numa postura autocêntrica e reflexiva que se pergunta qual o sentido da sua vida, mas é a vida que pergunta, e estimula ao sujeito a depositar um sentido único á cada situação (Pereira, 2008).

Moreira e Holanda (2010) apresentam que o sentido molda a mente, e não é moldado por ela. Esse caráter objetivo do sentido demonstra também que, o sentido não varia com nosso estado de humor e sobretudo, não é moldado ao nosso bel-prazer (FREITAS, 2014). O sentido é uma realidade ontológica e não uma criação cultural, não há como inventar o sentido, como também ele não é dado: “cada um é impelido e cercado pelo sentido da própria vida” (MOREIRA; HOLANDA, 2010, p. 347). Pereira (2008) irá descrever que a objetividade do sentido que Frankl preocupa-se em esclarecer é para se garantir contra interpretações relativistas, convencionalistas ou céticas. Se fosse possível que duas pessoas se encontrassem em uma mesma situação concreta, o sentido, portanto, apontaria para a mesma ação. Desta maneira, é importante destacar as peculiaridades de se entender a teoria do sentido da vida. A partir da premissa de que o ser humano é único em seus sentimentos, ações, vontade, personalidade, o sentido também o será.

Porque decerto só há uma resposta para cada pergunta, isto é, a resposta exata; para cada problema há apenas uma solução, a solução válida; e, em cada vida, em cada condição de vida, só um sentido, o verdadeiro... Contudo, na vida não se trata de uma atribuição de sentido, senão um achado de sentido; o que se faz não é dar um sentido, mas encontrá-lo; encontrar, dizemos, e não inventar, já que o sentido da vida não pode ser inventado, antes tem que ser descoberto (Frankl, 1989, p. 77).

Freitas (2013 apud Frankl 2011) afirma que há um sentido em quaisquer circunstâncias da vida, e que a pessoa tem a liberdade de realizá-lo ou não. Desta maneira, confere ao sentido da vida, referências ao conceito de liberdade e responsabilidade na teoria de Viktor Frankl. Como diz Silveira e Gradim (2015), a vida traz um desafio e uma exigência a cada momento e que a pessoa precisa responder. “Responder-a” é responsabilizar-se e se comprometer perante á tarefa e á vida. Desta forma, o sentido da vida surge das escolhas em que se faz perante á vida. Frankl (1989, p. 94) afirma que “quanto mais o homem apreender o caráter de missão que a vida tem, tanto mais lhe parecerá carregada de sentido da vida”.

4. SENTIDO DO SOFRIMENTO

A priori, faz-se necessário, para o bem entendimento do sentido do sofrimento, ilustrar a teoria dos três valores de Viktor E. Frankl. De acordo com o psiquiatra, o homem pode encontrar seu sentido através de três maneiras: 1) criando um trabalho ou praticando um ato; 2) experimentando algo ou encontrando alguém; 3) pela atitude frente a um sofrimento inevitável (FRANKL, 2015). A primeira forma é traçando um caminho para realização e se faz bastante óbvia, e a segunda maneira, propõe que o indivíduo experimente algo, como a bondade, a verdade, a beleza, ou até a natureza e a cultura; e experimentando alguém, e amá-lo. O terceiro diz sobre a capacidade do indivíduo de enfrentamento às maiores condições de sofrimento, colocando-se em posição capaz de lutar pela sua própria vida. Estes três conceitos também podem ser chamados de “valores universais de Viktor Frankl” e são denominados, respectivamente, de: valores de criação, valores de experiência ou vivência e valores de atitude. Os valores obtêm maior ou menor valor de sentido para o sujeito dependendo da circunstância que ele se encontra. Vale a pena destacar, que o sentido é algo concreto e objetivo enquanto os valores são abstratos e universais.

Assim, será discutido sobre a capacidade do indivíduo de dar forma e sentido mesmo nas situações de maior sofrimento em sua vida, e como este sentido o fará perpassá-lo com maior bravura. Assim como ele mesmo descreveu em seu livro “A busca de sentido – um psicólogo no campo de concentração”, ao analisar a vida cotidiana dos prisioneiros comuns, ele percebeu como mesmo nas piores condições, as mais precárias e indignas que um ser humano pode vivenciar a vida ainda pode ser dotada de sentido.

O sofrimento, como a necessidade, o destino e a morte, faz parte da vida. Nenhum destes elementos se pode separar da vida sem se lhe destruir o sentido. Privar a vida da necessidade e da morte, do destino e do sofrimento, seria como tirar-lhe a configuração, a forma. É que a vida só adquire forma e figura com as marteladas que o destino lhe dá quando o sofrimento a põe ao rubro (FRANKL, 2003, p. 154).

Como também já discutimos, sobre o princípio do prazer, sabemos que o prazer de modo algum é suscetível de nos dar sentido. Mas por outro lado, a ausência de prazer não é capaz de lho tirar (FRANKL, 2003). Desta forma, um dos princípios fundamentais da logoterapia se caracteriza não na preocupação de se evitar a dor e obter prazer, mas antes de tudo, em ver um sentido na sua vida, e esta é a razão do porque o ser humano está pronto até para o sofrimento, desde que ele obtenha sentido (FRANKL, 2015). Contudo também é essencial evidenciar que o sofrimento não é um pressuposto para se preencher um sentido, ainda que o sentido possa ser preenchido através de um sofrimento inevitável. Afinal, a liberdade do homem concede a ele a oportunidade de até o último instante de tornar a vida plena de sentido (MOREIRA; HOLANDA, 2010).

Destarte Frankl (2003) vem pontuar de que é necessário fazer uma distinção entre doenças e o sofrimento. Desta maneira, teremos um homem doente sem “sofrer” no sentido próprio e verdadeiro da palavra; e também temos um sofrimento que está para além de todo ser-doente: um sofrimento puro, que se insere na essência e na existência da vida humana. Com isso, pode-se referir que há situações em que o ser humano pode-se realizar-se plenamente apenas no sofrimento e no mais puro sofrimento. E assim, pode-se fazer possível compreender Dostoiowski quando diz que ele só tinha uma coisa a temer, não ser digno de seu tormento. A partir disto, há como avaliar a grandeza da realização que existem nos doentes que parecem lutar para serem dignos de suas grandes penas.

Moreira e Holanda (2010) destacam que é a partir do sentido que a pessoa que recebeu uma incisão da vida motiva-se para se reconstruir, mantendo a esperança e descobrindo recursos que fomentem sua resiliência. Frankl (2003) nos explica que mesmo nas situações de sofrimento inevitável, ao aceitar suportá-lo, ali estará também uma forma de realização. Contudo este “suportar” deve se tratar de seu modo mais autêntico, ou seja, suportar um destino impossível de alterar pelo agir, ou inevitável pela omissão. “O sentido do destino que um homem sofre reside portanto, em primeiro lugar, em ser pelo homem configurado – se possível; e em segundo lugar, em ser suportado- se necessário” (FRANKL, 2003, p. 155).

Nesse ínterem, o que importante, deste modo, é dar testemunho do potencial exclusivo do ser humano de transforar uma tragédia pessoal num triunfo, em converter o sofrimento em uma conquista humana. No momento em que não somos capazes de mudar uma situação, somos desafiados a mudar a nós próximos (FRANKL, 2015). Assim, será no desafio da vida, que seremos chamados a buscar um sentido único, e imperecível a nós mesmos e ao nosso sofrimento.

5. LOGOTERAPIA E PSICOLOGIA DA SAÚDE

As mudanças ocorridas no paradigma da psicologia da saúde quanto ao entendimento dos conceitos de saúde-doença favorecem o surgimento de novas formas de se pensar o ser humano. A Logoterapia é uma dessas. Primeiramente, é preciso fomentar quais são as novas perspectivas da saúde, fundamentadas principalmente por uma visão mais humanizada. O conceito de saúde segundo a OMS – Organização Mundial da Saúde (1946), a define como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença. Assumindo este conceito, nenhuma pessoa conseguirá ser totalmente doente, ou totalmente saudável. Ao longo de sua vida, perpassará por momentos em que viverá condições de saúde/doença, conforme a condição de vida e possibilidade deste momento (Abreu et al, 2005). Além disto, o conceito de “completo bem-estar” é tomado com vagueza. Seria possível atingir um perfeito bem-estar?

De acordo com Beninca (2007), o termo bem-estar carrega certa subjetividade e por isso, quando se fala do perfeito bem-estar existe uma utopia.

Ainda segundo a autora, o preceito da OMS sobre um bem-estar psicossocial carrega uma necessidade de explanação para além da saúde física, psicológica e social. Hoje é preciso também um olhar acerca da dimensão espiritual. Viktor Frankl em sua obra, também pontuou sobre essa urgência de superar a visão reducionista do ser humano. O psiquiatra desta forma, através de sua ontologia dimensional busca compreender o homem em sua totalidade: como um ser bio-psico-socio-espiritual, necessitado pela liberdade e pela capacidade de suportar o sofrimento (SOUZA, GOMES, 2018). Esta visão, portanto, vem de encontro com o olhar reumanizado da medicina. Além de compreender o homem como um ser integral, é necessário também evitar as divisões e dualismos da dimensão do homem, pois ele não é ora um ser social, ora biológico, ora psicológico, ora espiritual; ele é todas as dimensões simultaneamente, sem sobreposições.

Coelho e Filho (1999 apud Canguilhem 1943) irão apresentar que a saúde tal como a normalidade é um conceito também individual, e assim, ela seria estabelecida a partir de uma noção-limite que definiria o máximo da capacidade de um ser. Esta concepção encontra Frankl no momento em que ele descreve sobre a vida do prisioneiro no campo de concentração. Situações de vida que seriam extremamente anormais, tais como as patologias desenvolvidas, se torna normalidade para os prisioneiros. Por isto, o sentido da vida é um conceito singular, a partir do momento em que cada um sabe de seus adoecimentos e capacidades.

Acerca da psicologia da saúde em si, de acordo com Castro e Bornholdt (2004) tem como objetivo compreender os fatores biológicos, comportamentais e sociais do ser humano e como eles influenciam na saúde e na doença.

Psicologia da Saúde como a disciplina ou o campo de especialização da Psicologia que aplica seus princípios, técnicas e conhecimentos científicos para avaliar, diagnosticar, tratar, modificar e prevenir os problemas físicos, mentais ou qualquer outro relevante para os processos de saúde e doença. Esse trabalho pode ser realizado em distintos e variados contextos, como: hospitais, centros de saúde comunitários, organizações não governamentais e nas próprias casas dos indivíduos. (CASTRO e BORNHOLDT apud COP, 2004).

A psicologia da saúde se apresenta como uma área da psicologia que estuda e se atenta ao processo saúde-doença, tais como prevenção e promoção da saúde. Sendo assim, sabemos que a saúde mental está diretamente interligado com a dimensão orgânica do homem. Quando tratamos desta ligação mente-corpo, entraremos na discussão sobre a psicossomática, assunto muito discutido pelos estudiosos e profissionais da saúde. A psicossomática caracteriza-se por uma visão integrada inserida em um ambiente sócio-econômico-cultural. O termo psicossomático não deve ser utilizado no sentido de causalidade, mas acerca das inúmeras relações entre mente e cérebro, fenômeno e processo a serem observados pelo campo psicológico e somático (CAMPOS, RODRIGUES, 2005). A partir disso podemos observar novamente como as contribuições da visão da logoterapia contribuem pra ampliar as concepções sobre a saúde-doença, tal como

a psicossomática, trazendo essencialmente uma abordagem humanizada e totalizante dos aspectos do ser humano.

6 METODOLOGIA

Este estudo é fundamentado pelo método qualitativo. Portanto, seu propósito não será contabilizar os resultados provenientes da pesquisa, mas sim compreender o comportamento de um determinado grupo pesquisado. A pesquisa qualitativa é desta forma, um método de investigação científica que foca no caráter subjetivo do objeto de estudo.

É preciso esclarecer, antes de mais nada, que as chamadas metodologias qualitativas privilegiam, de modo geral, da análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais. Realizando um exame intensivo dos dados, tanto em amplitude quanto em profundidade, os métodos qualitativos tratam as unidades sociais investigadas como totalidades que desafiam o pesquisador. Neste caso, a preocupação básica do cientista social é a estreita aproximação dos dados, de fazê-lo falar da forma mais completa possível, abrindo-se à realidade social para melhor apreendê-la e compreendê-la. (Martins, 2004).

A pesquisa aborda questões amplas acerca do objeto de estudo, pela qual o que está sendo estudado é submetido a uma análise em seu contexto geral. Na pesquisa qualitativa, o pesquisador é ao mesmo tempo sujeito e objeto de suas pesquisas, como o desenvolvimento da pesquisa qualitativa é imprevisível, objetivo da pesquisa é conseguir informações aprofundadas sobre o campo de pesquisa. Estas informações, portanto, por muitas vezes não conseguem ser quantificadas, porque a pesquisa qualitativa centra-se na compreensão e explicação dos fenômenos sociais.

As características da pesquisa qualitativa são: objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências (UFRGS, 2009).

A presente pesquisa foi realizada na Casa de Apoio IANSA, situada em Franca – SP. O primeiro contato se obteve pela bolsista, com a psicóloga da Instituição para permitir que a estudante pudesse utilizar do espaço para suas entrevistas, como também realizar tal pesquisa a campo com os pacientes frequentes da casa. É importante ressaltar que esta organização se caracteriza com uma casa de apoio que acolhe as pacientes em situação de adoecimento e suas famílias, com o objetivo de prestar apoio solidário, técnico e humanizado a estas pessoas. A instituição oferece moradia, alimentação, atendimento psicológico, reiki, entre outros serviços de forma gratuita. É uma instituição sem fins lucrativos e sustentados por mantenedores, organização de bazares, feiras, etc.

Através de uma entrevista semiestruturada, foi realizado perguntas a três participantes, pacientes da casa IANSA, que tem por finalidade transmitir informações necessárias para a resolução da pesquisa. Todo e qualquer aspecto de proteção aos participantes foi assegurado pelos aspectos éticos da pesquisa, tal como o termo de consentimento esclarecido e aprovação pelo Comitê de Ética.

7. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Neste presente estudo será abordado um resumo das discussões e reflexões do trabalho que se intitulará “Busca de sentido em pacientes em tratamento oncológico”. Desta forma, será apresentada uma breve reflexão sobre as entrevistas feitas com três pacientes em tratamento oncológico frequentes á casa de apoio IANSA, pela qual apoiou e cedeu espaço para a realização da pesquisa. Assim, abordaremos os aspectos em destaque e importantes em relação ao estudo da visão da logoterapia.

Foram escolhidos três pacientes com câncer que ainda estão em tratamento oncológico, ou seja, estão sob acompanhamento médico e/ou sob tratamento fármaco, químico, cirúrgico, entre outros. Foi feita uma entrevista semiestruturada, a fim de captar as principais informações provenientes para pesquisa.

A primeira entrevista foi feita com V., de 71 anos. Ele foi diagnosticado com câncer de próstata em outubro de 2017 e faz tratamento desde então. Seu tratamento é feito por uma injeção de lectrum de 28 em 28 dias no hospital do câncer. Sobre sua história de vida, V. conta que está com a terceira esposa. Refere ter trabalhado na roça desde os oito anos e gostar muito. Porém, hoje ajuda sua atual companheira em um bar, mas está cuidando de uma chácara atualmente. V. relata encontrar no trabalho grande satisfação: “tendo um servicinho pra gente, a gente fica alegre... ver os bichinhos, os passarinhos cantando... o coração fica mais alegre, eu gosto de trabalhar na roça”.

Segundo Viktor Frankl, o sentido da vida de uma pessoa pode se constituir através de um trabalho ou de um ato (FRANKL, 2015). Desta forma, podemos ver que durante sua vida inteira, o sujeito em análise esteve engajado no “serviço da roça” e que isto lhe faz bem e feliz, como foi dito na entrevista. Desde criança, V. relata que conforme também foi aprendendo na escola, os serviços na fazenda ficavam mais complexos e com o tempo aprendeu a manusear máquinas e fazer trabalhos mais elaborados. Ou seja, sempre dedicou a evoluir em seu trabalho, como postula Júnior e Mahfoud (2001), o trabalho pode significar uma transcendência de si, na qual vivencia-se uma experiencia de valor da própria pessoa ligado á utilidade, podendo chegar a constituir sentido. Assim, através do sentir-se útil para algo, aquele algo pode tornar-se o sentido da vida. V. também referiu encontrar grande felicidade em momentos com sua esposa:

“felicidade é ficar junto com a minha esposa, ter alegria, combinar bem, e comer o que a gente gosta. Assar uma car ninhã naquela alegria... é uma beleza pra mim, uma alegria, deixa a gente ficar mais disposto pras coisas... pra mim não tem coisa melhor”.

Frankl, em sua teoria e nas reflexões às situações vividas no campo de concentração, demonstrou que o sentido pode estar e ser vivido nas pequenas coisas. Somente teremos boas lembranças para acessarmos nos momentos de crise se soubermos escolher as melhores alternativas, as mais importantes, que realizem valores. Ao vivermos o momento presente, valorizando o cotidiano da vida, as coisas simples, os detalhes aparentemente irrisórios é que dará forma à vida (FREITAS, 2014). Quando estava no campo de concentração, Frankl destacou que um recurso para escapar do vazio e da falta de sentido é o refúgio no passado; e o que ocupa o pensamento dos prisioneiros são justamente os fatos corriqueiros e coisas simples com as pessoas que amamos (FRANKL, 2015).

A segunda entrevistada foi S., de 58 anos. É divorciada e tem dois filhos. S. foi diagnosticada com câncer de pele em dezembro de 2016 e posteriormente, câncer de mama em 2019. Já passou por quatro cirurgias no nariz e ainda está em acompanhamento médico para realização de outras. Refere ter se sentido assustada e paralisada com a notícia da doença: “... quando eu recebi a notícia que estava com o câncer de pele eu não aceitava, eu não acreditava”. Salci, Sales e Marcon (2009), apresentaram que além dos aspectos relacionados ao físico, como dor, o diagnóstico do câncer provoca forte impacto psicológico, causando sentimentos de várias intensidades tais como medo, angústia, ansiedade, raiva entre outros. Este sentimento pode estar relacionado à história do curso da doença ou de fantasias quanto ao seu prognóstico, tornando não raros, associações de morte inevitável e aterrorizante quanto ao estigma do câncer.

S. relatou que para o enfrentamento da doença, a instituição IANSA se faz a sua maior fonte de apoio e motivação. Muitas vezes vai à instituição para ajudar outras pessoas em tratamento. Refere receber muito apoio e ajudar a quem precisa na casa, que isto é sua principal motivação e força para continuar em seus tratamentos:

“sabe o que me motiva? Vir com o pessoal da vã para Franca e poder ajudar, eu fico no consultório junto com as pessoas que estão sozinhas. Isso me faz bem porque se eu fico em casa, eu não faço nada, porque eu estou impossibilitada de fazer todo serviço... então isso me ajuda.”.

Frankl (2015) ao escrever sobre a “essência da existência” nos aponta que quanto mais a pessoa se esquece de si mesma, dedicando-se a servir a uma causa ou amando alguém, mais humana será e mais se realizará. Ou seja, a pessoa necessita de transcender a si mesma para sentir-se realizada. A autotranscendência é um conceito também muito discutido por Frankl, e se caracteriza como um olhar para o mundo exterior em busca de sentido (SILVEIRA; MAHFOUD, 2008). Na autotranscendência, a pessoa não procura alguma coisa ou alguém por causa de si

mesma, mas por causa daquilo em si, a capacidade de transcender-se a si próprio é em função de um sentido, e não por necessidades interiores (FREITAS, 2014).

S. relata não conseguir se ver no futuro, apenas foca no seu presente e no enfrentamento com sua doença, em realizações de exames, cirurgias. Apesar de não cultivar sonhos e fazer planos para o futuro, refere “não querer ficar parada”. Assim, podemos analisar através da logoterapia, que a realização do sentido no sofrimento, se dá também referente à nossa atitude frente a ele (FRANKL, 2015). Ora, se não podemos mudar a situação que nos causa sofrimento, então podemos mudar a forma pela qual a vivenciamos. “O fato, é que os sentidos, assim como a percepção desse sentido, vistos do ponto de vista logoterápico, estão localizados em chão firme, e não flutuando no ar ou encerrados numa torre de marfim” (FRANKL, 2015).

A terceira entrevistada foi T., de 53 anos, diagnosticada com câncer de mama. Iniciou seus tratamentos em fevereiro de 2018, está em tratamento de radioterapia, pela qual terá que fazer 33 sessões diárias, após ter feito 16 sessões de quimioterapia semanalmente. A paciente relatou ter se sentido muito assustada após ter recebido a notícia de seu médico: “se eu não tivesse sentada eu tinha caído... difícil... a gente acha que vai acontecer com todo mundo menos com a gente, mas a gente só sabe do tamanho quando a gente passa...”. T. refere que não só ela, mas seus familiares também ficaram muito preocupados com a doença, e que sua comunidade religiosa também começou a orar por ela. Assim, ela contou que a família é a sua base, é o lugar pela qual ela encontra seu encorajamento. Além disso, relata querer viver para ver seus netos crescerem:

Os filhos e netos que a gente quer ver crescer... eu dou graças a Deus que eu vi, tem gente que nem conhece, tem gente que nem vê nada... na época às vezes não entendemos os planos de Deus, às vezes a gente olha e não entende, mas mais pra frente a gente entende. Às vezes se eu não tivesse passado por isso a gente não estaria aqui, eu vivo por conta deles, um neto tem 14, a outra 5, então vivo para ver eles crescerem.

Freitas (2014 apud Viktor Frankl 1990) nos esclarece que vivenciar as pessoas em sua singularidade significa amá-lo, e que o amor é a vivência de que pouco a pouco, se vive a vida de outro ser humano, em todo seu caráter único e irreptível. Assim, encontramos na fala de T. o desejo de estar presente na vida de seus netos, os amando, e então, vivendo a vida deles como Frankl apresenta. A vivência no sentido do amor é o principal exemplo de experiência de valores que nos inclinam para o encontro do sentido.

A paciente em seu discurso conferiu ter se adaptado às mudanças necessárias para um bom prognóstico de sua doença, e apesar de ter sido difícil no início, atualmente remete a uma boa aceitação de sua doença. Viktor Frankl, quando estava no campo de concentração, observou que muitas vezes em que se deparava em uma condição miserável ainda se dava por “satisfeito” por não estar em condição ainda pior do que se encontrava. Considerava-se feliz por ainda conseguir trabalhar e lutar para sair vivo dos campos. Desta forma, o psiquiatra pontuou que nos

momentos de sofrimento devemos nos dar-se por satisfeito, não no sentido de acomodação, mas de contentar com o que a vida pode nos oferecer naquele determinado momento (FREITAS, 2014). Esta seria uma estratégia da logoterapia para ajudar a preservar o sentido da vida e não nos deixar vencer pelas situações de sofrimento, afinal, como a vida tem sentido, o sofrimento também terá.

8. RESULTADOS

A partir dos relatos analisados, pode-se observar que a logoterapia se apresenta como uma abordagem da psicologia que procura se adaptar e refletir até sobre as vivências mais simples e rotineiras do ser humano, afirmando que mesmo nessas, somos capazes de realizar o sentido. O sujeito, mesmo nas situações de sofrimento e adoecimento é capaz de resgatar no mundo interior e exterior algo que lhe dê engajamento. Como nos casos apresentados, o mundo exterior tal como o trabalho, a solidariedade ao próximo, a família, tomaram tal significado ao indivíduo, que ao ter que enfrentar o tratamento oncológico, lhe foi depositado um sentido da vida e do sofrimento. É importante destacar que este potencial de conferir um sentido ao momento de sofrimento é uma característica dada de Frankl a todo ser humano, porém pode ocorrer de alguns não conseguir alcançá-la.

Como Viktor Frankl (2015) pontuou, as pessoas tem o poder de serem mais fortes interiormente do que seu destino exterior, em conformidade com o modo que elas se colocam diante a decisão de transformar sua experiência de sofrimento em uma realização interior de valores. Afinal, “a liberdade espiritual do ser humano, a qual não se lhe pode tirar, permite-lhe, até o último suspiro, configurar sua vida de modo que tenha sentido” (FRANKL, 2015, p. 89).

Em vista disso, os casos apresentados demonstram a forma com que os sujeitos, deparados em sua situação de adoecimento, assumem sua liberdade frente ao destino para configurar sua vida a uma forma que tenha sentido. Cada qual com sua unicidade buscam maneiras de ser responsável às suas condições de vida. Semelhantemente, todos em seus relatos trouxeram em algum momento ter uma rede de apoio como principal ferramenta de enfrentamento, assim, compreende-se a realização de valores através de alguém, como uma das mais valorizadas pelo ser humano.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pretendeu discutir como as experiências dos indivíduos que estão em situação através da logoterapia, apresentando principalmente, as formas com que cada um procurar enfrentar o seu sofrimento. Assim, observou-se que o sentido da vida está presente no cotidiano do ser humano, e ele se transforma em cada experiência. Procurou-se demonstrar as singularidades das motivações de cada sujeito a fim de afirmar como o sentido é único a cada pessoa. Mas também foi

refletido sobre como os valores segundo Viktor Frankl aparecem na vida do ser humano como um canal de realização do sentido.

É mister destacar que os estudos dos casos foram sucintos em suas apresentações, visto que são reflexões de apenas uma entrevista com cada indivíduo. Assim, objetivando fazer uma discussão mais aprofundada seriam necessários mais encontros com os pacientes, para uma compreensão mais profunda dos seus sentimentos e comportamentos. Desta forma, vale destacar que também foi procurado preservar o direito de sigilo de cada participante.

Viktor Frankl em sua visão integralista do ser humano proporcionou que nós pudéssemos desgarrar da visão reducionista em virtude de um olhar humanizado. Pode-se afirmar, que nos momentos de adoecimento, esta nova visão é imprescindível, uma vez que a pessoa em sofrimento clama por algo que lhe proporcione vida. Portanto, a teoria do sentido vida oferece ao ser humano forças para que ele batalhe por algo que lhe faz transcender-se. Como Frankl diz: “viva como se já estivesse vivendo pela segunda vez, e como se na primeira vez você tivesse agido tão errado como está prestes a agir agora” (FRANKL, 2015, p.134).

REFERÊNCIAS

ABREU, Ana Rosa et al (Ed.). **Saúde**. Brasília. p.31 Portal Mec, 2005. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2019.

BENINCÁ, Ângela Cristina. Sentido e saúde: uma perspectiva logoterapêutica. **UNIVALI**, Itajaí, 2007. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Angela%20Cristina%20Beninca.pdf> Acesso em: 14 jan 2019.

CAMPOS, Elisa Maria Parahyba; RODRIGUES, Avelino Luiz. Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. **Mudanças: psicologia da saúde**, v. 13, n. 2, p. 299-312, 2005. https://www.researchgate.net/profile/Avelino_Rodrigues/publication/273303140_Mecanismo_de_Formacao_dos_Sintomas_em_Psicossomatica/links/582dc74c08ae102f072da8dd/Mecanismo-de-Formacao-dos-Sintomas-em-Psicossomatica.pdf Acesso em: 06 jan. 2019.

CARRARA, Paulo Sérgio. Espiritualidade e saúde na logoterapia de Victor Frankl. **Interações**, v. 11, n. 20, p. 66-84, 2016. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/P.1983-2478.2016v11n20p66/10883> Acesso em: 30 nov 2018.

CASTRO, Elisa Kern de; BORNHOLDT, Ellen. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 24, n. 3, p. 48-57, 2004. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932004000300007&script=sci_abstract&tlng=es Acesso em: 13 jan. 2019.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 9, p. 13-36, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/1999.v9n1/13-36/pt/> Acesso em: 13 jan. 2019.

SILVA, Antonio Wardison Canabrava da; BREITENBACH, Herivelton. **Fundamentação e prática da logoterapia**. Lins, 2009. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/CC29750900804C.pdf> Acesso em: 07 nov. 2018.

FERREIRA, Flávia Neves; MARX, Roseana Barone. O Vazio Existencial Em Interface Com O Uso De Drogas Sob A Ótica Da Logoterapia E Análise Existencial. **Faculdade Sant'ana em revista**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.1-17, fev. 2017. Disponível em: <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/fsr/article/view/11/53>. Acesso em: 08 out. 2018.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia e sentido da vida**. Tradução Alípio Maia de Castro. São Paulo: Quadrante, 2003.

FRANKL, Viktor E. **Em busca do sentido**. Petrópolis: Vozes, 1985.

FRANKL, Viktor E. **Em busca do sentido**: um psicólogo no campo de concentração. Traduzido por Walter O. Schulupp e Carlos C. Aveline. 25. ed. São Leopoldino: Vozes, 2015.

FREITAS, Marina Lemos Silveira. **Afrontamento e superação de crises: contribuição da logoterapia**. Ribeirão Preto, IECVF, 2013.

JÚNIOR, Achilles Gonçalves Coelho; MAHFOUD, Miguel. As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e inter-relações na obra de Viktor Frankl. **Psicologia USP**, v. 12, n. 2, p. 95-103, 2001. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/63374> Acesso em: 13 jan. 2019.

LIMA, Michele Bezerra de; GUSMÃO, Elaine Custódio Rodrigues. Terapêutica do diabetes a luz da logoterapia: primeiras aproximações. **Revista saúde e ciência**, Campina Grande, v. 6, n. 1, p.65-80, 2017. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/revistasauedeencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/465/291>. Acesso em: 09 ago. 2018.

MARTINS, Heloisa Helena T. de Souza. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e pesquisa**, São Paulo v.30, n.2, p. 289-300, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n2/v30n2a07.pdf> Acesso em 2 de jun de 2018.

MOREIRA, Neir; HOLANDA, Adriano. Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa. **Psico-USF**, Itatiba, v. 15, n. 3, p. 345-356, Dec. 2010. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712010000300008&lng=en&nrm=iso> Acesso em 17 maio, 2018.

PEREIRA, Ivo Studart. A ontologia dimensional de viktor frankl: o humano entre corpo, psiquismo e espírito. **Logos e existência: revista da associação brasileira de logoterapia e análise existencial**, Ceará, v. 4, n. 1, p.2-13, jan. 2015. Disponível em:

<<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KLZNBBy1SpvYJ:www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/le/article/download/21725/13056+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 14 fev. 2019.

PEREIRA, Ivo Studart. Mundo e sentido na obra de Viktor Frankl. **Psico**, v. 39, n. 2, p. 8, 2008. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5161613> Acesso em: 03 jan. 2019

PEREIRA, Ivo Studart. Vontade de sentido na obra de Viktor Frankl. **Psicologia Usp**, São Paulo, v. 18, n. 1, p.125-133, jan. 2007. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/3051/305123717007/>>. Acesso em: 5 nov. 2018.

ROEHE, Marcelo V. Revendo idéias de Viktor Frankl no centenário de seu nascimento. **Psico**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p.311-314, dez. 2015. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5161603>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

SALSI, Maria Aparecida; SALES, Catarina Aparecida; MARCON Sônia Silva. Sentimentos de mulheres ao receber o diagnóstico de câncer. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.17 n.1 p. 46-21, Jan. 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a008.pdf> Acesso em: 5 jan. 2019.

SILVEIRA, Daniel Rocha; GRADIM, Fernanda Jaude. Contribuições de Viktor Frankl ao movimento da saúde coletiva. **Revista abordagem gestáltica.**, Goiânia, v. 21, n.2, p.153-161, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672015000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SILVEIRA, Daniel Rocha; GRADIM, Fernanda Jaude. Contribuições de Viktor Frankl ao movimento da saúde coletiva. **Revista da abordagem gestáltica**, v. 21, n. 2, p. 153-161, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/3577/357746389005/> Acesso em: 04 abr. 2019.

SILVEIRA, Daniel Rocha; MAHFOUD, Miguel. Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 4, p. 567-576, Out. 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3953/395335892011.pdf> Acesso em: 14 nov. 2018.

SOUZA, Emiliania Aparecida de; GOMES, Eliseudo Salvino. A visão de homem em Frankl. **Logos e existência: revista da associação brasileira de logoterapia e análise existencial**, João Pessoa, v. 1, n. 1, p.50-57, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/le/article/view/12630/8064>>. Acesso em 24 out, 2018.

SOUZA, Emiliana Aparecida de; GOMES, Eliseudo Salvino. A visão de homem em Frankl. **Logos e existência**: revista da associação brasileira de logoterapia e análise existencial, v. 1, n. 1, 2012. Disponível em:
<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/le/article/view/12630/0> acesso em: 5 nov. 2018.

SULZBACH, N. **Resgate da dignidade pessoal**: uma experiência religiosa. Monografia de Conclusão de Curso de Especialização em Logoterapia. Curitiba, 2008.

MANEJO DA TUBERCULOSE: Desafio para os serviços de saúde

Dênis Morgão Sertório
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
denissertorio@hotmail.com

Anna Rita de Cascia Carvalho Barbosa
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
annacascia@hotmail.com

Josela Aparecida de Freitas
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
josela.freitasmb@hotmail.com

Oscar Jimenez Fuentes
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
oscarelipse08@gmail.com

Lívia Maria Lopes
Chefe de Departamento do curso de Enfermagem – Uni-FACEF
liviamalopes@gmail.com

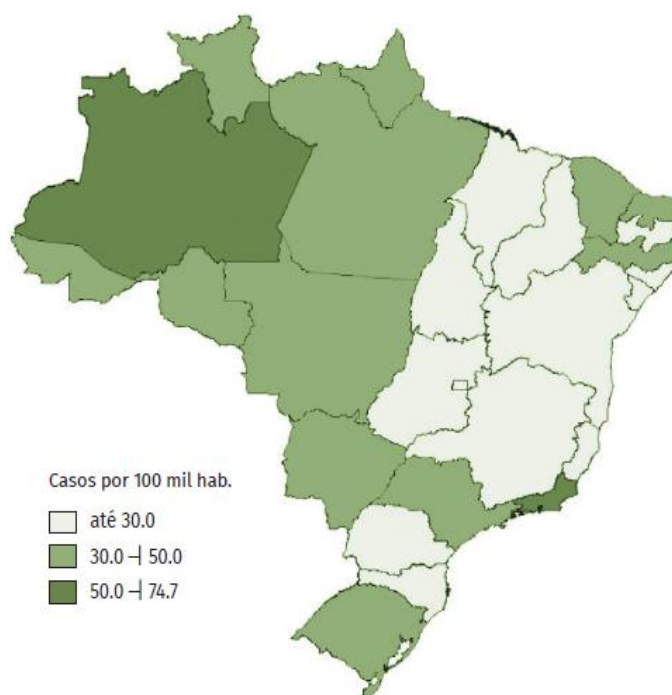
1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa bacteriana, causada pelo agente *Mycobacterium tuberculosis*. A TB pode acometer diversos sistemas no corpo humano, incluindo o nervoso, gastrointestinal, ósseo, linfático e o respiratório, sendo este, o mais prevalente no Brasil, e o único com capacidade infectocontagiosa, devido a sua transmissibilidade através dos aerossóis infectantes produzidos pelas formas pulmonar e laríngea (BRASIL, 2018).

A Organização Mundial da Saúde estimou que em 2015, aproximadamente 10,4 milhões de pessoas desenvolveram TB no mundo, ocasionando 1,4 milhão de óbitos. Nas américas, o somatório de casos notificados de TB representa cerca de 3% do total mundial, sendo o Brasil responsável por um terço dos casos desse continente. O país está entre os 30 países no mundo com maior carga de infecções por TB e TB associada ao HIV, sendo considerado prioritário e estratégico pela Organização Mundial da Saúde para o controle da enfermidade no mundo. Cerca de 70 mil casos novos de TB são notificados por ano no país, sendo 9,5% deles coinfetados com HIV, e gerando aproximadamente 4500 óbitos. No Brasil a taxa de sucesso do tratamento é 74,6% (BRASIL, 2018).

A Figura 1, abaixo, traz o coeficiente de casos de tuberculose por 100 mil habitantes em cada uma das 27 unidades federativas brasileiras, ressaltando os estados do Amazonas e algumas regiões do Rio de Janeiro com maiores índices.

Figura 1: Incidência de tuberculose por Unidades Federadas, 2017



Fonte: SES/Sinan e IBGE, 2017.

Fonte: Brasil (2018).

No Brasil, tanto o diagnóstico quanto o tratamento da tuberculose estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) de forma universal, integral e equitativa. A sintomatologia clássica da TB é caracterizada por tosse prolongada, febre vespertina (que não costuma ultrapassar 38,5°C), sudorese noturna e emagrecimento. O tempo de duração da tosse varia de acordo com a circunstância para ser considerada a possibilidade de TB como diagnóstico. Quando se faz busca ativa por essa sintomatologia, deve-se atentar a tosse com duração maior que 3 semanas. Entretanto, se o paciente procura o serviço de saúde por esta queixa, ou se ele é portador de Diabetes mellitus, o Ministério da Saúde recomenda que esse tempo seja reduzido para 2 semanas. Portadores de HIV, pessoas privadas de liberdade, profissionais da saúde, moradores de rua e indígenas, deve-se se pensar em TB assim que o sintoma aparecer, independente de tempo (BRASIL, 2018).

Os exames auxiliares ao diagnóstico de TB são: a baciloscopia do escarro, o teste rápido molecular e a cultura. Sendo o primeiro somado ao quadro clínico sugestivo, suficientes para o diagnóstico de TB pulmonar ou laríngea, e os dois últimos confirmatórios. Pode-se ainda utilizar raio-x de tórax ou tomografia computadorizada como subsídios para auxílio diagnóstico da tuberculose (BRASIL, 2018).

Com relação ao tratamento, este possui maior efetividade se iniciado precocemente, se houver adesão pelo paciente e se realizado adequadamente, podendo assim, ter até 100% cura da doença (BRASIL, 2018).

O tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde é padronizado em comprimidos com doses fixas combinadas, com esquemas RIPE (Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol) em dose de ataque, durante 2 meses, e RI (Rifampicina + Isoniazida) em dose de manutenção, durante pelo menos mais 4 meses. As doses são adequadas de acordo com o peso do paciente (BRASIL, 2018).

A Tabela 1 traz as doses de cada medicamento que compõe 1 comprimido padronizado.

Tabela 1: Faixa etária

Medicamento	Dosagem por comprimido
Rifampicina	150mg
Isoniazida	75mg
Pirazinamida	400mg
Etambutol	275mg

Fonte: Autores (2019).

A Figura 2, abaixo, mostra o número de comprimidos preconizado para cada faixa de peso, segundo o Ministério da Saúde.

Figura 2: Faixa etária

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg ¹ ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

R – Rifampicina; H – isoniazida; Z – Pirazinamina; E – Etambutol.

Fonte: Brasil (2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o número de novos casos tuberculose está caindo 2% ao ano, embora tenham ocorrido reduções mais significativas na Europa, com taxas de redução de 5% ao ano, e na África, com 4% ao ano, entre 2013 e 2017. Alguns países têm mostrado mais efetividade ao combate da TB, com declínios anuais de novos casos de 4% a 8% em países como Lesoto, Swazilândia, Namíbia, África do Sul, Zâmbia e Zimbábue, graças a melhor prevenção e cuidados de tuberculose e HIV. Na Rússia, os esforços intensificados contra a TB levaram a declínios mais rápidos nos casos, 5% ao ano, e mortes, 13% ao ano (WHO,2017).

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo relatar a experiência de estudantes de medicina do quarto ano durante o acompanhamento a uma pessoa com tuberculose pulmonar.

2. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência realizado no primeiro semestre de 2019 por estudantes do sétimo período do curso de medicina de um Centro Universitário Municipal do interior paulista. Durante a unidade curricular IESC – Interação em Saúde na Comunidade, os estudantes desenvolvem atividades por quatro semanas no Ambulatório de Tuberculose municipal. Neste estágio, os estudantes discutem sobre o funcionamento do serviço de saúde; Manual de Manejo de Controle da Tuberculose; além de realizarem a discussão de casos clínicos, manuseio de prontuário clínico e eletrônico e realização de visita domiciliar.

No caso presente, foi avaliado na primeira semana o prontuário do Ambulatório de Tuberculose, onde foi possível se atentar sobre o diagnóstico, os exames solicitados, o tratamento e o seguimento. Na segunda semana, foi realizada visita domiciliar para coleta da história do paciente, realização de exame físico e reforço sobre os cuidados para evitar o contágio da tuberculose. Já na terceira semana, foi possível acessar o prontuário eletrônico de toda sua passagem nos pronto atendimentos e unidades básicas do município antes de conseguir o diagnóstico de tuberculose. Utilizando, assim, todos esses dados para estudo de experiência, correlacionando a teoria e a prática através do estágio.

3. RESULTADOS

O presente estudo teve como base a análise do itinerário terapêutico de um paciente do sexo masculino, de 53 anos, que se encontrava desempregado no momento em que foi feita a visita domiciliar a ele. Havia passado por 20 consultas desde a primeira queixa respiratória, em março de 2017, e sido submetido a seis radiografias de tórax, até receber o diagnóstico de TB, no fim de janeiro de 2019.

Desde sua primeira consulta, no dia 01/03/2017, já se apresentava com o sintoma de tosse associado a secreção escura, porém, apenas no dia 02/01/2019 recebeu o diagnóstico de TB, em serviço especializado no Ambulatório de Tisiologia de Franca.

Neste período, compreendido entre os anos de 2017 e 2019, o paciente teve um total de 20 atendimentos. Sendo que, dez destas consultas tiveram como queixa principal a tosse, nas quais quatro delas geraram retornos com exames diversos. Além disso, foram solicitadas para o paciente seis radiografias de tórax durante o período acima citado, as quais, desde a primeira, já havia evidenciado alteração no ápice do pulmão esquerdo, tendo sido diagnosticado nesta situação com a hipótese de pneumonia causada por pseudomonas. Reitera-se que a última radiografia, na qual foi suspeitada a TB, trouxe alterações sugestivas em pulmão esquerdo.

Foram levantados 15 diagnósticos diferentes para esse paciente no período. Foram citados diferentes Códigos Internacionais de Doenças (CID-10) como diagnóstico a esse paciente, dentre eles foi citado o de tosse, 3 vezes, pneumonia por pseudomonas, 1 vez, e exame médico geral, 5 vezes, mesmo as consultas tendo como queixas tosse e febre. Também foram usados os CID-10 de mialgia, em uma consulta em que a queixa foi de tosse e dor no peito, infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada, outras infecções agudas das vias aéreas superiores de localização múltipla, bronquite aguda devido a microrganismos não específicos, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e faringite aguda não especificada.

Ao total foram prescritos 34 medicamentos ao paciente, dentre eles estão o levofloxacino, paracetamol, mucosolvan, dexclorfeniramina, dexametasona, amoxicilina, dipirona, diclofenaco, profenid, prednisona, ciprofloxacino, azitromicina, nebulização com berotec e atrovent, aminofilina, salbutamol e loratadina.

Teve seu primeiro encaminhamento ao serviço de tisiologia no dia 15 de dezembro de 2018, quando foi feita a coleta do escarro para análise do BAAR (Bacilo Álcool-Ácido Resistente) com resultado saindo 6 dias após, que se apresentou negativo. No dia 18/12/2018 foram colhidos outros 3 exames, o primeiro de BAAR pela técnica de Ziehl-Neelsen com resultado ficando disponível apenas no dia 20/01/2019, um mês após a coleta, em que foi constatada a positividade do bacilo. Um outro exame de BAAR também se mostrou com resultado negativo. O terceiro exame foi o Teste Imunocromatográfico, com resultado disponível no dia 14/02/2019, que evidenciou o complexo *Mycobacterium tuberculosis*, sendo este identificado como sensível a Rifampicina.

No dia 02 de janeiro de 2019, foi encaminhado pela segunda vez ao Ambulatório de Tisiologia de Franca, com uma radiografia de tórax sugestiva de tuberculose pulmonar, que se apresentou com alteração em ápice de pulmão esquerdo, associada a tosse. Ainda no pronto atendimento foi orientado pela assistente social sobre a TB. No dia 08/01/2019 realizou o Teste Rápido molecular

(TRM) com resultado positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. O médico tisiologista pediu exames complementares: HIV, bilirrubina, TGO e TGP, glicose, raio-x de tórax para comunicantes (esposa e filho) e TRM para esposa. Além de laudo para INSS com pedido de afastamento de atividades laborais por diagnóstico de TB.

A notificação de TB foi realizada somente no dia 20/01/2019, mesmo com o tratamento já tendo sido iniciado no dia 10/01/2019, utilizando-se o esquema RIPE (Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol) nos dois primeiros meses, e, a partir do terceiro mês mudou-se o tratamento para o esquema RI (Rifampicina + Isoniazida).

4. DISCUSSÃO

Deve-se atentar, que o Ministério da Saúde delimita tempos, contados em semanas, para se suspeitar de tuberculose quando o paciente apresenta o sintoma de tosse. Estes tempos variam de acordo com a história pregressa de cada paciente, que pode incluir situações de vulnerabilidade, como patologias crônicas prévias - HIV e diabetes - ou situações relacionadas ao local de vivência, como casas de detenção, aldeias indígenas e até viver na rua. Foram determinadas 3 semanas de sintomatologia prévia de tosse, quando o profissional de saúde faz investigação desse sintoma, sem que essa seja a queixa do paciente, para se suspeitar de TB em pessoas que não estão incluídas nos grupos vulneráveis, a chamada “busca ativa”. O ministério também trabalha com o conceito de “busca passiva”, no qual o profissional deve suspeitar de tuberculose quando o paciente chega ao serviço de saúde, queixando-se de tosse, durante um período de 2 semanas (BRASIL,2018).

O paciente procurou atendimento médico por 20 vezes, e em nenhuma das vezes nenhum profissional se atentou ao seu histórico de consultas, com queixas parecidas e muitas vezes iguais desde o primeiro atendimento em 2017, através do acesso ao prontuário é possível observar um dos profissionais solicitando urina tipo I para uma queixa de tosse do paciente, além de prescrição de antibiótico por alteração encontrada neste exame.

Neste estudo, foi observado que o paciente, por diversas vezes, procurou serviços de saúde com a queixa principal de tosse prolongada, ou, por outras vezes, tinha o sintoma de tosse relatado em sua anamnese, porém, em momento algum ficou evidente em seus prontuários que a tuberculose teria sido incluída no rol dos diagnósticos diferenciais para este paciente, a exceção do último atendimento no serviço da UPA (Unidade de Pronto Atendimento), no qual foi feito o encaminhamento ao Ambulatório de Tisiologia para investigação da suspeita de TB.

Foi constatado no Rio de Janeiro que há um retardo de até 119 dias desde o início dos sintomas até o diagnóstico da tuberculose, assinalando que a tosse crônica talvez seja subestimada pelos pacientes, não a considerando um problema de saúde significativo. Esse atraso no diagnóstico prolonga o itinerário

terapêutico do paciente, postergando a solução do seu problema de saúde, ademais, pode provocar um agravamento da doença, perpetuação da transmissibilidade e aumento da mortalidade por ela. O mesmo estudo mostrou que os serviços de pronto atendimento não se mostraram capazes de suspeitar e diagnosticar casos de tuberculose (MACHADO et al.,2011).

Neste relato, há cerca de 680 dias transcorridos desde sua primeira consulta em 01/03/2017 até o dia 10/01/2019, quando iniciou o tratamento para TB, e mesmo não sendo possível afirmar quando exatamente se iniciou a doença, indaga-se sobre o não levantamento da hipótese de TB em nenhuma das 10 consultas com queixa de tosse. A partir disso, é possível questionar sobre um possível atraso do diagnóstico, e sobre a permanência da transmissibilidade nesse período pelo maior contato em relação ao tempo com outras pessoas.

Em um estudo realizado, na cidade de Cali, na Colômbia, também foi constatado o retardo no diagnóstico da tuberculose, neste caso, com média de 57 dias de atraso a partir do início dos sintomas até o diagnóstico. Esse tempo de retardo aumenta quando o início do tratamento é considerado como ponto final, chegando a média de 72 dias. Incrivelmente, o fator mais associado ao atraso do diagnóstico, neste caso, foi de o paciente já ter sido tratado previamente com tuberculose, o que, teoricamente, deveria aumentar a suspeita desta doença (CÓRDOBA et al.,2019).

Em uma revisão realizada na Índia, um dos países com maior prevalência de tuberculose no mundo, também foi encontrado um grande retardo no diagnóstico e tratamento da TB. Neste caso, a média de atraso encontrada foi de cerca de 55 dias, tendo os pacientes sido atendidos por uma média de 2,7 serviços de saúde antes do diagnóstico e tratamento da tuberculose. Foi constatado, também, que o tipo de serviço de saúde e o número de consultas são os principais influenciadores no retardo diagnóstico da TB, neste país (SREERAMAREDDY et al.,2014).

Diferentemente do Brasil, um grande fator de risco evidenciado na Índia foi a falta de poder aquisitivo para pagar um serviço de saúde privado para ter sua queixa de saúde investigada (SREERAMAREDDY et al.,2014). Em nosso país, existe o acesso universal e gratuito aos serviços de saúde, que incluem todos os níveis de atenção. Além disso, o diagnóstico e tratamento da tuberculose é exclusivo de sistema público brasileiro (BRASIL,2018).

Em Foz do Iguaçu, o tempo de atraso diagnóstico foi menor do que o encontrado nos países acima citados. Foi encontrado um retardo maior por parte da demora dos pacientes a procurar um serviço de saúde, mediana de 30 dias, do que da incapacidade do próprio serviço em diagnosticar a doença, mediana de 10 dias. Entretanto, este estudo evidencia o que já discutimos previamente, que os serviços de Pronto Atendimento, e mesmo a Atenção Básica, não se mostraram eficientes no diagnóstico, notificação e tratamento da doença. Foi visto que após a suspeita de tuberculose, os pacientes eram referenciados ao ambulatório específico de

tuberculose, sendo que esta atribuição, de cuidado a tuberculose não complicada, seria da Atenção Básica, segundo o Ministério da Saúde (SILVA-SOBRINHO et al.,2012; BRASIL,2018).

Quando se faz um diagnóstico de tuberculose, principalmente pulmonar e laríngea, deve-se atentar sobre a grande chance de transmissibilidade da doença, principalmente para os considerados como contatos, logo que, as chances de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* aumentam quando há exposição maior que 200 horas por semana (BRASIL,2018).

Neste caso específico, em que há um possível atraso no diagnóstico de longa data, haveria a possibilidade da filha do paciente, que não morava mais na mesma casa, mas que se mudara há apenas 3 meses, ter sido exposta e infectada pelo bacilo da tuberculose, porém não foi pedido nenhum exame investigativo para a mesma.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Salienta-se a importância de educação permanente dos profissionais das áreas de Atenção Básica e do Pronto Atendimento referente a esta patologia tão prevalente no país e mesmo assim ainda esquecida por muitos profissionais de saúde no país no momento de se pensar em uma hipótese diagnóstica, o que posterga seu tratamento, aumentando sua transmissibilidade e sua gravidade. Há, também, a importância de se empoderar a população sobre a sintomatologia clássica da tuberculose, para que os próprios pacientes possam suspeitar da enfermidade e procurar o serviço de saúde mais precocemente.

Além disso, pretendeu com esse estudo expor os acadêmicos de medicina sobre a importância de se considerar a presença na tuberculose no seu cotidiano. Uma vez que foi possível identificar o funcionamento de um sistema de saúde organizado para atender condições agudas, reforçando o modelo fragmentado, pautado na queixa, conduta, cura, tratamento e caracterizado pela prestação de assistência descontínua e ausência de integração entre os diferentes pontos de atenção e com dificuldade de considerar as reais necessidades de saúde da população.

Portanto, esse estudo vislumbrou enriquecer horizontes para um cuidar efetivo, através da superação do modelo biomédico e do jargão sanitário rumo à interdisciplinaridade e intersetorialidade, propiciando um intenso protagonismo comunitário na definição de estratégias e ações de saúde com enfoque no fortalecimento da qualidade de vida dos usuários.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle

da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Córdoba *et al.* Factors associated with delays in pulmonary tuberculosis diagnosis and treatment initiation in Cali, Colombia. *Rev Panam Salud Publica.* 2019;43:e14. Published 2019 Mar 15. doi:10.26633/RPSP.2019.14

Machado *et al.* Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. *J Bras Pneumol.* 2011;37(4):512-520

Silva-Sobrinho, Reinaldo A *et al.* Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. *Rev Panam Salud Publica.* 2012;31(6):461–8.

Sreeramareddy, Chandrashekhar T *et al.* “Delays in diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in India: a systematic review.” *The international journal of tuberculosis and lung disease : the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease* vol. 18,3 (2014): 255-266. doi:10.5588/ijtld.13.0585

World Health Organization. Geneva: WHO; 2017. Global tuberculosis report 2017. Acesso em 25 de maio de 2019. Disponível em “<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255016/9789241565455-eng.pdf>”

MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE: Estudo de caso no município de Franca

Gustavo Henrique Silva Almeida
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
guga.silva.almeida@gmail.com

Ana Beatriz Fernandes
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
Anabeatrizfer2404@gmail.com

Gabriele Kilpp Fagundes
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
gabrielekilpp@hotmail.com

Ana Lucia de Castro Rodrigues
Docente – Uni-FACEF
analuciacaastro@facef.br

1. INTRODUÇÃO

O índice de mortalidade infantil é um dos melhores indicadores das condições de vida e saúde de uma população, compreendendo os componentes neonatal e pós-neonatal (GAIVA, FUJIMORI e SATO, 2015). Esse relaciona o número de óbitos de crianças no primeiro ano de vida com o número de nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado, multiplicado pela constante de 1000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). O componente neonatal, que compreende os óbitos ocorridos nos primeiros 27 dias de vida, se distribui em mortalidade neonatal precoce (óbitos que ocorrem nos primeiros 7 dias de vida) e tardia (óbitos ocorridos do 8º ao 27º dia de vida), refletindo as condições socioeconômicas e de saúde materna, bem como a qualidade da atenção prestada no pré-natal, parto e ao recém-nascido (GAIVA, FUJIMORI e SATO, 2015) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Há evidências de que mais de 70% dos óbitos neonatais ocorram por causas evitáveis, sendo a prematuridade a principal causa de óbito neonatal precoce, em todas as regiões do Brasil, seguida por malformações congênitas e asfixia/hipóxia (GAIVA, FUJIMORI e SATO, 2015). Grande parte desses óbitos (25%) ocorrem nas primeiras 24 horas de vida, salientando ainda mais a estreita relação com a atenção ao parto e nascimento, o que chega a ser um paradoxo levando em consideração que 98,4% dos partos no Brasil ocorrem em hospitais e 88,7% desses são assistidos por médicos (LANSKY, FRICHE, et al., 2014) (MIGOTO, OLIVEIRA, et al., 2019) (SOARES e MENEZES, 2010).

A taxa de mortalidade infantil no Brasil mostrou queda de 26,1 em 2000 para 13,3 em 2015 e um aumento de 4,8% em 2016, registrando o índice de 14 para

cada 1000 nascidos vivos. A crise econômica e o vírus da Zika são apontados como grandes responsáveis desse aumento. (REIS, 2018)

Os Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal são órgãos de caráter interinstitucional, multiprofissional, técnico-científico, sigiloso e educativo, não coercitivo ou punitivo, que possuem como finalidade identificar os óbitos dessa população apontando medidas de intervenção visando a redução desses eventos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Assim, através da análise de prontuários médicos e declarações de óbito (DO), as informações obtidas são analisadas individualmente com a intenção de esclarecer cada caso. Por tanto, o preenchimento adequado da DO, tendo em vista que esta constitui um instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde para a coleta de dados epidemiológicos de mortalidade no Brasil, é de extrema importância, porém, segundo estudos, 36% dos médicos não conhecem o manual de instruções para preenchimento da DO e 31% não conhecem a cartilha do CFM, levando a equívocos ao completar os campos (MENDONÇA, DRUMOND e CARDOSO, 2010).

Ademais, aprimorar o conhecimento e compreensão acerca da profundidade dos processos assistenciais na atenção ao parto e nascimento e seu reflexo na mortalidade neonatal pode auxiliar na elaboração de ações que visam sua redução.

2. OBJETIVOS

Reconhecer a importância da declaração de óbito como documento e do seu preenchimento adequado. Identificar as causas de mortalidade neonatal precoce bem como os fatores de evitabilidade. Analisar criticamente a qualidade da assistência ambulatorial e hospitalar e possíveis mudanças para melhoria dos índices.

3. METODOLOGIA

Como proposta do módulo de Saúde da Mulher na disciplina Interação em Saúde na Comunidade (IESC) 7ª etapa, do curso de medicina do Uni-FACEF, realizou-se a análise dos prontuários médicos da Santa Casa de Franca e da rede municipal de atenção básica, esta englobando atendimentos de unidades básicas de saúde e pronto atendimento, assim como a declaração de óbito e o cartão pré-natal referentes a um caso de óbito neonatal precoce.

Os prontuários foram acessados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Complexo Santa Casa e no Sistema Integrado de Gestão da Saúde (SIGS) da Secretaria Municipal de Saúde de Franca. Desta forma, foram analisados todos os atendimentos realizados à paciente no período de 2010 a 2018, incluindo histórico de gestações anteriores, planejamento familiar, exame ginecológico periódico para prevenção do câncer de colo uterino, considerando a

atenção integral à saúde da mulher. Os fatos levantados foram correlacionados com dados de literatura para a análise, apresentação e discussão do caso, no grupo de alunos e preceptores.

4. RESULTADOS

Após o acesso ao prontuário foi procedida a análise dos dados, assim a paciente, VCV, natural de procedente de Franca, nascida em 10/04/1996, parda, estado civil não esclarecido pelo prontuário, ocupação não declarada.

A partir dos dados contidos nos atendimentos foi identificado tipo sanguíneo da paciente O positivo e paciente etilista e usuária de cocaína. Paciente com história de cinco gestações, quatro partos normais, nenhum aborto e 1 óbito fetal.

Seguindo análise dos dados, primeira gestação paciente tinha 14 anos e 6 meses, realizou acompanhamento pré-natal regular, com 8 consultas, sem intercorrência na gestação. Devido a letra ilegível não foi possível coletar os dados dos exames realizados durante o pré-natal. Durante a internação para o parto foram realizadas sorologias anti-HIV e sífilis (VDRL), ambas com resultado negativo. Ao nascimento de parto normal, recém-nascido (RN) do sexo masculino, nascido de 41 semanas, apresentou peso de 3260 gramas, comprimento de 47 centímetros, perímetro cefálico (PC) de 34 centímetros, perímetro torácico (PT) 32 centímetros, APGAR 9/10, sem intercorrência durante parto, amamentou até a alta.

Após paciente apresentou segunda gestação em 2013, com 17 anos e 4 meses, realizou apenas 2 consultas pré-natal, ou seja, acompanhamento pré-natal irregular, no cartão da gestante não constam exames pré-natais, não houve intercorrências na gestação. Na internação foram realizadas sorologias com resultado negativo. Ao nascimento, realizado de parto normal, RN feminino, nascido de 38 semanas, peso ao nascimento 3010 gramas, comprimento de 49 cm, PC 33 cm, PT 30 cm, APGAR 10/10, sem intercorrência no parto, amamentação até alta.

Paciente apresentou terceira gestação em 2015, aos 19 anos e 9 meses, com acompanhamento pré-natal irregular (3 consultas), realizou exames pré-natal sem alteração dos resultados: VDRL negativo, HbsAg (Hepatite B) negativo, anti-HIV negativo, urina sem alterações, toxoplasmose negativa. Durante a gestação apresentou quadro de infecção do trato urinário com necessidade de internação e tratamento hospitalar. Na internação para o parto exames sorológicos seguiram sem alteração. Ao nascimento, RN nascido de parto normal com idade gestacional não bem definida, 38 semanas segundo ultrassom realizado no pré-natal e 39 semanas no exame físico (CAPURRO) realizado ao nascimento. Apresentou peso de 2830 gramas, comprimento de 47cm, PC 33 cm, PT 31 cm, APGAR 10/10, sem intercorrência no parto e não foi anotada informações sobre amamentação.

Em 2017, paciente apresentou quarta gestação, aos 21 anos. Durante a gestação realizou acompanhamento pré-natal irregular (1 consulta) com queixa de

“perda de líquido”, após 8 dias da consulta na unidade básica de saúde, paciente com idade gestacional de 29 semanas, apresentou queixa de dor em baixo ventre e procurou pronto atendimento, em que foi realizado exame físico da paciente e observada ausência de batimentos fetais e diagnosticado óbito fetal. Após o diagnóstico foi realizado parto normal com feto feminino, peso de 1215 gramas, comprimento de 42 cm, PC 24 cm, APGAR 0/0, sorologias negativas na internação. Consta como causa da morte na Declaração de Óbito: natimorto. Os dados acerca das gestações da paciente são resumidos na Tabela 1.

Após o evento de óbito fetal, paciente apresentou nova gestação em 2018, com 22 anos, realizou acompanhamento pré-natal irregular (1 consulta). Buscou pronto atendimento durante a gestação, sem identificação exata da idade gestacional, com queixa de dor e identificado parto prematuro, não consta no prontuário informações sobre bolsa amniótica íntegra ou outras informações sobre a paciente no primeiro atendimento. No atendimento, paciente relatou ter feito consumo de cocaína nas últimas 48 horas antes do parto. Durante o exame físico identificou-se batimentos cardíacos fetais de 75 batimento por minuto, rítmicos.

Ao nascimento, RN nascido de parto normal às 6h27, apresentação cefálica, com 33 semanas, segundo exame físico e 30 semanas na Declaração de Óbito, peso de 2140 gramas, comprimento de 39 cm, PC 31 cm, APGAR 3/5/6. Após nascer, RN não apresentou choro, além de apresentar baixa saturação, assim foi entubado, porém não apresentou melhora da saturação, evoluiu com parada cardiorrespiratória e foi realizada manobras de reanimação cardiopulmonar, além da administração de adrenalina com reversão do paciente.

Desta forma, RN foi encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, onde foi realizado exame físico em que paciente se apresentava em mal estado geral, acianótico, hipoativo, hipotônico e hidrópico. Saturação 73%, Frequência Cardíaca: 123 batimentos por minuto (BPM); Frequência Respiratória: 40 incursões respiratória por minuto (IRPM) Dextro 30; Tax: 34,4°C; Pressão Arterial Média (PAM): 45; Aparelho cardiovascular: bulhas cardíacas em 2 tempos sem sopro; Aparelho Respiratório: murmúrio vesicular presente diminuído difusamente; Abdome: distendido com dificuldade de palpação de fígado, Aparelho geniturinário: típico masculino; Membros: edema, perfusão ruim; Sistema Nervoso: hipotonia. A partir disto, paciente diagnosticado com hidropsia fetal, anoxia neonatal, risco infeccioso. Ainda na UTI neonatal foi realizado passagem de cateter umbilical, realizada coleta de sangue e administração de glicose 10%.

Paciente evoluiu às 7h40 para parada cardiorrespiratória com administração de adrenalina e realização de manobras de reanimação cardiopulmonar, revertido com frequência cardíaca: 67 BPM e saturação de 52%, assim foi realizada administração de surfactante, raio-x de tórax e drenagem de tórax à direita sem presença de secreção. Após, foi realizado punção de abdome à esquerda com presença de secreção amarelada e administrado fenobarbital. RN

ventilado por máquina de alta frequência e administrado dobutamina e dopamina, com saturação de 92% e FC: 103 BPM.

Paciente realizou às 8h50 paracentese no abdome (retirada de líquido) com dreno à esquerda com secreção não mensurada. Além disso, foi realizado novo raio- x de tórax e feita às 11h punção de tórax e colocação de dreno.

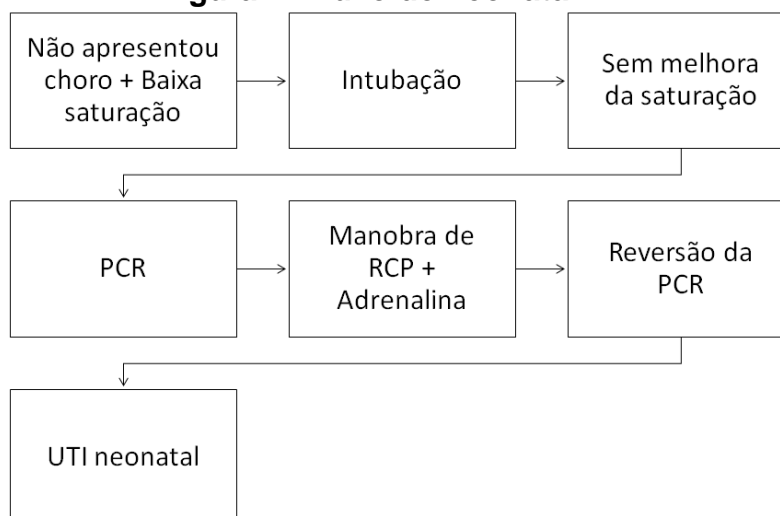
Após as medidas, paciente evoluiu sem alterações do estado geral, porém às 13h apresentava-se cianótico, com saturação de 68 a 79% e apresentou às 14h40 nova parada cardiorrespiratória, para a qual foi realizada manobras de reanimação cardiopulmonar sem reversão. Desta forma, foi solicitado ECG com constatação de óbito. Assim, os dados da evolução do paciente são apresentados na figura 1.

Tabela 1: Resumo dos antecedentes gestacionais da paciente.

Gestação	Idade	Pré-natal	Idade gest. ao nascer	Peso do RN	APGAR	Intercorrências na gestação	Evolução
Primeira gestação	14 anos	8 consultas	41 semanas	3260	9/10	Sem intercorrências	Sem intercorrências
Segunda gestação	17 anos	2 consultas	38 semanas	3010	10/10	Sem intercorrências	Sem intercorrências
Terceira gestação	19 anos	3 consultas	38/39 semanas	2830	10/10	ITU com 20 semanas	Sem intercorrências
Quarta Gestação	21 anos	1 consulta	29 semanas	1215	0/0	Sem intercorrências	Óbito fetal
Quinta gestação	22 anos	1 consulta	30/33 semanas	2140	3/5/6	Sem intercorrências	Óbito neonatal

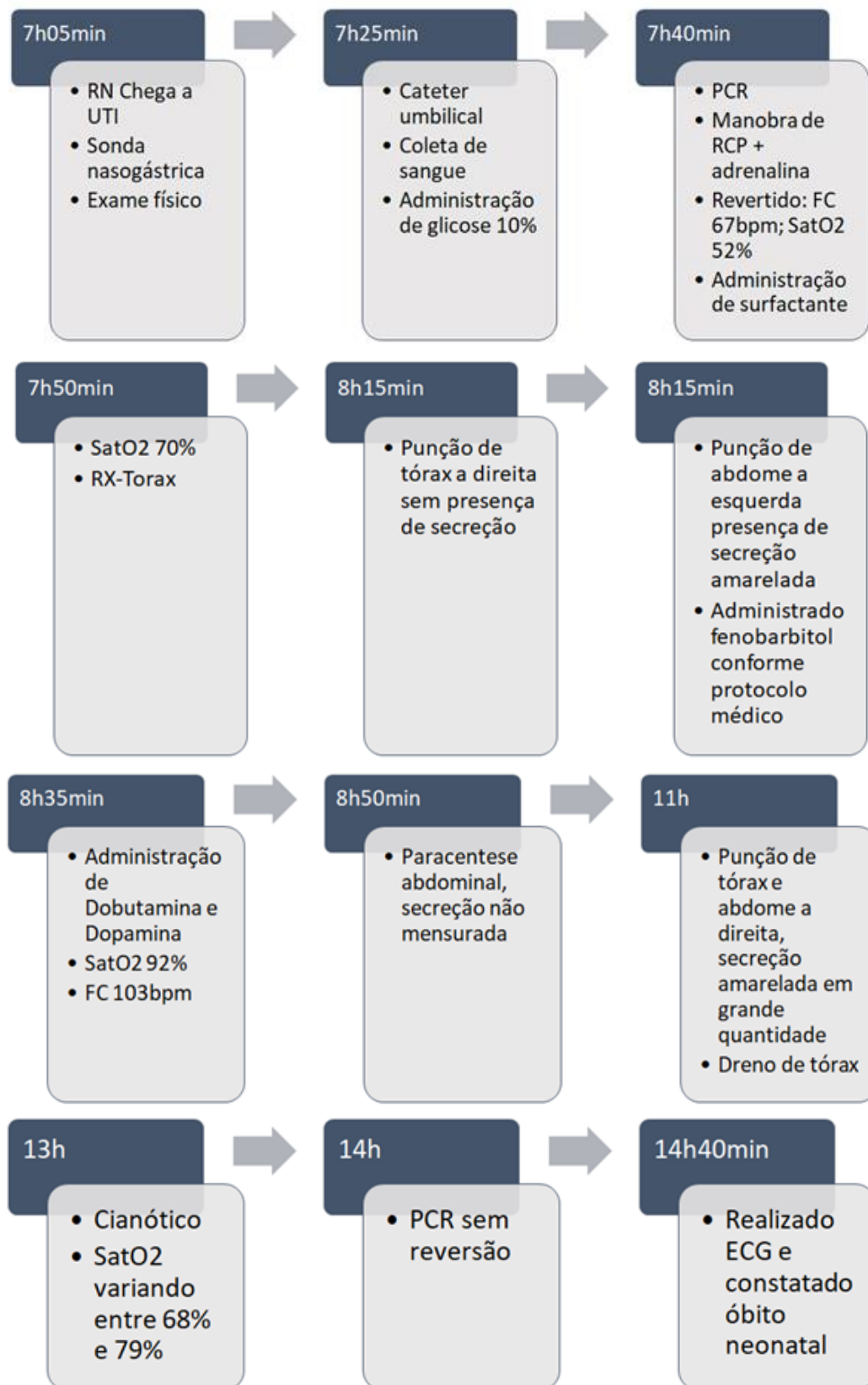
Fonte: Autores (2019).

Figura 1: Fluxo do neonatal



Fonte: Autores (2019).

Figura 2: Fluxo detalhado de assistência ao RN



Fonte: Autores (2019).

Após constatação do falecimento a Declaração de óbito foi preenchida pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO) e consta como causa da morte “Insuficiência Respiratória”.

5. DISCUSSÃO

A incidência de nascimento prematuro vem aumentando. Foi observado em diversos estudos que há uma maior concentração de óbitos no período neonatal precoce, sendo mais de um terço no primeiro dia. A mortalidade neonatal ocorrida no período precoce sugere causas de óbitos associadas principalmente à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, além da baixa qualidade da assistência ofertada no atendimento pré-natal, parto, nascimento e atendimento ao recém-nascido (NASCIMENTO, LEITE, et al., 2012) (MIGOTO, OLIVEIRA, et al., 2018).

O estudo de indicadores clínicos que possam permitir o controle dos riscos e contribuir para uma evolução favorável da gestação seriam a prevenção primária da prematuridade. Embora apresente limitações em virtude da etiologia multifatorial e, muitas vezes, desconhecida, deve ser sempre implementada em todas as mulheres, na concepção bem como no primeiro trimestre da gestação. O atendimento médico adequado pode detectar algumas situações de risco que devem ser evitadas ou controladas. Caso que não foi aplicável na paciente em questão, devido à falta de acompanhamento médico durante a gestação.

Estão sendo estudados fatores secundários de prematuridade, como parto prematuro anterior, há um aumento de 1,5 a 2 vezes no risco de prematuridade em uma segunda gestação caso a primeira tenha evoluído prematuramente. Quanto maior o número de partos prematuros e menor a idade gestacional, maior o risco. Para a gestante com feto único e antecedente de prematuridade espontânea, o uso da progesterona deve ser iniciado na 16ª semana e mantido até a 36ª semana, sendo reduzido em até 50% o risco de prematuridade. A falta de acompanhamento médico impossibilitou essa prescrição para a paciente, pois ela já tinha histórico de parto prematuro anterior, desta forma poderia ter sido evitado o nascimento prematuro, que é a principal causa de óbitos neonatais precoces (BITTAR, FRANCISCO e ZUGAIB, 2013).

Após análise dos dados contidos no prontuário da paciente, foi observado um decréscimo no número de consulta pré-natal, sendo apenas uma gestação caracterizada como pré-natal regular. De acordo com o ministério da saúde, o pré-natal, de baixo risco, e regular é composto por no mínimo 6 consultas, sendo distribuídas mensalmente até 28º semana, quinzenalmente da 28º até a 36º semana e semanalmente da 36º até a 41º semana. Estudos mostram que tanto a falta de regularidade nas consultas pré-natal, quanto o início tardio do pré-natal, a partir do segundo trimestre, estão associadas com a morte neonatal. Outro fato interessante relaciona ao número reduzido de consultas com menor idade materna,

escolaridade e renda, bem como, as variáveis, não ter companheiro e ocupação não remunerada, sendo que a paciente avaliada se enquadra em pelo menos dois destes critérios, segundo análise dos dados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) (NASCIMENTO, LEITE, et al., 2012) (FERRARI, BERTOLOZZ, et al., 2014).

Além da irregularidade nas consultas, não foram solicitados os exames da rotina pré-natal, ou então não foi possível fazer a leitura do resultados dos mesmos no caderno da gestante, é preconizado que na primeira consulta a gestante receba o cartão da gestante, que deverá estar presente em todas as consultas subsequentes, bem como preenchido todos os campos de maneira adequada, também na primeira consulta são solicitados os exames complementares, sendo eles hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, coombs indireto (se Rh for negativo), glicemia de jejum, teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR, teste rápido diagnóstico anti-HIV, anti-HIV, toxoplasmose IgM e IgG, sorologia para hepatite B (HbsAg), exame de urina e urocultura, ultrassonografia obstétrica (não obrigatório). A não realização dos exames, ou o não acompanhamento do resultado dos mesmos, é uma causa indireta de morte neonatal, devido a impossibilidade de encaminhamento da gestante para ao acompanhamento de alto risco, caso necessário, e desta forma aumentando a chance de prematuridade, óbito fetal e óbito neonatal (FERRARI, BERTOLOZZ, et al., 2014) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Imediatamente após o nascimento, a necessidade de reanimação depende da avaliação rápida da vitalidade do recém-nascido. O teste mais comumente empregado é a Escala ou Índice de Apgar, que consiste na avaliação de 5 sinais no primeiro, no quinto e no décimo minuto após o nascimento, atribuindo-se a cada um dos sinais uma pontuação de 0 a 2. Os sinais avaliados são a frequência cardíaca, a respiração, o tônus muscular, a cor da pele e a presença de reflexos. O somatório da pontuação resultará no Índice de Apgar desta maneira, Apgar 8 a 10, significa que o bebê nasceu em ótimas condições. Apgar 5 a 7 significa que o bebê apresentou uma dificuldade leve. Apgar 3 a 4 traduz uma dificuldade de grau moderado e Apgar 0 a 2 aponta uma dificuldade de ordem grave. Se estas dificuldades persistirem durante alguns minutos sem tratamento, podem levar a alterações metabólicas no organismo e anóxia. O neonato teve Apgar 3/5/6, sendo traduzido em sofrimento fetal, e provável anoxia perinatal que está intimamente relacionada com mortalidade neonatal precoce, bem como o apgar do quinto minuto <7 que também é um preditor para morte neonatal (MIGOTO, OLIVEIRA, et al., 2018) (OLIVEIRA, FREIRE, et al., 2012) (SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ).

O planejamento familiar, segundo o ministério da saúde, como estratégia de saúde visa fornecer informações adequadas, assistência especializada e recursos que permitam ao indivíduo optar livre e conscientemente por ter ou não filhos. Atualmente o planejamento familiar é oferecido pelas equipes de saúde da família (PSF), e para que o mesmo se torne efetivo é necessário aprimorar as equipes quando ao acolhimento dos interessados, a busca ativa nas comunidades

e escolhas, esta última que seria importante no caso da paciente devido ao fato de ela não procurar assistência, as equipes de saúde deveriam ter chegado até ela, devido ao seu histórico de multigestações com menos de 25 anos de idade, além de o intervalo entre cada gestação ter sido menor do que 2 anos, que seria o preconizado para que a mãe amamente o filho até os 2 anos. Desta forma, percebemos que as implicações da falta de planejamento familiar podem gerar agravos permanentes e fatais, assim este é um problema que deve ser encarado como prioritário (GUARNIERI, 2015).

Em relação ao preenchimento da Declaração de óbito, esta é preenchida pelo SVO em casos de morte por causa natural cuja causa básica é uma doença ou estado mórbido que não tenha assistência médica ou que o médico assistente não se sinta apto para seu preenchimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). No caso apresentado, apesar de o paciente apresentar assistência hospitalar sua declaração foi preenchida pelo Serviço de Verificação de Óbito.

Ademais, como causa da morte, deve constar por ordem a causa terminal e as causas intermediárias e básicas da morte, além de outros estados patológicos significativos que não estão relacionados com a causa básica e terminal da morte. Também devem conter informações sobre o CID-10 da patologia e o tempo entre o início da doença e morte. A causa declarada não deve tratar-se de diagnósticos imprecisos como “parada cardiorrespiratória” ou “insuficiência respiratória” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Desta forma, o preenchimento da declaração do paciente não está realizado da forma correta, uma forma de preenchê-la corretamente seria a adição dos diagnósticos de anóxia neonatal, gerado pela prematuridade e pela hidropsia fetal, além do uso de cocaína 48 horas antes do parto como fatores que auxiliaram para o óbito.

5. CONCLUSÃO

Desta forma, a partir da análise de dados da paciente foi possível concluir que os fatores maternos, socioeconômicos e relacionados à assistência ambulatorial, principalmente a atenção básica de saúde e atenção à saúde da mulher, com orientação adequada de pré-natal e planejamento familiar, são importantes determinantes para as condições de saúde de uma gestação saudável, parto e saúde do recém-nascido. Assim, as medidas de prevenção e promoção de saúde se mostram relacionados diretamente com os índices de mortalidade infantil e consequentemente com as condições de saúde e de vida da população. Portanto investimentos e criação de ações estratégicas que visem a melhoria da atenção básica de saúde, principalmente à mulher são de grande importância para a melhoria destes índices e evitabilidade dos casos de mortalidade materna e infantil.

REFERÊNCIAS

BITTAR, R. E.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Prematuridade: quando é possível evitar? **Rev Bras Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 10, p. 433-5, 2013.

FERRARI, R. A. P. et al. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR. **Rev Bras Enfermagem**, v. 67, n. 3, mar-jun 2014.

GAIVA, M. A. M.; FUJIMORI, E.; SATO, A. P. S. Mortalidade neonatal: análise das causas evitáveis. **Rev enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, Mar-abr 2015.

GUARNIERI, F. Y. **Planejamento familiar: plano de ação para diminuir a gravidez não planejada na UBS Dr. Jair Ferreira de Toledo na cidade de Mar de Espanha-MG**. Universidade Federal de Minas Gerais. Juiz de Fora. 2015.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014.

MENDONÇA, F. M.; DRUMOND, E.; CARDOSO, A. M. P. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. **Rev. Brasileira Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 285-295, Jul-Dez 2010.

MIGOTO, M. T. et al. Mortalidade neonatal precoce e fatores de risco: estudo caso-controle no Paraná. **Rev Bras de enfermagem**, v. 71, n. 5, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A declaração de óbito: documento necessário e importante. Brasília. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de vigilância de óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção de óbito infantil e fetal, Brasília, Abril 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual do comitê de mortalidade materna, Brasília, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília. 2012.

NASCIMENTO, R. M. et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 599-572, mar 2012.

OLIVEIRA, T. G. et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo, v. 10, n. 1, 2012.

REIS, V. Especial Abrasco sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil. **Abrasco**, 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/especial-abrasco-sobre-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-brasil/36777/>>. Acesso em: 21 Maio 2019.

SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ. Caderno de atenção à saúde da criança: recém nascido de risco.

SOARES, E. S.; MENEZES, G. M. S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. **Rev. epidemio. serv. saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 51-60, jan-mar 2010.

O CONTATO DO ESTUDANTE DE MEDICINA COM PACIENTE PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA: Relato de experiência

Amanda Sarah Lima
Graduanda no curso de Medicina – Uni-FACEF
amanda.s99lima@outlook.com

Vanessa Rezende Bombig
Graduanda no curso de Medicina– Uni-FACEF
vanessabombig@gmail.com

Márcia Aparecida Giacomini
Docente – Uni- FACEF
marciagiacomini@facef.br

1. INTRODUÇÃO

Os hospitais psiquiátricos são modelos de tratamento de pacientes com distúrbios de saúde mental que vêm perdendo seu espaço nas últimas décadas, e sendo substituído por estilos que busquem a integração do indivíduo com seus familiares, pessoas de convívio e território. A chamada desinstitucionalização da saúde mental no Brasil começou com a Reforma Psiquiátrica em 1970, a partir daí surgiram novas políticas públicas que visavam integração do paciente durante seu processo de reabilitação (JÚNIOR et al., 2016).

Desse modo, foi implementada a RAPS (rede de atenção psicossocial) composta por serviços de atenção extra hospitalar como os hospitais dia, ambulatorios de saúde mental e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Foi priorizado o atendimento multidisciplinar, composto em sua maioria das vezes por médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, entre outros (JÚNIOR et al., 2016).

O principal objetivo dessa mudança nos padrões de atendimento a indivíduos portadores de doenças psiquiátricas foi a reinserção na comunidade de pessoas que, supostamente, haviam sido marginalizadas e desprezadas. Entretanto, muitas vezes os hospitais psiquiátricos ainda hoje são muito utilizados, pois, auxiliam àquelas famílias que não possuem uma estrutura necessária para realizar os cuidados (JÚNIOR et al., 2016).

Além disso, a internação ainda é um protocolo de tratamento amplamente aplicado principalmente quando se trata de pacientes que causam algum tipo de risco a sua própria vida ou a pessoas ao seu redor. Nesses casos a internação não é uma medida definitiva, visto que o seu objetivo essencial é a estabilização de pacientes agudos para que esses futuramente possam ser introduzidos novamente na sociedade (SILVA, 2006).

Nesse contexto de hospitais psiquiátricos, sabe-se que a esquizofrenia é a doença que corresponde a causa da maior parte das internações psiquiátricas e pode causar uma incapacitação. A doença é caracterizada por episódios de delírio, de alucinações, transtornos de fala e de pensamento, perturbação das emoções e do afeto, déficits cognitivos e avolição (SILVA, 2006).

A etiologia dessa doença é variada, segundo estudos as influências genéticas e as ambientais são de suma importância no desenvolvimento dessa patologia (SILVA, 2006). Ademais, dentre os fatores do ambiente o abuso de drogas lícitas e ilícitas são desencadeadores fundamentais no processo saúde-doença. Em contrapartida, o abuso dessas substâncias também pode ser uma consequência de quadros psíquicos, desse modo, nota-se uma relação estreita entre abuso de drogas e doenças mentais. Segundo estudos as chances de uma pessoa com esquizofrenia usarem substâncias de abuso é 4,6 vezes maior do que restante da população o que comprova o forte vínculo entre esses fatores (SILVEIRA et al., 2014).

2. OBJETIVO

Os objetivos principais deste trabalho foram: compartilhar a experiência de estudantes de medicina em um hospital psiquiátrico com um paciente portador de esquizofrenia e relacionar o conteúdo da teoria estudada no curso com a prática.

3. METODOLOGIA

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência sobre a vivência de alunos do quinto período do curso de medicina, em um hospital psiquiátrico no interior do estado de São Paulo, com um paciente com quadro de esquizofrenia.

4. RELATO DE EXPERIÊNCIA E DESCRIÇÃO DO CASO

Na disciplina de interação em saúde na comunidade (IESC), no módulo de saúde mental, alunos do quinto período de um curso de medicina, tiveram um contato inicial com paciente portador de transtorno mental, dentro de um cenário real de atenção à saúde, no caso, um hospital psiquiátrico, com o objetivo de compartilhar a experiência de estudantes de medicina em um hospital psiquiátrico com um paciente portador de esquizofrenia e relacionar o conteúdo da teoria estudada no curso com a prática.

Duas estudantes conheceram EFP, sexo masculino, 21 anos, pardo, hinduísta, ensino médio completo.

O paciente foi internado de maneira involuntária num Hospital Psiquiátrico no interior do Estado de São Paulo, devido a alucinações visuais com deuses, decapitação e tortura que começaram há 3 dias antes da internação. Paciente referia que as alucinações eram piores a partir do meio dia até o anoitecer,

negava a presença de alucinações auditivas nessa crise. Afirmava também que suas alucinações eram piores na instituição e por isso desejava ir para um hospital dia.

Alegava também possuir transtorno depressivo maior e transtorno de personalidade. Referia que possuía “problemas sexuais desde os 2 anos de idade ,pois gostava de meninos”. Com histórico de tentativa de auto extermínio, devido a alucinações auditivas e visuais. Foi internado por 18 vezes, das quais algumas foram voluntárias e outras involuntárias. Sua primeira internação foi aos 16 anos.

Antes da internação, residia apenas com a mãe e a avó, e de acordo com seu prontuário, era violento com elas. Já realizou uso de tabaco, bebidas alcoólicas, maconha, crack, cocaína, LSD (iniciou aos 13), mas no presente momento alegava que apenas fumava cigarros artesanais (o número máximo de cigarros permitidos pela instituição é de 6 cigarros/dia). Dizia que possuía boa noite de sono após realizar oração, porém em seu prontuário, o contrário é dito (paciente ansioso e não consegue dormir bem durante à noite). Não adere bem ao tratamento. Atualmente faz uso de medicamentos: olanzapina, clonazepam, depakene, clorpromazina.

Em relação à sua história familiar, a avó materna possui hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitos, avó paterna possui hipertensão arterial sistêmica. Possui também tio alcoólatra.

O paciente encontrava-se vigil, adequadamente trajado, com presença de tatuagem no braço esquerdo e hálito de cigarro. Vigilância e tenacidade diminuídas. Orientado auto e alopsiquicamente. Memória recente e remota preservadas, porém com alteração na memória imediata. Afeto hipermodulado, coerente e hiper ressoante. Hipotímico. Lentificação psicomotora. Discurso pobre em conteúdo. Presença de sensação de despersonalização e alucinações. Sem crítica e noção de doença.

5. DISCUSSÃO E ANÁLISE

A esquizofrenia acomete cerca de 1 % da população e possui a mesma prevalência entre ambos os sexos, entretanto tem o início mais precoce em homens (10-25 anos) do que em mulheres (25-35 anos) (SADOCK, SADOCK, RUIZ, 2017).

Como já dito anteriormente, é a maior causa de internações em hospitais psiquiátricos, chegando a 50 %, devido à sua gravidade (SADOCK, SADOCK, RUIZ, 2017).

A esquizofrenia é uma patologia de origem multifatorial; a contribuição genética para o desenvolvimento dessa doença é expressiva, e acredita-se que todos os casos tenham certa influência da genética (SADOCK, SADOCK, RUIZ, 2017).

Há fatores que podem desencadear a esquizofrenia em pessoas susceptíveis, como por exemplo, o abuso de substâncias, como Cannabis e álcool.

A utilização de mais de 50 vezes da Cannabis aumenta em até seis vezes a chance de desenvolver a patologia, além disso, o álcool pode aumentar também a quantidade de hospitalizações e a frequência e a intensidade dos sintomas psicóticos (SADOCK, SADOCK, RUIZ, 2017).

O caso em questão exemplifica bem essa relação entre uso de drogas e esquizofrenia, pois o paciente alegava que usou Cannabis a partir dos 13 anos de idade e fazia uso de bebidas alcoólicas, o que pode explicar em partes, o desencadeamento de sua doença, o grande número de internações (18 vezes) e a intensidade dos sintomas psicóticos(SADOCK, SADOCK, RUIZ, 2017).

Outra substância que é muito usada e abusada pelas pessoas que possuem esse transtorno é a nicotina, a qual pode diminuir a concentração sérica dos antipsicóticos, e aumentar o risco de internação, porém pode ser utilizada como “automedicação” pelos pacientes, uma vez que diminui as alucinações já que se liga a receptores nicotínicos no sistema nervoso central e atenua a resposta a estímulo externos. A porcentagem de pessoas que possuem esquizofrenia e utilizam nicotina pode chegar a 90 %. O paciente em questão, faz parte dessas estatísticas, pois é fumante. Durante a anamnese, foi possível perceber, uma vez que possuía hábito de cigarro (SADOCK, SADOCK, RUIZ, 2017).

Para a realização do diagnóstico de esquizofrenia é fundamental que critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5 para essa patologia sejam preenchidos. De acordo com o critério A, é necessário que a pessoa tenha no mínimo 2 ou mais dos seguintes itens por pelo menos um 1 mês, os quais são : delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, sintomas negativos,e, pelo menos um dos sintomas deve ser : delírios, alucinações ou discurso desorganizado. Além disso, a pessoa não pode estar sob efeito de alguma substância e a patologia deve afetar de maneira negativa a vida social, interpessoal e trabalho do paciente (SADOCK, SADOCK, RUIZ, 2017).

EFP se enquadrava nesse diagnóstico, uma vez que possuía delírios, alucinações e discurso desorganizado, entretanto, não seria possível afirmar com certeza que se tratava de um quadro de esquizofrenia em uma entrevista apenas, porém foi certificado em seu prontuário o diagnóstico desse transtorno. Ele sempre contava de suas alucinações sobre decapitações e religião com muito medo, e, não apresentava fala coerente nem organizada, outro ponto importante também, é que o paciente não tinha noção sobre sua condição, ou seja, possuía um insight pobre ou ausente.

Após o diagnóstico, é possível estabelecer também o prognóstico. O paciente possui mal prognóstico, uma vez que apresenta: idade precoce do desenvolvimento, é solteiro, possui muitas recaídas, sem remissão em três anos e apresenta história de agressividade com mãe e avó (SADOCK, SADOCK, RUIZ, 2017).

Figura 1: Aspectos que influenciam o prognóstico positivo e negativo na esquizofrenia

Aspectos que influenciam o prognóstico positivo e negativo na esquizofrenia

Prognóstico positivo	Prognóstico negativo
Início tardio	Início precoce
Fatores precipitantes óbvios	Sem fatores precipitantes
Início agudo	Início insidioso
Histórias pré-mórbidas social, sexual, e profissional boas	Histórias pré-mórbidas social, sexual e profissional ruins
Sintomas de transtorno do humor (especialmente transtornos depressivos)	Comportamento retraído, autístico
Casado	Solteiro, divorciado ou viúvo
História familiar de transtornos do humor	História familiar de esquizofrenia
Sistemas de apoio bons	Sistemas de apoio insatisfatórios
Sintomas positivos	Sintomas negativos
	Sinais e sintomas neurológicos
	História de trauma perinatal
	Sem remissões em 3 anos
	Muitas recaídas
	História de agressividade

Fonte: (SADOCK, SADOCK, RUIZ, 2017)

Como exposto, a esquizofrenia é uma doença grave e requer um tratamento multiprofissional, além de medicamentos e terapia. Os fármacos mais utilizados para esse transtorno são os antipsicóticos que agem bloqueando os receptores D2 da dopamina, e conseguem diminuir esse neurotransmissor na fenda sináptica, atenuando, dessa forma, as alucinações e delírios (RANG et al, 2012).

O paciente entrevistado fazia uso de olanzapina e clorpromazina. A olanzapina é um antipsicótico atípico e clorpromazina é típico. A principal diferença entre essas duas classes de medicamentos é a quantidade e a intensidade dos efeitos colaterais (alterações motoras extrapiramidais, endócrina, sonolência), sendo que os típicos possuem mais que os atípicos, entretanto o paciente não se queixava de nenhum efeito colateral (RANG et al, 2012).

O paciente utilizava clonazepam também, que possui a função de sedação e diminui a ansiedade, devido à sua ação nos receptores GABAa. É provável que tal medicamento foi prescrito para insônia e ansiedade que o paciente apresenta (RANG et al ,2012).

Com o desenvolvimento de fármacos mais modernos, a reforma psiquiátrica em 1970, e desenvolvimento da RAPS, a inserção de pessoas com esse transtorno na sociedade se tornou mais freqüente, porém a hospitalização ainda ocorre, principalmente em casos graves (em que o paciente se auto agride ou agride

aos outros). O paciente possui histórico de agressões e de tentativas de suicídio, por isso, sua internação foi requisitada, para tratar a fase aguda da doença, e provavelmente em algumas semanas ou meses já voltará ao convívio social novamente, realizando o tratamento de manutenção.

6. CONCLUSÃO

Foi possível realizar a anamnese e o exame do estado mental de um paciente com esquizofrenia, o que foi uma experiência engrandecedora, uma vez que articulou-se a teoria já aprendida de tais temas com a prática. Além disso, a busca de dados da literatura sobre tal transtorno contribui de forma positiva para a construção do conhecimento sobre patologias psiquiátricas.

Esse contato com o paciente real foi importante também para conhecer as dificuldades de uma anamnese psiquiátrica, já que o paciente nem sempre é verdadeiro em suas respostas ou é incoerente no que diz, assim, foi necessário aplicar conhecimentos aprendidos no primeiro ano em Habilidades de Comunicação para a condução da entrevista.

Por último, foi interessante notar como dados da literatura “coincideram” com o paciente, como por exemplo, o uso de substância e o desencadeamento da esquizofrenia, o uso frequente da nicotina em pacientes esquizofrênicos e a idade precoce do desenvolvimento do transtorno em homens.

REFERÊNCIAS

JÚNIOR, J M P *et al.* A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: Desafios e perspectivas. Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, ano 2016, v. 1, n. 20, p. 83-89, 2016. DOI 10.5935/1414-8145.20160012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0083.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.

RANG, H P *et al.* Farmacologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SADOCK, BJ; SADOCK, VA; RUIZ, P. Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SILVA, R C. ESQUIZOFRENIA: UMA REVISÃO. Psicologia USP, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006.

SILVEIRA, J L *et al.* Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas: perfil epidemiológico. Revista Rene, [S. l.], ano 2014, v. 15, n. 3, p. 436-446, 2014.

O PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO FERRAMENTA NO CUIDADO EM GERIATRIA

Josela Aparecida de Freitas
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
josela.freitasmb@hotmail.com

Larissa Nakaoka de Melo
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
larissanakaoka@gmail.com

Patrícia Assunção Santos
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
paty_titi_furnas@hotmail.com

Simone Assunção Santos
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
simoneasantos.ss@gmail.com

Kelly Jacqueline Barbosa
Docente
kellybiomedicina@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

O projeto terapêutico singular engloba a paciente como um todo, respeitando sua autonomia e família, pensando no bem-estar e melhora da qualidade de vida em um olhar multiprofissional. Assim, depois de uma avaliação sobre as condições do usuário, foram propostas medidas que poderiam ser realizadas dentro da capacidade de tal, sempre mantendo o vínculo e responsabilidade com todos profissionais. (4)

A paciente relatada a seguir precisava de um PTS como meio de intervenção para práticas errôneas ou não realizadas, como polifarmácia, troca de medicamentos e uso irregular. Com intuito de uma construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e usuário/família. Cada profissional de referência terá a responsabilidade de acompanhar a paciente ao longo de todo seu tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio se necessário e , finalmente, assegurando sua alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema(4). Assim, trabalhando para chegar o mais próximo de alcançar os objetivos de melhorar a qualidade de vida , vínculo ,ampliar o entendimento do processo saúde-doença , entre outros.

2. METODOLOGIA

Foram realizadas visitas domiciliares pelos alunos do curso de medicina, visando estabelecer vínculo e conhecer as potencialidades e vulnerabilidades da paciente, análise de prontuário médico, da ADEFI (Entidade de Assistência Social que Executa o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas), conversas com a paciente e com a família e articulação com a UBS, como resultado foi elaborado o PTS e colocado em prática pela equipe, e proporcionou estímulo e fortalecimento do vínculo com a unidade básica de saúde, início do cuidado em geriatria para complementar o cuidado especializado, diminuição do isolamento e, assim, melhora biopsicossocial significativa

2.1 Plano Terapêutico Singular

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: A. S. F.

SEXO: FEMININO

DATA DE NASCIMENTO: 08/09/1942

IDADE: 75 ANOS

ESTADO CIVIL: VIÚVA

PROFISSÃO: APOSENTADA

COR: BRANCA

DESCRIÇÃO DE CASO

Paciente lucida, consciente e orientada, vulnerável devido à idade, morando sozinha, porém perto de familiares e com companhia da neta durante a noite, responsável por dois animais de estimação, cachorro e maritaca. Natural da fazenda Santa Bárbara, no município de Sacramento, região de alta prevalência de Doença de Chagas, pertence à família que foi altamente contaminada.

Apresenta histórico de dois falecimentos de familiares próximo no último ano, marido e filha, sendo o caso da última, suicídio após longo período de quadro depressivo. Apresenta situação prolongada de luto aparentemente

relacionada com piora do quadro orgânico. Poliqueixosa, apresenta sofrimento mental e depressão, Chagas, cardiomegalia, hipertensão, arritmia, veias varicosas em membros inferiores bilateralmente, obesidade, hiperlipidemia não especificada, diverticulite, dificuldade alimentar, hipotireoidismo, dispneia aos pequenos esforços, perda auditiva, cefaleia, labilidade emocional, dor crônica, osteoporose e processo de recuperação de fratura de fêmur. Em seu prontuário, é importante ressaltar a presença de caso de depressão pós-esquizofrênica (2011), Pneumonias de repetição (2009), Carcinoma Basocelular em antebraço esquerdo (2009). Paciente em tratamento para as múltiplas patologias com diversos especialistas nos quais confia, mas que não mantém contato entre si.

INTEGRANTES DA MORADIA

NOME:C.C.R.C.

IDADE:21 anos

SEXO : FEMININO

PARENTESCO : FILHA

ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO

Cachorro (Pandora)

Pássaro (Loro)

VULNERABILIDADES E POTENCIALIDADES

Paciente lúcida, engajada com o tratamento e ativa dentro de suas possibilidades, com presença da família no cotidiano diário, em diversos, porém curtos momentos. Em segmento com o ADEFI, uma entidade de assistência social que executa o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas. com a qual possui forte vínculo e que disponibiliza cuidadora para acompanhar paciente. Mora próxima a unidade básica e é aberta a visitas e presença da equipe em seu cotidiano.

Histórico de queda resultante em fratura de fêmur explicita necessidade de avaliação do ambiente em que vive a paciente para remoção de pontos de risco, solidão durante o dia enquanto os filhos, noras e netos trabalham, falta de quem conversar agravada pela dificuldade de locomoção para encontrar com amigas do bairro, perda do ânimo para realizar atividades que antes eram feitas na companhia

do marido e da filha, múltiplas medicações em diversos horários, dificuldade de alimentação, dificuldade de cuidado com animais, multiplicidade de médicos envolvidos em seu tratamento dificultando panorama integral pelo prontuário. Recentemente, abandonou tratamento psicológico.

EXAME DO ESTADO MENTAL

- HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

Paciente refere labilidade emocional com episódios de choro constantes, especialmente no período da manhã, justificado pela saudade de entes falecidos. Relata diminuição do ânimo, cansaço constante e angustia.

- EXAME DO ESTADO MENTAL

Paciente se apresenta em plena consciência, vigil e lúcida, orientada aopsiquicamente e autopsiquicamente, com memória de curto e longo prazo bem preservadas, e com pleno reconhecimento de tempo e espaço. Demonstra aparência de saúde frágil, com boa higiene, bem vestida e sem excentricidades. Cooperativa, falante, bem-humorada, discute todos os assuntos propostos demonstrando alteração de humor somente quando citados os entes falecidos. Não apresenta alterações de psicomotricidade ou alterações de senso-percepção, Pensamento de curso normal, organizado, de conteúdo condizente com a realidade e discurso sem alterações aparentes. Possui juízo e crítica preservados e boa noção de doença.

LISTA DE PROBLEMAS

- Labilidade emocional
- Luto
- Depressão
- Sofrimento Mental
- Obesidade
- Doença de Chagas
- Cardiomegalia
- Dispneia
- Fratura de fêmur
- Hipotireoidismo

-
- Hipertensão Arterial Sistêmica
 - Diabete Mellitus II
 - Varizes
 - Hiperlipidemia não esclarecida
 - Cefaléia
 - Perda auditiva
 - Arritmia
 - Diverticulite
 - Dor crônica
 - Osteoporose
 - Dificuldade alimentar

ESPECIALIDADES FREQUENTADAS

A falta de integralidade entre as especialidades é uma das maiores causas de iatrogenia; para prevenção de tal acontecimento, é necessária a visão integral do paciente, com análise individualizada e planejamento conjunto da forma de intervenção. A paciente frequenta, hoje, aproximadamente:

- Neurologista
- Ortopedista
- Gastroenterologista
- Cardiologista
- Pneumologista
- Oftalmologista

MEDICAÇÕES EM USO

ESTATINAS :

- Sinvastatina

ANTIEPILÉTICOS:

- Carbamazepina
- Nitrapan

ANTIDEPRESSIVOS:

- Cloridrato de Sertralina

ANALGÉSICOS:

- Toragesic
- Buscopan
- Dipirona

ANTIHIPERTENSIVOS:

- Captopril
- Hidroclorotiazida

ANTIBIÓTICOS:

- Bactrim

ANTIARRITMICOS:

- Amiodarona

INIBIDORES DA BOMBA DE PRÓTONS :

- Omeprazol

ANTAGONISTA DO RECEPTORE DE H2:

- Ranitidina

ANTAGONISTA DOS RECEPTORES MUSCARÍNICOS:

- Butilbrometo de escopolamina

FLAVONÓIDES:

- Rutina

ANTITIREOIDIANOS:

- Tiamazol

LAXATIVO:

- Cascara Sagrada

ANTIFLATULENTO:

- Simeticona

COLÁGENO:

- Uc-II

VITAMINAS:

- Vitamina D3

ESPECIALIDADES FREQUENTADAS

A falta de integralidade entre as especialidades é uma das maiores causas de iatrogenia; para prevenção de tal acontecimento, é necessária a visão integral do paciente, com análise individualizada e planejamento conjunto da forma de intervenção. A paciente frequenta, hoje, aproximadamente:

- Neurologista

- Ortopedista
- Gastroenterologista
- Cardiologista
- Pneumologista
- Oftalmologista

PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Consulta com geriatra em unidade básica

Mudanças na medicação: aumentar a dosagem de captopril para 50 mg

Retirada de medicações: rutina, uc – ii, toragesic, butilbrometo de escopolamina, maleato de trimebutina, ranitidina, bactrim

METAS

As metas foram elaboradas contando com a participação ativa da paciente, envolvimento da cuidadora do ADEFI e da unidade básica de referência.

As metas de curto prazo serão propostas e postas em prática pela cuidadora, assim como o novo sistema de organização de medicamentos. A busca por apoio psicológico e por fisioterapia deve contar com apoio da unidade, do ADEFI e da família.

A longo prazo, a consulta geriátrica conta com apoio da unidade básica, alunos do Centro Universitário Municipal de Franca e geriatra.

Tabela 1: Síntese das propostas de curto, médio e longo prazo

<u>CURTO PRAZO</u>	Ligar o rádio (1 SEMANA) Oferecer café da tarde para amigas da rua. (2 SEMANAS)
<u>MEDIO PRAZO</u>	Criar sistema de organização de medicações. (1 MÊS) Buscar local para fisioterapia e hidroterapia. (1MÊS) Buscar apoio psicológico na unidade básica (2 MESES) Desenvolver vínculo com a UBS através de participação em grupos. (6 MESES)
<u>LONGO PRAZO</u>	Consulta e acompanhamento com geriatra para análise integral. (1 ANO)

Fonte: Autores (2019).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano terapêutico singular, em sua elaboração, fortaleceu o vínculo da equipe de saúde com a paciente e sua família, abrindo caminho para presença na UBS de referência, através de consulta com a geriatra e análise integral do quadro, a qual proporcionou cuidado mais individualizado e completo. Além disso, fortaleceu a comunicação com psicóloga e cuidadora, formando uma rede de cuidado mais estável e com objetivos concordantes.

O projeto terapêutico singular em geriatria se mostrou fundamental para abordar os diversos aspectos do envelhecimento, além das individualidades sociais, psicológicas e familiares da paciente em questão. Se mostra, portanto, fundamental no cuidado em saúde para proporcionar o bem-estar completo da paciente.

REFERÊNCIAS

Saúde Md. Caderno Humaniza SUS Brasília; 2010.

Catarina SdSdS. Linha de cuidado e para atenção integral à saúde da pessoa idosa Florianópolis; 2018.

Saúde Md. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2nd ed. Brasília; 2007.

Carvalho L, Moreira M, Rézio L, Teixeira N. A construção de um projeto terapêutico singular com usuário e família: potencialidades e limitações. O mundo da saúde. 2012.

Brunello MEF, Ponce MAZAEG, Andrade RLdP, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. O vínculo na atenção de saúde: revisão sistematizada na Acta Paulista de Enfermagem. 2010.

Araújo MAdS, Barbosa MA. Relação entre o profissional de saúde da família e o idoso. Esc. Anna Nery. 2010 out/dec; 14(4).

ANEXO A

Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas

PLANO DE DESENVOLVIMENTO DO USUÁRIO (PDU)

NOME DO USUÁRIO: ASF ()PCD (X)Idoso ()Ambos
SITUAÇÃO DO USUÁRIO: Senhora A.S.F, 75 anos, aposentada, viúva há um ano, reside sozinha em casa própria. Relatou ter tido cinco filhos, dois homens e três mulheres, porém logo após o falecimento do seu esposo, uma das filhas que tinha diagnóstico de depressão, cometeu suicídio. A usuária conta com auxílio de uma filha que reside no fundo de sua casa, nos cuidados com o domicílio, recebendo a aposentadoria e pagamento de contas, mas esta trabalha o dia todo, auxiliando somente nas horas de contra turno de trabalho, além de uma neta de sete anos, que passa o período da tarde auxiliando em pequenas tarefas, por exemplo: (buscar água). Algumas tarefas domiciliares são realizadas aos poucos pela própria idosa, apesar de sentir muitas dores nas pernas e se locomover com dificuldade, Sra. A.S.F encontra-se bastante triste com os últimos acontecimentos, além da saúde fragilizada relatando não fazer o uso dos medicamentos, pois segundo a usuária os medicamentos lhe fazem mal, necessita fazer uso de meia de compressão, porém não realiza por não conseguir vestir e despir a mesma, relatou estar com dificuldades em manter a rotina médica por não ter quem a acompanhe nas consultas.
OBJETIVOS DO ATENDIMENTO: Prevenção do isolamento; Oferecer atividades diversas para a idosa, internas e externas; Fortalecimento dos vínculos comunitários; Articulação com a rede de saúde e assistência.
PRINCIPAIS VULNERABILIDADES: Limitação na locomoção; Saúde fragilizada; Residir sozinha; Limitações advindas do processo natural de envelhecimento; Falta de vínculos comunitários.
PRINCIPAIS POTENCIALIDADES: Independência nas atividades de vida diária; Vínculo familiar fortalecido; Aceitação do serviço.
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: Orientações e adaptações que facilitem para a idosa nas atividades diárias; Promover atividades internas e externas para fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; Atividades artesanais significativas; Articulação com a rede de saúde e assistência.

PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES DO CUIDADOR:

-Favorecer relações sócio afetivas na comunidade, escutando e valorizando a história de cada pessoa, através de estratégias como passeios e atividades externas ao domicilio e outras;

-Lazer e Entretenimento: realizar atividades de interesse pessoal que beneficie o desenvolvimento e autoestima da usuária (jogos, brincadeiras, estudo, música, leitura, fazer compras, etc.), inserir em atividades comunitárias, acompanhar em passeios (praças; banho de sol, visitar lugares diferentes, etc.);

- Observar e adaptar o meio ambiente em que vive a usuária, para melhorar o conforto e a segurança, conforme as orientações dos profissionais da saúde e orientações do Terapeuta Ocupacional da Entidade.

Prazo previsto para execução da proposta: um ano.

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE ATENDIDOS NO MUNICÍPIO DE FRANCA – SP

Israel Lucas da Silva Maza
Graduando do curso de Enfermagem Uni-FACEF
Israelucas2008@hotmail.com

Lívia Maria Lopes
Doutora em ciências da saúde
liviamalopes@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

1.1 Tuberculose como uma doença transmissível

A tuberculose (TB) é causada pela transmissão do *Mycobacterium tuberculosis*, ou bacilo de Koch, desde 1882 quando foi descoberto, ocorrendo por transmissão de via aérea, a partir de um indivíduo doente para o sadio (SMELTZER & BARE, 1999). Quando acontece a transmissão da TB, o bacilo pode se instalar no organismo em diversos órgãos, quer seja durante a primeira infecção, que corresponde aos casos de imunidade específica ainda não desenvolvida, ou mesmo em casos de diminuição na capacidade do hospedeiro em manter o bacilo em seus sítios de implantação, ou seja, nos casos em que o sistema imunológico do hospedeiro não consegue eliminar o bacilo, tornando-se suscetível à ação da doença. Vale ressaltar, ainda, que uma vez o indivíduo sendo infectado, a manifestação da TB pode ocorrer em qualquer momento da vida (CAMPOS, 2006; BRASIL, 2011).

Mesmo passados tantos anos da sua descoberta, a TB ainda permanece como um dos maiores desafios às políticas de saúde pública. Há que se destacar que os medicamentos existentes, de forma geral, são efetivos no combate ao agente causador da doença. No entanto, os desafios que se fazem presentes voltam-se aos constituintes organizacionais dos serviços de saúde e o comportamento humano (PILLER, 2012; BRASIL 2017).

Em 2014, durante a Assembleia Mundial de Saúde, na Organização Mundial de Saúde, foi aprovada a nova estratégia global para enfrentamento da tuberculose, com a visão de um mundo livre da tuberculose até 2035. O Brasil teve o papel de destaque ao ser o principal proponente da estratégia e principalmente por sua experiência com o Sistema Único de Saúde e com a Rede de Pesquisa em Tuberculose do Brasil (Rede-TB) (BRASIL, 2017).

1.2 Perfil clínico epidemiológico dos casos de tuberculose

No mundo 10,4 milhões de pessoas adoeceram com TB em 2015; 1,5 milhões de homens, mulheres e crianças morreram de TB em 2014 incluindo 400 mil

peças que viviam com HIV; 1,2 milhões de peças vivendo com HIV desenvolveram TB. Sendo que, o Brasil é um dos países com maior número de casos, ocupa a 20ª posição quanto à carga da doença e a 19ª no que se refere à coinfecção TB-HIV no mundo e, desde 2003, a doença é considerada como prioritária na agenda política do Ministério da Saúde, pois ainda temos barreiras no acesso e acontecem aproximadamente 69 mil casos novos e 4.500 óbitos a cada ano, tendo como causa básica a tuberculose (BRASIL, 2017).

Considera-se que a TB possui relação com as condições de saneamento básico e também com a classe social. Pessoas em maior situação de miséria estão mais expostas à manifestação do bacilo. No Brasil, os casos da doença são notificados principalmente nas regiões de periferia ou em áreas de aglomeração. Destaca-se que além da situação de moradia, a alimentação se torna um fator determinante para infecção, associada também com a ingestão de álcool, tabaco e outras drogas (CAMPOS, 2006).

Trata-se de uma doença de fácil diagnóstico, curável e passível de ser evitada, entretanto é possível identificar as dificuldades dos serviços de saúde em controlá-la (BRASIL, 2017).

1.3 Justificativa do estudo

A elaboração deste estudo pretendeu identificar o perfil de adoecimento das pessoas com tuberculose, além de contribuir com os serviços de saúde no que se refere a conhecer as pessoas em adoecimento, pensar e planejar medidas de prevenção e ampliação do diagnóstico oportuno, visando a diminuição e controle da doença. Diante das informações expostas, este trabalho possui como objetivo identificar o perfil clínico-epidemiológico pessoas com TB atendidos no município de Franca, no Estado de São Paulo.

2. OBJETIVO DO ESTUDO

Identificar e descrever o perfil clínico-epidemiológico de pessoas com diagnóstico de tuberculose atendidas no município de Franca – SP.

3. MATERIAS E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

O estudo realizado é referente a uma investigação epidemiológica retrospectiva, em que os resultados sugeriram explicações para as variações de frequência, servindo de base para o prosseguimento de pesquisas sobre o assunto, através de estudos analíticos, o que atesta o forte componente de investigação existente na epidemiologia (PEREIRA, 2002).

3.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado no Ambulatório de Tuberculose do município de Franca. Tal município está localizado no interior do Estado de São Paulo, a 400 km da capital, com uma população estimada em aproximadamente 347 mil habitantes.

O município de Franca – SP, possui em sua rede básica de saúde 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 05 Estratégias de Saúde da Família (ESF); na atenção especializada oferece atendimentos no Centro de Saúde, no Núcleo de Gestão Assistencial (NGA 16), Casa do Diabético e Centro oftalmológico. Quanto ao atendimento de urgência possui 2 Unidades de Pronto Atendimento, 1 Pronto Socorro Municipal adulto e 1 infantil; o Complexo Santa Casa de Misericórdia é a retaguarda para atendimento de internação hospitalar; além de contar com outros equipamentos da rede de saúde e social (CRAS, Creches, Instituições de Longa Permanência, CAPS, etc.)

No que tange às ações do programa de controle da TB, o município organiza-se respeitando os princípios de hierarquização e regionalização propostos pelo Sistema Único de Saúde. Deste modo, as unidades básicas de saúde devem realizar a identificação do indivíduo sintomático respiratório e o exame diagnóstico (baciloscopia de escarro). Uma vez confirmado o diagnóstico, o caso é encaminhado para o Ambulatório de Tuberculose e todo o trabalho é realizado nesse serviço.

3.3 População do Estudo

A população de estudo constituiu-se pelas que tiveram diagnóstico de tuberculose no período de 2013 a 2018, e que fizeram acompanhamento no Ambulatório de Controle da Tuberculose do município de Franca – SP.

Foram adotados como critérios de inclusão:

- Pessoas com idade igual ou superior a 18 anos;
- Casos com diagnóstico confirmatório de Tuberculose;
- Residentes no município de Franca – SP.

3.4 Coleta de dados e instrumento estruturado

A coleta de dados foi realizada por meio de fontes secundárias de informação com o apoio de um instrumento específico elaborado com base nas prerrogativas do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2011).

O referido instrumento foi dividido em três seções, a saber: I - Dados sociodemográficos; II - Dados gerais sobre o perfil clínico dos casos diagnosticados com TB; III - Dados gerais sobre o controle da TB.

Em decorrência da formulação deste instrumento específico, ressalta-se que o mesmo foi discutido com dois expertises nas áreas de saúde coletiva e

controle da TB, cujo conteúdo, clareza e pertinência dos itens contidos no referido instrumento foram analisados e, posteriormente, feito as adequações necessárias, considerando as sugestões feitas pelos mesmos.

Foram utilizadas fontes secundárias de dados, a saber: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema TBWeb e prontuário clínico dos casos de tuberculose. A coleta de dados foi realizada integralmente pelo estudante aluno de Iniciação Científica.

3.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados por meio do programa Statistic 7.0. Utilizou-se utilizadas técnicas de estatística descritiva: medidas de frequência absoluta e frequência relativa para as variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas, foram calculadas medidas de posição (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão).

3.6 Aspectos éticos

Atendendo à resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética da Escola do Centro Universitário Municipal de Franca, após anuência da Secretaria Municipal de Saúde e aprovado posteriormente à solicitação da dispensa da aplicação do TCLE, por se tratar de uma coleta de dados secundários relacionados aos casos de TB do município.

4. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE

Atividades	2018	2019
	2º sem	1º sem
Levantamento e revisão da literatura	X	X
Adequação do instrumento de coleta de dados	X	X
Coleta de dados secundários	X	X
Elaboração e digitação do banco de dados	X	X
Elaboração do relatório parcial	X	
Análise e discussão dos dados		X
Apresentação dos resultados em eventos científicos		X
Apresentação do trabalho em eventos		X
Elaboração de artigos científicos e do relatório final		X
Apresentação dos resultados aos gestores e profissionais de saúde.		X

5. RESULTADOS

Foram notificados no período compreendido entre janeiro de 2013 e dezembro de 2018 no município de Franca – SP, 394 casos de Tuberculose, sendo que a maior incidência foi no ano de 2017, com 76 casos registrados, correspondendo a um percentual de 19,3% do total.

Os dados analisados pelo ano de diagnóstico foram registrados 70 (19,0%) em 2013, 61 (15,5%) em 2014, 65 (16,9%) em 2015, 51 (13,0%) em 2016 e 66 (16,7%) em 2018.

Entre os casos notificados, a média de idade geral foi de 42,7 anos (DP = 16,6), com faixa etária predominante de 18 a 39 anos correspondendo a 199 (50,5%) dos casos. Predominou-se o sexo masculino, correspondendo a um percentual de 73,8% dos casos. No que se refere a variável raça/cor, a branca foi registrada em 299 (54,3%) dos casos, sendo que a parda, foi a segunda mais comum com 85 (21,5%) dos casos ao longo de todo o período (Tabela 1).

Relacionado a escolaridade a maior prevalência foi de 4 a 7 anos de estudo, correspondendo a 35,5% do total, seguido pelo outro período de estudos com o maior número de pessoas, de 8 a 11 anos, equivalendo a 32,7%. Somados os períodos de 4 a 11 anos, o percentual é de 68,2% de todos os anos de estudo. A frequência relacionada ao tipo de ocupação, evidencia que 46,9% das pessoas realizam outros tipos de atividades que não foram especificadas, seguido de pessoas desempregadas e aposentadas, que juntas, representam 39,2% do total (Tabela 1).

Tabela 1: Análise sociodemográfica de pessoas com tuberculose no período de 2013 a 2018, Franca, São Paulo, Brasil

Características	N	%
Sexo		
Masculino	29	73,8
	1	
Feminino	10	26,1
	3	
Faixa etária (em anos)		
18-39	19	50,5
	9	
40-59	12	30,4
	0	
> 60	75	19,0
Raça / cor		
Pardo	85	21,5
Branco	21	54,3
	4	
Preto	54	13,7
Ignorado	7	1,8
Não informado	34	8,6
Escolaridade (anos)		
De 1 a 3 anos	40	10,1

De 4 a 7 anos	14	35,5
	0	
De 8 a 11 anos	12	32,7
	9	
De 12 a 14 anos	13	3,3
>15 anos	14	3,5
Nenhuma	18	4,5
Ignorado	29	7,3
Tipo de ocupação		
Aposentado	55	13,9
Outra	18	46,9
	5	
Desempregado	10	25,3
	0	
Detento	17	4,02
Profissional de saúde	7	1,8
Dona de casa	10	2,3
Profissional Sist.	1	0,2
Carcerário		
Não Informado	21	4,9

Fonte: Autores (2019).

Sobre as comorbidades e hábitos de vida, do total de pessoas registradas, 64,2% referiram não fazer uso de tabaco e os outros 34,1% foram registrados como tabagistas. Pessoas que não fazem o uso de álcool equivale a um percentual de 70,5% contra 29,4% que fazem o uso. Sobre a drogadição, 25,6% referiram usar outras substâncias contra 74,3% que foram registradas como não usuárias de outras drogas. Pessoas com AIDS representam 5,5% do total, seguido de pessoas com diabetes e doenças mentais que representam respectivamente 5,1 e 0,7%. Pessoas com outros problemas associados a TB e não especificados representam 19,9% desse total (Tabela 2).

No que se refere à forma clínica, a tuberculose pulmonar foi a mais frequente nesse período, sendo 85,2% dos casos. As outras formas de tuberculose extrapulmonar presentes nessa população foram a miliar, pleural, óssea, oftálmica, ganglionar periférica, meníngea, intestinal e genital. Dos critérios de confirmação, a baciloscopia de escarro foi oferecida a 327 (82,9%), sendo que em 54,1% o resultado foi positivo e para 28,9% foi negativo. A cultura de escarro, foi realizada em 267 (67,7%), no qual 50% tiveram resultados positivos. O exame Raio-X foi realizado em 296 (75,2%) dos casos, sendo suspeita de TB 177 (44,9%) e suspeita com cavidade 86 (21,8%). Referente ao teste de HIV, 95,1% dos casos realizaram a sorologia, sendo que 9,6% tiveram o resultado positivo.

Tabela 2: Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes notificados no SINAN entre 2013 e 2018 no município de Franca, São Paulo, Brasil

Características	N	%
Co-morbidades/Hábitos de vida		

Alcoolista	121	28,6
Tabagista	144	34,1
Drogadição	107	25,3
AIDS	26	6,1
Diabetes	20	4,7
Doença Mental	5	1,1
Outros	84	19,9
Classificação		
Pulmonar	334	84,7
Extrapulmonar	58	14,7
Pulmonar + Extra	2	0,5
Forma Clínica		
Pulmonar	336	85,2
Miliar	8	2,3
Pleural	28	7,1
Óssea	3	0,7
Oftálmica	3	0,7
Ganglionar Periférica	8	2,0
Meníngea	6	1,5
Intestinal	1	0,2
Genital	1	0,2
Baciloscopia de escarro		
Positivo	213	54,1
Negativo	114	28,9
Não realizado	67	17,0
Cultura de escarro		
Positivo	197	50,0
Negativo	70	17,7
Não realizado	123	31,2
Raio X		
Suspeito de TB	177	49,9
Suspeita com cavidade	86	21,8
Normal	16	4,0
Não realizado	98	24,8
Outra patologia	3	0,7
Sem informação	14	3,4
Sorologia HIV		
Positiva	40	9,4
Negativa	350	82,9
Não realizada	21	4,9
Sem informação	2	0,4
Ignorado	4	0,9

Em 375 (95,1%) dos casos, as notificações são originadas do município de Franca-SP, sendo os casos novos correspondentes a 86,8% do total. A

unidade notificadora em 86,01% dos casos foi o Ambulatório de Tisiologia no Centro de Saúde I do município.

A porta de entrada ou local de descoberta da doença em 53,5% foi no ambulatório de Tisiologia do município, 23,6% foi pela elucidação do diagnóstico em internação na Santa Casa de Misericórdia do município e 14,2% foram em unidades de urgência e emergência de Franca (Tabela 3).

Em relação ao tratamento diretamente observado da TB 373 (94,6%) realizaram. Sobre o tipo de caso 342 (86,8%) foram casos novos. Em relação ao encerramento 275 (69,7%) obtiveram cura, 41 (10,4%) abandonaram e 11 (2,7%) foram a óbito por TB. (Tabela 3).

Tabela 3: Dados sobre controle da tuberculose dos pacientes notificados no SINAN entre 2013 e 2018 no município de Franca, São Paulo, Brasil.

Características	N	%
Local de descoberta		
Demanda ambulatorial	211	53,5
Urgência e emergência	58	14,7
Elucidação de diagnóstico de internação	93	23,6
Investigação de contatos	14	3,5
Busca ativa em instituição	5	1,2
Busca ativa na comunidade	1	0,2
Sem informação	12	3,0
TDO		
Supervisionado	357	94,6
Auto administrado	7	1,1
Sem informação	9	0,2
Tipo de caso		
Novo	342	86,8
Recidiva	7	6,8
Retratamento por abandono	4	6,1

Retratamento após Falência / Resistência		0,2
Encerramento do tratamento		
Cura	76	69,7
Óbito Não TB	9	4,8
Óbito por TB	1	2,7
Abandono	1	10,4
Mudança de diagnóstico	6	4,0
Transferência		1,7
Falência/resistência		0,2
Não informados	4	6,1

6. DISCUSSÃO

A predominância do sexo masculino na maioria dos casos notificados no município, confirma aquilo que a literatura traz, tendo quase três vezes mais casos entre homens, com 73,2% do que entre mulheres, sendo 26,7% do total. De acordo com Freitas et al, a verificação dessa ocorrência mais frequentemente no sexo masculino, seria pelo fato do homem não cuidar adequadamente da própria saúde por questões culturais, sociais, econômicos e por estar mais exposto a fatores de riscos para a doença, quando comparado a mulheres (SILVA, C. C. A. V. et al).

Além disso, o maior número de casos em relação a faixa etária observada para ambos os sexos, foi de 20 a 39 anos, seguindo o padrão nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Essa é uma problemática observada em outros estudos e de acordo com Medeiros, et al, é uma característica importante, pois a doença tem afetado pessoas que são economicamente produtivas, podendo acarretar um desequilíbrio econômico na família do indivíduo e o seu posterior afastamento laboral.

A variável raça/cor branca esteve presente em mais da metade dos casos, com 53,7%. A maior predominância da cor/raça é variável conforme cada região do país (MEDEIROS, C. J. et al). De acordo com o censo demográfico do IBGE de 2010, a cor/raça que mais predomina no município de Franca-SP é a branca com 69,1%, seguido de pardos com 23,8% e negros com 6,3%. Em comparativo com a literatura, de acordo com dados informados pela Política Nacional Contra a Tuberculose (PNCT), a proporção mais elevada de casos novos no Brasil, foi a raça/cor preta e parda com 60,7% dos casos novos em 2012.

A tuberculose é uma doença relacionada diretamente com a pobreza, que pode ser determinado pelo baixo grau de instrução (MEDEIROS, C. J. et al). Nesse estudo, foi possível evidenciar que as características predominantes na casuística nacional relacionado a baixa instrução e a ocupação das pessoas que vivem com tuberculose foram concordantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE PNCT, 2017). O maior predomínio referente a escolaridade está presente em pessoas com 4 a 11 anos de estudo, correspondendo a 68,2% do total. Já a ocupação, as não especificadas lideram, com 48,1% seguida pela segunda maior prevalência as pessoas desempregadas. A baixa escolaridade é uma condição que reflete um conjunto de determinantes socioeconômicos precários, que aumentam a vulnerabilidade à TB e são responsáveis pelo aumento da incidência e menor adesão ao tratamento (SILVA, C. C. A. V. et al, 2013).

No tocante das co-morbidades e hábitos de vida associados a tuberculose, a maior predominância são os relacionados ao tabagismo, alcoolismo e drogadição, sendo o maior número as pessoas que usam tabaco, divergindo da literatura, como nos estudos de Medeiros et al, no qual a co-morbidade mais prevalente era a AIDS. O uso de tabaco vem sendo amplamente aceito como um fator determinante da TB (BRASIL, Ministério Da Saúde, 2011). Entre os 22 países que sofrem com o alto impacto da doença, incluindo o Brasil, estima-se que mais de 20% da incidência de TB pode ser atribuída ao tabagismo ativo, o que pode ser completamente prevenível, além de haver a comprovação entre a associação do tabaco e a TB infecção, a TB doença, a recidiva da TB e a mortalidade pela doença (BRASIL, Ministério Da Saúde, 2011). Dessa forma, é possível concluir que o controle da epidemia do tabaco pode favorecer a diminuição dos casos de TB existentes no município.

As associações de outras doenças à TB, são importantes fatores de risco para a ocorrência de formas mais graves (MEDEIROS, C. J. et al). Apesar dos achados da pesquisa terem apontado para um baixo número de casos com associação de AIDS e Diabete Mellitus, vale ressaltar que esses, são fatores que influenciam na imunidade do indivíduo e conseqüentemente na efetividade da sua resposta imune, havendo sempre a necessidade do controle (CAMPOS, 2006).

Referente a forma clínica, a com maior número de casos no período foi a pulmonar (86,8%), já a extrapulmonar foi um número menor (15,6%). Esses achados corroboram outros estudos, como de Medeiros et al, no qual a forma pulmonar é prevalente. O ministério da saúde preconiza uma distribuição na população geral de 80% de casos pulmonares e 20% extrapulmonares. Apesar da doença ter a capacidade de acometer vários órgãos, de acordo com a Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde de 2011, a forma pulmonar é de fato a mais frequente e com maior valor epidemiológico em decorrência da sua transmissibilidade.

Dentro dos critérios de confirmação, o mais presente foi a baciloscopia de escarro (51,6%), sendo um dos métodos mais comuns utilizados pela saúde

pública para diagnosticar a doença, que quando executado corretamente em todas as suas fases, permite detectar de 60% a 80% dos casos de TB pulmonar (BRASIL, Ministério Da Saúde, 2011). Apesar disso, as limitações existentes nesse tipo de teste, é observada na necessidade de uma quantidade grande de bacilos álcool-ácido resistentes, o que possibilita interpretações falsos negativos (FREITAS, W. M. T. M. et al).

Além da baciloscopia, o segundo maior critério observado para o diagnóstico foi a cultura de escarro (47,6%). Esse método tem uma elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico, que quando há a negatização dos resultados da baciloscopia, o mesmo aumenta em 30% o diagnóstico bacteriológico da doença (BRASIL, Ministério Da Saúde, 2011). O exame radiológico sugestivo de TB foi realizado também em 44,07% dos casos, sendo recomendado pelo ministério da saúde a solicitação desse exame para todo paciente com suspeita de TB pulmonar.

Nesse estudo foi verificado que das sorologias de HIV realizadas, apenas 9,4 apresentaram teste positivo para HIV e em 4,9% dos casos não se realizou o teste. Apesar desse menor número de casos de coinfeção TB/HIV, é recomendada a atuação desse exame devido a contribuição observada no processo de diagnóstico da doença (FREITAS, W. M. T. M. et al). A sorologia é um teste simples, disponível em unidades básicas de saúde, sendo este preconizado para todos os pacientes portadores de TB, pois o diagnóstico de HIV no Paciente com TB potencializa a eficácia do tratamento, visto que a presença do HIV nesse paciente repercute em graves implicações no controle dessa doença (FREITAS, W. M. T. M. et al).

O manejo da tuberculose no município, é em grande parte, feito através do Tratamento Diretamente Observado (TDO), que é a administração da terapêutica farmacológica que o indivíduo usará para o tratamento da doença, por um profissional treinado, do início até a cura (BRASIL, Ministério Da Saúde, 2011). Há um baixo número de casos com recidiva da doença ou em retratamento por abandono. Mesmo que haja um número com menor significância, é importante observar esses pacientes que abandonam o tratamento, pois uma das principais limitações para o combate da TB é o abandono, pois implica não só no aumento no custo do seguimento, como também na mortalidade e nas taxas de recidiva da doença, facilitando o desenvolvimento de bacilos mais resistentes (SILVA, C. C. A. V. et al).

Relacionado ao local de descoberta, observou-se que há uma maior proporção de casos que são de demanda ambulatorial, descobertos na atenção primária. Entretanto, quase a metade dos casos somados, foram descobertos nos serviços de urgência e emergência e por elucidação do diagnóstico de internação. Isso é preocupante, pois o período que o usuário aguarda desde o aparecimento dos primeiros sintomas até a busca pelo primeiro serviço de saúde, é um fator determinante para o atraso do diagnóstico da TB, uma vez que o mesmo faz a busca

tardia do atendimento, elucidando um avanço na doença (Dantas, et al, 2017). Ao mesmo tempo, o diagnóstico por busca ativa é ínfimo, de todos os casos, apenas um caso foi por busca ativa, nesse presente estudo, evidenciando a fragilidade da atenção primária no diagnóstico precoce da doença.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Esse estudo mostrou que a tuberculose no município de Franca – SP tem o perfil clínico e epidemiológico que se assemelha em grande parte com o que há registrado na literatura, dado algumas exceções, além de mostrar a distância do controle da doença devido a fragilidade da assistência prestada pela atenção primária, que poderia desenvolver mais ações de controle, ou seja diagnóstico, busca ativa de casos, tratamento das pessoas com TB pulmonar.

O perfil epidemiológico das pessoas que vivem com tuberculose na cidade é em sua ampla maioria formada por homens, com média de idade de 41 anos, com baixa escolaridade e que tem como agravante da doença, principalmente hábitos de vida que são danosos, como o uso de tabaco, álcool e drogadição na maioria.

Salienta-se que os registros dos casos encontrados de tuberculose nesse município no período observado, mostra algumas dissonâncias, havendo a necessidade de maior atenção no registro dos mesmos, por parte dos profissionais de saúde, visto que a subnotificação implica na dificuldade de compor ações efetivas em saúde que contribuam para extirpação da doença.

Os resultados dessa presente pesquisa sugerem a necessidade de novos estudos que explorem com maior ênfase as estratégias de controle da doença na atenção primária, observando formas de fortalecimento da mesma, no intuito da erradicação da doença no município.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional pelo fim da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS HS. Etiopatogenia da tuberculose e formas clínicas. Pulmão RJ. 2006;15(1):29-35.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série A. Normas e manuais técnicos).

PEREIRA MG. Métodos empregados em epidemiologia. In: Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; p.269-88, 2002.
Piller RVB. Epidemiologia da tuberculose. Pulmao RJ, n. 21, v. 1, p.4 - 9, 2012.

SMELTZER SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

DUROVNI, P. B. P. Tuberculose na rocinha: análise de indicadores epidemiológicos e operacionais após a cobertura de 100% da estratégia de saúde da família. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2013.

SILVA, C. C. A. V. et al. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose em indivíduos acompanhados em unidades de saúde de referência na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, entre 2005 e 2010. Brasília: Epidemiol. Serv. Saúde; p 77-85, 2013.

PINHEIRO, R. S. et al. Subnotificação da tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): abandono primário de bacilíferos e captação de casos em outras fontes de informação usando *linkage* probabilístico. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública; p 1559 – 1568, 2012.

FORTUNA, E. G. Vigilância da Tuberculose em Âmbito Hospitalar: Diagnóstico Baciloscópico e Sua Relação com o Desfecho do Tratamento Da Tuberculose em Pessoas Vivendo com HIV. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2012.

MEDEIROS, C. J. et al. Características demográficas e clínicas dos casos de tuberculose notificados pelo Núcleo de Epidemiologia Hospitalar no Município de Vitória, Estado do Espírito Santo, Brasil, 2009-2010. Brasília: Epidemiol. Serv. Saúde; p 159 – 166, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional Pelo Fim da Tuberculose como um Problema de Saúde Pública. 1ª Edição. Brasília – DF, 2017

BRASIL, Ministério Da Saúde. Manual De Recomendações Para O Controle Da Tuberculose No Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília - DF, 2011.

FREITAS, W. M. T. M. et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do Pará, Brasil. Revista Pan-Amaz Saúde; p 45 – 50, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Panorama da Tuberculose no Brasil: Indicadores Epidemiológicos e Operacionais. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Brasília – DF, 2014.

DANTAS, D. N. A. et al. Fatores associados ao atraso na procura por atendimento pelo doente de tuberculose. Revista Brasileira de Enfermagem; 691 – 696, 2018.

IBGE. censo 2010 do Município de Franca. Acesso: 21/05/2019. Disponível em:
<https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/2093>

PÓS DATISMO: Um relato de experiência

Carolline Gabrielle Campos de Souza
Graduanda de Medicina – Uni-FACEF
ca.rol_@hotmail.com

Natália Jácomo Auad
Graduanda de Medicina – Uni-FACEF
nataliaauad@gmail.com

Mariana de Lima Santos
Graduanda de Medicina – Uni-FACEF
marilsantos1316@gmail.com

Ana Lúcia de Castro Rodrigues
Docente no curso de Medicina – Uni-FACEF
analucar@uol.com.br

1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde conceituam como gravidez pós-data as gestações cuja idade gestacional encontra-se entre 40 e 42 semanas e como gestação prolongada ou pós-termo aquelas que ultrapassam 42 semanas de duração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). As gestações prolongadas estão associadas a um aumento no risco de resultados gestacionais adversos, uma vez que geralmente ocorra, a partir da 40ª semana de gestação, um declínio progressivo da função placentária, determinando prejuízos na função respiratória do concepto, tendência à hipoxemia fetal e subsequente incremento nas taxas de morbidade e mortalidade perinatais (RAND, 2000).

Associado ao pós datismo, as infecções neonatais e hábitos de vida não saudáveis são outros fatores que contribuem para a morbimortalidade do feto. A sífilis materna, por exemplo, constitui uma importante causa potencialmente evitável de óbito fetal. O risco de transmissão vertical do *treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis, é dependente do estágio da infecção materna e da idade gestacional em que ocorre a exposição fetal, sendo de 70 a 100% a taxa de transmissão vertical observada em gestantes com sífilis recente (MARIN, MASSAD, AZEVEDO, 2003). Além disso, mulheres que fumam durante a gravidez apresentam maior risco de complicações, principalmente ruptura prematura das membranas, descolamento prematuro da placenta, aborto espontâneo, crescimento intrauterino restrito, baixo peso ao nascer, morte súbita do recém-nascido e comprometimento do desenvolvimento físico da criança (ARAÚJO et al, 2004; LEOPÉRCIO, GIGLIOTTI, 2004).

Por esse motivo, entende-se a importância de um pré-natal. Fatores evitáveis de mortalidade são facilmente resolvidos com um acompanhamento em conjunto com um médico e uma unidade de saúde. Mas, por diversos motivos ainda

existe uma baixa aderência das famílias ao pré-natal, seja pela dificuldade de acesso ou à baixa qualidade da atenção.

2. OBJETIVOS

Relatar a experiência de estudantes de medicina do sétimo semestre no estágio de ginecologia e obstetrícia e estabelecer a importância do pré - natal e dos indicadores de saúde.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência realizado no primeiro semestre de 2019 por estudantes do sétimo período do curso de medicina. Durante a unidade curricular IESC – Interação em Saúde na Comunidade, os estudantes desenvolvem atividades durante seis semanas, com enfoque em ginecologia e obstetrícia. Além disso, foi possível revisar alguns prontuários médicos e declaração de óbito de casos de morte fetal.

4. RESULTADOS

Trata-se de uma gestante de 22 anos, solteira, tabagista, com histórico obstétrico de quatro gestações e antecedente pessoal de sífilis gestacional com tratamento inadequado e ausência de assistência pré-natal nas últimas três gestações. Na atual gestação, a gestante se consultou por quatro vezes com o médico da unidade de saúde.

O motivo da procura pelo serviço de saúde foi ausência de movimentos fetais e contrações há 3 dias. Ao exame físico constatou-se uma pressão arterial de 120x80 mmHg, dilatação de 2 centímetros, sem sangramentos visíveis e quando questionado os hábitos pessoais, foi revelado uma carga tabágica de doze cigarros ao dia.

A caderneta da gestante demonstrou um VDRL positivo, com a titulação de 1/32. Foi prescrito o tratamento medicamentoso por três semanas com penicilina G benzatina, um milhão e duzentas mil unidades internacionais em cada nádega. Não foi anotado se a gestante realmente o realizou. Além disso, as poucas informações adicionais da caderneta estavam com uma letra ilegível, impossibilitando o entendimento dos outros profissionais da saúde a respeito dos tratamentos já realizados.

A realização da ausculta cardíaca fetal para avaliação da queixa principal da gestante foi negativa, ou seja, não foi possível auscultar nenhum batimento cardíaco fetal. Após a realização de ultrassonografia, foi constada a morte fetal de causa não especificada. Na ocasião do diagnóstico, o conceito possuía 43 semanas. A resolução da gestação foi tentada de forma natural, sem sucesso,

sendo necessária uma cesárea. O feto foi encaminhado para necropsia no serviço de verificação de óbito para esclarecimento dos fatores causais.

O relatório anatomopatológico da placenta demonstrou áreas de infarto isquêmico com áreas de depósito de fibrina e calcificações. Já a necropsia do concepto foi inclusiva para a causa da morte.

5. DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o prontuário do paciente é uma ferramenta imprescindível para armazenamento de informações, recuperação e análise do atendimento médico. É onde se encontra todas as informações que se retrata a saúde do paciente como doenças, diagnósticos, prognósticos, testes e exames, condutas terapêuticas do seguimento do médico e sua equipe de saúde. É também a principal fonte de informação para a administração de saúde para assegurar a qualidade, estatísticas de saúde, análise de utilização de serviços, indicadores de saúde, além de ser utilizado como fonte para pesquisa clínica e epidemiológica (MARIN, MASSAD, AZEVEDO, 2003).

Dado o exposto, no caso do óbito que ocorre de maneira inespecífica e inesperada, os registros médicos do paciente são essenciais e deve conter todo o histórico de saúde, desde o nascimento até possíveis causas que o levaram a morte. Além disso, são também um documento legal dos atos médicos. No caso supracitado, a necropsia foi inclusiva, mas pelo prontuário do paciente, se este contivesse informações completas e legíveis, seria possível chegar a causas, como infecções neonatais e hábitos e vida da paciente e assim intervir nas futuras gestações. Após a perda, a mulher tem que lidar com sentimentos de impotência, de incapacidade, causando grande impacto em sua feminilidade.

No Brasil, embora a mortalidade materna tenha reduzido nas últimas décadas, o número de óbitos neonatais continua insatisfatório, ocorrendo de forma considerável por causas evitáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Mesmo com a ampliação da cobertura do acompanhamento pré-natal no país, as causas mais incidentes de morbimortalidade materna e perinatal são a sífilis congênita, que pode ser acompanhada e minimizada durante o cuidado pré-natal.

No que diz respeito à declaração de óbito, sabe-se que é um documento essencial para fins epidemiológicos, bem como para o planejamento de políticas em saúde, é preciso que suas informações sejam extremamente fidedignas. Mas, a realidade demonstra um relativo descaso no preenchimento de tal documento, o que dificulta uma correta distribuição dos recursos de saúde pelo país.

Por fim, o único jeito de sanar o problema é a existência de projetos de educação médica e um preparo melhor das escolas médicas em relação à formação profissional, com enfoque aos marcadores bioestatísticos da sua população para posterior ação e planejamento em saúde para melhoria da saúde da região abrangida.

6. CONCLUSÃO

As gestações que se prolongam a partir da 42ª semana estão associadas a um incremento nos indicadores de morbidade perinatal e implicações psicológicas, maternas e familiares na perda de um feto ou recém-nascido. Daí a importância de se datar corretamente a gravidez, e da vigilância sobre o bem-estar materno e fetal, durante toda a gestação e principalmente próximo ao termo e no período pós-data. Salientamos a sífilis congênita e o tabagismo como importantes causas de óbito fetal. Reconhecemos a importância da análise de indicadores de saúde, obtidos por declarações de óbito, prontuários ambulatoriais e hospitalares, que identificam possíveis falhas e propõem medidas para mudar a realidade de algumas famílias de diversas regiões do Brasil.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO AJ, MENEZES AMB, DÓREA AJPS, TORRES BS, VIEGAS CAA, SILVA CAR, et al. **Diretrizes para cessação do tabagismo**. J Bras Pneumol. 2004; 30 Supl 2:1-76

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2a edição. Brasília 2009

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas 01 Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico**. Brasma, DF: Ministério da Saúde; 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno n. 5).

LEOPÉRCIO, WALDIR; GIGLIOTTI, ANALICE. **Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica**. J. bras. pneumol. vol.30 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2004.

MARIN HF, MASSAD E, AZEVEDO NETO RS. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: USP; 2003. p.1-20;

RAND L, et al. **Post-term induction of labor revisited**. Obstet Gynecol. 2000; 96 : 779-83.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DE PACIENTE COM ESQUIZOFRENIA NO MUNICÍPIO DE FRANCA E ENTRAVES PARA SUA EFETIVIDADE: Relato de caso

Josela Aparecida de Freitas
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
josela.freitasmb@hotmail.com

Larissa Nakaoka de Melo
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
larissanakaoka@gmail.com

Patrícia Assunção Santos
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
patriciaasantosm@gmail.com

Simone Assunção Santos
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
simoneasantos.ss@gmail.com

Kelly Jacqueline Barbosa
Doutora em Ciências – Uni-FACEF
kellyjacqueline@facef.br

1. INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é definida como um grupo de transtornos mentais graves, sem sintomas patognomônicos, mas caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo da capacidade intelectual (embora ao longo do tempo possam aparecer prejuízos cognitivos), caracterizados por sintomas positivos ou negativos. Seu curso é variável, sendo que, aproximadamente 30% dos casos apresentam recuperação completa ou quase completa, cerca de 30% possuem remissão incompleta e prejuízo parcial de funcionamento e outros 30% cursam com deterioração importante e persistente da capacidade de funcionamento profissional, social e afetivo.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.321)

Nos Estados Unidos a prevalência ao longo da vida é de cerca de 1%, porém apenas metade obtém tratamento. No Brasil, foram encontradas prevalências de 0,3%-2,4% da população em 1992. Sabe-se, também, da semelhante prevalência entre homens e mulheres, apresentando os primeiros um início mais precoce, entre 10-25 anos. Em estudo de base populacional, houve prevalência do abuso do álcool em 40% dos casos, além de aumento do risco de hospitalização e sintomas psicóticos.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.322)

Um ponto importante a ser observado é o sofrimento por parte do paciente e dos familiares com a precariedade do cuidado e ostracismo social devido a ignorância sobre o transtorno. Vemos diariamente a dificuldade no diagnóstico de

doenças mentais, pois o acompanhamento longitudinal não acontece sendo que é estritamente necessário para a terapêutica adequada. Tanto a família quanto o profissional devem estar interligados para que haja benefícios ao paciente, porém, com a falta de psiquiatras no sistema, junto a necessidade de um acompanhamento mais próximo destes enfermos, a conduta é falha, logo que os outros profissionais da rede de interdisciplinaridade não podem, sozinhos, escolher a conduta mais adequada. (SADOCK, SADOCK e RUIZ., 2017)

A esquizofrenia está entre as 10 principais causas de incapacitação entre pessoas na faixa etária de 15 a 44 anos, um outro fator que corrobora para a necessidade de uma terapêutica individualizada e adequada. Muitos pacientes jovens que poderiam ter uma qualidade de vida ou ser capazes de trabalhar e estudar em conjunto ao tratamento efetivo, perdem suas capacidades cognitivas e sociais devido ao diagnóstico tardio ou a ausência de uma terapêutica efetiva, além de aumentarem os gastos públicos em relação a aposentadorias em situações que com o tratamento e acompanhamento adequado poderiam ser funcionais ao estado. (PITTA, 2019, p.2)

A história natural da esquizofrenia pode ser dividida em quatro fases: pré-mórbida, prodrômica, progressão e estabilização. A fase pré-mórbida é caracterizada pela baixa sociabilidade, com predileção por atividades solitárias ou ansiedade social, algumas alterações cognitivas tais como déficits de memória verbal e atenção. Essas variações no comportamento podem ser observadas desde a infância, de modo que no decorrer dos anos tem o potencial de progressão ou não, e estão associadas ao desenvolvimento da esquizofrenia. A fase prodrômica é descrita por um período variável de tempo, geralmente de meses, antecedendo a eclosão da psicose, em que o indivíduo pode apresentar um estado de apreensão e perplexidade sem um foco aparente. Geralmente é notado uma oscilação no comportamento da pessoa, que demonstra atitudes excêntricas e passa a ficar mais isolada, podendo ocorrer sintomas psicóticos breves e transitórios. A progressão é um período prodrômico que culmina muitas vezes com o primeiro episódio de psicose. E, por fim, a estabilização é a fase estável, porém, sujeita a recaídas. Os sintomas negativos muitas vezes são detectáveis desde o princípio, ao passo que os sintomas positivos ocorrem durante o período de exacerbação. (PITTA, 2019, p.3)

Vemos que a progressão dessa doença depende principalmente do tratamento recebido e quando iniciado. Sendo imprescindível o amparo multiprofissional para englobar todas as necessidades do indivíduo. O paciente do caso, por exemplo, muito além do auxílio do psiquiatra, precisa de um clínico para abordar as comorbidades associadas à sua condição, um psicólogo para dar o aporte emocional e o suporte na organização de suas ideias, um terapeuta ocupacional para a reabilitação de suas alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psico-motoras, auxiliando até mesmo na relação com sua família. A intersectorialidade é de extrema importância, pois utiliza dos diversos saberes de profissionais aptos para determinada atividade, desta forma conseguimos um

acompanhamento totalmente individualizado para aquele paciente, suprimindo, na maior parte, as suas carências.(TRENTIN, 2010, p.39)

Quando lidamos com pacientes complexos, vemos que grande parte dos familiares priorizam pela internação. Muitos profissionais, hoje, consideram a institucionalização como um espaço de exclusão social e reclusão, sendo que antigamente a internação tinha como objetivo enclausurar indivíduos que causavam prejuízos à sociedade ou a família, mas, como pode ser observado neste caso, a internação por mais que seja indicada, não é a melhor opção, pois o doente será retirado do leito familiar, contra sua vontade, e por fim retornando para o mesmo ambiente. Ademais sua família também deve ser acompanhada para entender e aprender a lidar com a doença e o enfermo, a fim de ajudar a dar autonomia e reinserção do doente para a sociedade. A reforma psiquiátrica (início nos anos 70 e impulsionada nos anos 80) tratou-se de um movimento multifacetado, que evidenciava principalmente o movimento da luta antimanicomial congregando diferentes indivíduos, usuários, profissionais, familiares. Consolidou a política de mudança assistencial, com a criação dos CAPS que se tornaram centros de atenção psicossocial e que hoje ainda englobam dependentes do álcool, CAPS-AD, constituído por uma equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento assistencial. Nós enquanto profissionais devemos instaurar medidas de cura para estes enfermos, procurar a desinstitucionalização, visando uma solução que dê a eles o máximo de autonomia e liberdade das sujeições implicadas pela doença, entretanto se não houver alternativas para estes indivíduos, cabe à instituição desenvolver formas de tratamento individualizado, sem provocar a alienação e dependência deste ao serviço.(YASUI, 2010, p.16)(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017,p.1)

Através desses pontos vemos a valia do PTS como ferramenta, pois a partir dela é possível planejar e analisar o papel de cada membro da equipe multidisciplinar, paciente e família, fazendo essa ligação entre todos a partir do seu estudo. E assim respeitar as decisões tomadas pela equipe e vontades de cada paciente. (MIRANDA, COELHO e MORÉ, 2012)

2 METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado por estudantes da 6ª etapa do curso de medicina, em 2018, durante atividade curricular IESC (INTERAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE) com ênfase em Saúde Mental, no Centro Universitário Municipal do Interior de São Paulo. Durante 6 meses, os estudantes tomaram conhecimento sobre os transtornos mentais através de livros textos e manuais, além de conhecerem e discutirem sobre o serviço oferecido pelo serviço público municipal. Foram realizadas visitas domiciliares a um paciente com transtorno mental do bairro de abrangência da UBS, além de entrevistas com familiares e amigos.

As visitas tiveram início em maio e foram finalizadas no mês de junho, primeiramente realizadas com a mãe e irmã, e posteriormente feitos encontros com o enfermo, psiquiatra e preceptor do IESC, para apresentação e aplicação do projeto à equipe, e visita ao CRAS. Essas visitas foram programadas a partir do conhecimento sobre projeto terapêutico singular (PTS), onde planejamos a participação, reinserção e construção de autonomia para o usuário/família, a partir da análise das informações coletadas da própria família, indivíduo e comunidade, sendo possível obter o conhecimento integral do paciente, ou seja, sua comorbidade e condições do meio em que estava inserido, demonstrando a necessidade do envolvimento do aluno e o auxílio longitudinal de pacientes com transtornos neurológicos. Assim, elencamos os problemas, embasados em referências bibliográficas, traçamos objetivos e intervenções, evidenciando as complexidades da doença mental em indivíduos que não possuem o suporte familiar adequado e quando a internação é a única escolha da família.

3. DESCRIÇÃO DO CASO

3.1. Identificação

C.R.S, 53 anos, sexo masculino, pardo, desempregado, divorciado, residente em Franca-SP, com a mãe.

3.2. História da Doença Atual

Paciente apresenta-se alcoolizado diariamente, possui relacionamento conturbado com a família por não ser adepto ao tratamento e por buscar, na comunidade, meios de conseguir bebida alcoólica todos os dias. A família informou sobre as alucinações e delírios, o que foi confirmado após contato pessoal com o doente, quando este contava sobre suas experiências, em que “era filho de Deus e de uma sereia, mas caiu do céu e foi marcado pela besta na cabeça”, apontando para uma cicatriz na cabeça. Já foi internado mais de 3 vezes em hospitais psiquiátricos, porém em todas as suas saídas voltava para a mesma situação: não utilizando os medicamentos prescritos e buscando sempre por bebida alcoólica.

História Patológica Progressiva: não constatado.

Hábitos de vida: Alcoólatra há 30 anos. Não faz uso de nenhuma medicação.

História Familiar: reside com a mãe de 82 anos, possui 5 irmãos e 1 filha (não possui contato).

Exame Físico: não foi possível realizá-lo pelo alcoolismo constante do paciente.

Diagnósticos prováveis: Esquizofrenia paranoide (?); Diabetes (?); Hipertensão Arterial Sistêmica (?); foram identificados pelas estudantes essas

doenças, porém apenas a esquizofrenia paranóide possui diagnóstico médico segundo informações colhidas da família.

4. DISCUSSÃO

Segundo o ministério da saúde, o paciente esquizofrênico pode exibir um pensamento vago, elíptico e obscuro, acreditando que situações da vida cotidiana possuem um significado particular, relacionado unicamente com ele. Pode haver a sensação de interrupção do curso do pensamento e a sensação de que as ideias são retiradas por um agente exterior. O humor é caracteristicamente superficial ou incongruente, acompanhado, com frequência de inércia, negativismo ou estupor. O paciente estudado além de apresentar os sintomas referidos acima, era dependente de álcool, o que dificultou muito as entrevistas realizadas pelas estudantes. Foi percebido que a maioria das histórias por ele contadas eram de fato reais, porém em todas elas havia a mistura de elementos místicos, religião, grandeza e perseguição, não havendo continuidade ou segmento na linha de pensamento, se perdendo dentro das próprias falas ao tentar contar o que acreditava ser a realidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.321)

C.R.S., nasceu de parto normal, teve o desenvolvimento neuropsicomotor adequado e o interpessoal prejudicado, pois não tinha muitos amigos e ficava apenas com a mãe. Tocava violão e compunha músicas desde a adolescência. Mudou-se com a família para São Paulo, aos 7 anos, dos 6 irmãos foi o único que terminou o ensino médio e realizou curso técnico, sendo empregado em estabelecimentos de venda comercial e posteriormente como segurança de banco. Casou-se aos 24 anos, união que resultou em uma filha. O casamento durou cerca de 8 anos, em que no último ano já possuía sinais de alcoolismo, divorciou-se devido a episódio de agressão cometido por ele. A bebida passou a ser um refúgio e, como consequência, foi demitido por se apresentar alcoolizado no trabalho, necessitando de auxílio familiar na cidade de Franca.

Em Franca trabalhou por 3 anos em diversos locais, sendo na maioria demitido por alcoolismo. Desde então não conseguiu mais emprego, e sua rotina atualmente é sair cedo de casa procurando uma forma de conseguir dinheiro ou bebida alcoólica na comunidade a partir da realização de pequenas tarefas, como, varrer calçadas ou fazer compras para conhecidos, sendo sempre amigável e educado, em troca recebe doses de aguardente ou pequenas quantidades de dinheiro para a compra da mesma. Porém, com a família possui relacionamento conturbado, já tendo agredido a mãe. Chega em casa a noite, alcoolizado, algumas vezes se alimenta e realiza higiene pessoal, além de possuir o sono prejudicado devido à insônia e alucinações. Foi internado cerca de 3 vezes, nas cidades de Arthur Nogueira, Claraval e Franca, mas ao retornar para sua realidade social não toma os medicamentos prescritos, volta a ingestão de bebida alcoólica e todo o cenário já descrito. A família busca por nova internação e aposentadoria, contudo, ~~por conta da rotina do paciente, que está sempre ausente ou embriagado, não se~~

torna possível realizar consulta para perícia médica. Além disso, a mãe é a única que possui renda familiar de um salário mínimo, que é o sustento da casa e do filho. Segundo a família, antes do casamento ele não apresentava comportamento de doença psiquiátrica, entretanto após mudar-se para Franca foi observado que se tornou agressivo, inquieto, com alucinações visual e auditiva, delírios e pensamentos de grandeza, labilidade emocional e emagrecimento.

Desta forma planejamos um novo encontro com a família e uma busca pelo C.R.S. na comunidade, que foi encontrado na Unidade Básica de Saúde, levemente alcoolizado, confuso, contraditório e comunicativo, apesar disso conseguimos estabelecer contato. Contou-nos uma história similar com a já relatada pela família, sobre seu emprego em São Paulo, sua filha e a traição por parte da esposa. Diz ter conhecimento sobre seu problema psiquiátrico, desencadeado pela bebida, mas que não consegue realizar tratamento por não conseguir se manter sóbrio, pois isto lhe traz problemas como tremor, fato que ocorre devido à abstinência. Relatou interesse pela aposentadoria, que não é possível realizar-se, pois não sabe os procedimentos para consegui-la e segundo ele não possui ajuda da família. Com o dinheiro pretende morar e ter uma vida independente, arrumar uma companheira, comprar um sítio e viajar. Idealizações que não são realizadas pois não consegue se auto responsabilizar por suas atitudes, logo que a doença e o vício do álcool comandam sua vida.

Contou muitas histórias com analogias místicas e religiosas, em que uma delas afirma ser “Besta-Fera”, filho de Deus e da “Sereia-do-Mar”, em que ao cair do céu conseguiu asas dadas pelo Diabo, e que apresenta uma cicatriz na cabeça pela queda. Diz já ter visto a mãe “Sereia-do-Mar” e o Diabo em muitas aparições, referindo diálogos noturnos, além de ir à igreja falar com o pai “Deus”. No fim da conversa um rapaz se aproximou e nos relatou sobre a relação dele e de sua família com C.R.S., contando que em troca de bebida alcoólica e dinheiro ele realiza pequenas tarefas, como varrer o estacionamento e compras para a mercearia familiar. Foi observado que existe uma relação entre eles, pois havia preocupação com a saúde e a qualidade de vida do enfermo, e quando necessário oferecendo alimentação.

Em conversa com o psiquiatra e preceptor da IESC, discutimos sobre o caso e compreendemos mais sobre seu problema psiquiátrico, além de constatar que o obstáculo não era apenas a compulsão pela bebida, mas também sua relação problemática com a família, a idealização desta por uma aposentadoria a fim de conseguir pagar tratamento em um hospital psiquiátrico. C.R.S. poderia ter uma qualidade de vida adequada se conseguisse enfrentar suas dificuldades com auxílio da família e de um profissional capacitado. Porém, para a situação atual, concluímos, junto ao psiquiatra, que o único meio é a internação, medicação de depósito após alta hospitalar e terapia ocupacional, buscando sua autonomia e retorno à vida social. (SADOCK, SADOCK e RUIZ., 2017)

Foi realizada uma reunião com a coordenadora do CRAS, a fim de relatar o caso para iniciarmos a interdisciplinaridade, em que foi observado total interesse dela em ajudar a família e o paciente C.R.S. Infelizmente, mesmo com o suporte do CRAS a família não aceitou o auxílio e o tratamento foi novamente adiado, pois a família acredita que o único meio é o tratamento hospitalar.

Como já relatado, a esquizofrenia acomete homens na faixa dos 10 a 25 anos, neste relato observamos que houve início perceptível pela família em torno dos 27 anos, sendo o diagnóstico realizado mais tardiamente, e com tratamento irregular por todas as comorbidades já apresentadas. Em conversa com a família, contou-nos sobre o término do ensino médio, noções e capacidade musical, sobre o casamento e o trabalho como segurança de banco. Explicando que aos poucos os sintomas foram ganhando espaço, sentindo se perseguido, ouvindo vozes de comando, sempre agressivas e desconfiadas, cursou com insônia pois, essas vozes não o deixavam dormir. Muitos estudos não elucidaram as causas da esquizofrenia, mas o modelo mais aceito é que esta doença tem uma parcela genética e ambiental, a presença de vulnerabilidade aumenta o risco para o desenvolvimento de sintomas na presença de estressores ambientais e na falha dos mecanismos para lidar com eles, o que várias vezes foi percebido nas histórias do paciente. Os fatores de vulnerabilidade são baseados em um componente biológico, que inclui predisposição genética interagindo com fatores complexos físicos, ambientais e psicológicos. A partir desse conhecimento percebemos todos os fatores que tiveram influência no início da doença, visto que o paciente não teve apoio e maturidade emocional para lidar com os problemas e o início da doença em si.(PITTA, 2019, p.2)(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.322)

Para todo esse contexto utilizamos o já citado PTS, e através do conhecimento do caso elencamos os maiores problemas e buscamos formas de resolvê-los a partir de estudos científicos. Separamos em 3 problemas principais: alcoolismo, esquizofrenia e falta de suporte familiar.

Para o alcoolismo, objetivamos sua diminuição e futura extinção, conscientizando, a partir de conversas com o paciente, o efeito danoso do álcool à saúde e que os problemas não seriam solucionados pelo seu uso, para essa ajuda explicamos que o CRAS era o local de ajuda com atividades para sua reinserção na sociedade e volta da autonomia, além de frequência às reuniões dos Alcoólicos Anônimos utilizando a experiência do outro como aprendizado, suporte e incentivo ao retorno de seus sonhos e atividades. Porém, não conseguimos seu acompanhamento por nenhuma ferramenta, pois não houve apoio da família, ficando o paciente novamente desatendido. Sendo possível apenas a conscientização do mesmo, que se mostrou muito interessado pela conversa, realizando perguntas de como poderia diminuir o uso do álcool.

Sobre a esquizofrenia sabíamos que era necessário o início do tratamento para controle dos sintomas da doença. Para tal, conversamos com o doente a importância do tratamento, explicando que sem o tratamento o cérebro não

consegue se organizar para que os sintomas diminuam. Procuramos a família para a marcação da consulta e conversa sobre uma possível internação, explicando que está é indicada quando o paciente oferece riscos para ele ou para outras pessoas, ou quando esse é o único meio de tratamento do doente. (SADOCK, SADOCK e RUIZ., 2017)

E sobre a falta de suporte familiar, percebemos ser o principal problema de todo o contexto, pois o paciente não consegue sozinho buscar por tratamento, e a família carece de informações sobre a doença, muitas vezes acreditando que o paciente está na situação por sua própria vontade. Nosso contato com a família foi mais difícil, como já falado, eles se interessavam apenas pela internação e aposentadoria, logo não acreditavam que podíamos ajudar de outra forma. Além disso, reclamavam sobre a dificuldade de atendimento com psiquiatra, problema encontrado em outro estudo, onde é relatado a dificuldade para marcar consultas com psiquiatras e a falta do mesmo na rede, além da má atuação de psicólogos e assistentes sociais. (BRISCHILIARI, CREMON, et al., 2011)

Assim, mesmo conversando e explicando sobre a doença, sobre a importância de incentivo ao paciente de higiene, alimentação, além do auxílio à ele, a família se mostrava não aderente. Observando todo o contexto chegamos a conclusão que havia muitos entraves para a realização do PTS, pois sem o aporte familiar, o paciente não conseguiria sozinho realizar nosso planejamento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, concluímos a valia do conhecimento do profissional sobre transtornos mentais na conduta e seguimento do paciente, e as dificuldades enfrentadas quando o fator limitante é a não aceitação/interesse da família na intervenção e cuidado do indivíduo, por conta do desejo da internação hospitalar ou insegurança na conduta terapêutica. Mostramos as dificuldades enfrentadas na concretização do PTS e de sua importância no planejamento de uma terapêutica individualizada, junto a equipe multiprofissional. Finalizando, como estudantes foi possível enxergar a complexidade do paciente com transtorno mental e a necessidade do vínculo médico/paciente, paciente/família, visto que foi um dos maiores entraves na formulação do PTS, sendo o auxílio interdisciplinar essencial na criação dessa relação e no manejo deste enfermo.

Referências

BRISCHILIARI, A. et al. **DIFICULDADES ENCONTRADAS NO ATENDIMENTO À PESSOA COM.** VII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar. Maringá – Paraná – Brasil: CESUMAR. 2011. p. 3-4.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ., P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11^a. ed. Porto Alegre-RS: ARTMED, 2017. 300 p.

MIRANDA, F. A. C. D.; COELHO, E. B. S.; MORÉ, C. L. O. O. Projeto Terapêutico Singular. **Especialização multiprofissional em Saúde da Família**, Florianópolis, 2012.

PITTA, J. C. D. N. Fundamentação teórica Esquizofrenia. **UNASUS**. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/5/unidades_casos_complexos/unidade28/unidade28_ft_esquizofrenia.pdf>. Acesso em: 2019.

SAÚDE, M. D. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**. [S.l.]: [s.n.], 2013.

SAÚDE, M. D. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Portal do Ministério da Saúde**, 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/693-aco-es-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps>>. Acesso em: 20 Maio 2019.

TRENTIN, V. R. M. **Práticas Interdisciplinares nos Processos de Formação em Serviços de Saúde**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2010.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

RELATO DE CASO: Aneurisma sacular no segmento cavernoso da artéria carótida interna

André Luiz Teixeira do Vale
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
andreltvalle@gmail.com

Tatiane Queiroz Rodrigues
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
tatianequeiroz3@hotmail.com

Raquel Rangel Cesario
Docente – Uni-FACEF
raquelrangelcesario@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Aneurismas são dilatações dos vasos sanguíneos que ocorrem quando a estrutura ou a função do tecido conjuntivo é comprometida pela síntese inadequada ou anormal; degradação excessiva; perda das células musculares lisas ou alteração fenotípica na síntese destas células. Eles podem ser classificados quanto a forma de 6 modos: sacular, fusiforme, arterosclerótico, traumático, micótico e neoplásico (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2013).

Frequentemente o tipo mais encontrado são os saculares, comumente localizados no polígono de Willis. São divertículos variando de 5-20 cm de diâmetro, constantemente contêm trombos. (KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, 2013).

Na população em geral, a prevalência de aneurismas intracranianos é de cerca de 2%¹. Destes, 3-5% ocorrem na porção intracavernosa que corresponde ao segmento da artéria carótida interna que atravessa o seio cavernoso e emite ramos sendo eles artéria oftálmica, comunicante posterior e coriídea anterior. Um terço dos pacientes com aneurismas intracavernosos são assintomáticos ao diagnóstico, um terço tem cefaléia e metade tem alguma anormalidade de nervo craniano. (FERREIRA, 2006).

Sendo assim, este relato de caso tem por objetivos correlacionar as informações e quadro clínico da paciente com os exames de imagem presentes na consulta que evidenciam aneurisma intracraniano não-roto. Este, possivelmente causando possivelmente compressão de alguns nervos cranianos e resultando em disfunções destes. Visa refletir sobre a experiência de aprendizagem com o estudo do caso.

2. IMAGENS

As respectivas imagens mostram a Ressonância Magnética da paciente em camadas, da mais superficial para a mais profunda. Na primeira temos

uma visão de seu crânio, já a segunda é possível ver com mais exatidão seus vasos sanguíneos, na terceira há o polígono de Willis com o aneurisma em artéria carótida interna e por fim, a quarta e quinta mostram o estrabismo convergente de olho direito da paciente.

Figura 1: RM 1

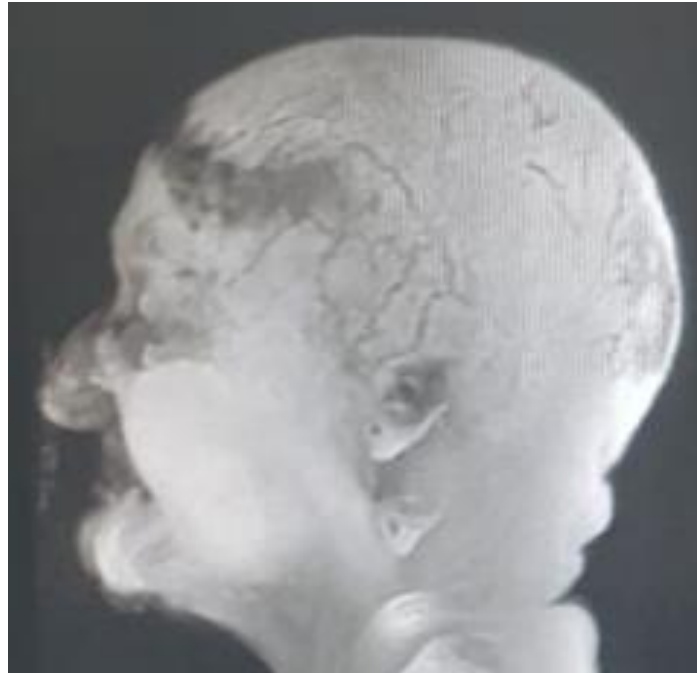


Figura 2: Anglo RM

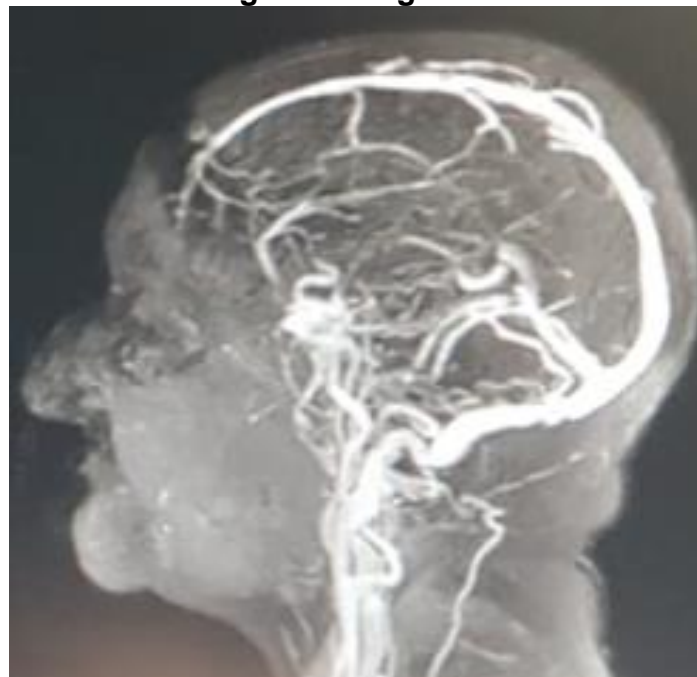


Figura 3: Aneurisma



Figura 4: Estrabismo convergente de olho direito



Figura 5: Comparativo dos olhos



3. DESCRIÇÃO DO RELATO

Paciente de sexo feminino, de 68 anos, caucasiana, com naturalidade e procedência de Franca – SP, viúva, católica e do lar. Encaminhada ao ambulatório escola do Uni-FACEF no dia 9 de abril após internação no dia 3 de abril de 2019. Paciente foi acompanhada da filha devido à hipoacusia severa em ambos ouvidos, dessa forma, a maioria das informações foram provenientes da filha. Segundo esta, há aproximadamente três meses sua mãe teve quadro de infecção de urina e pneumonia, logo foi atendida por Clínico Geral em Pronto Socorro, utilizou medicamentos sintomáticos os quais não sabia referir os nomes, teve melhora do quadro, porém iniciou quadro de tremores em membros inferiores (MMII) desde então. Há aproximadamente uma semana, teve picos de hipertensão (máximo de 180/110 mmHg), associados à vômitos em jato. Foi levada ao Pronto Socorro (PS) da cidade e foi constatado Hiponatremia, porém não soube relatar conduta realizada. Após isso, filha declarou que mãe foi internada. Foi realizada um Angio – Ressonância Magnética, que evidenciou trombose em seio transversos sigmoide esquerdo, além de aneurisma sacular de artéria carótida interna esquerda. Hoje, paciente está em uso de AAS, INR: 1 (medida laboratorial que avalia a via extrínseca da coagulação).

Ao exame físico: peso e altura não foram aferidos devido à condição de dependência da paciente, PA 150x100 mmHg, SpO₂ 94; Paciente acianótica, anictérica, orientada em tempo e espaço; foi evidenciado presença de olhar convergente à esquerda (olho direito) e nistagmo horizontal em ambos os olhos (maior evidência em olho esquerdo). Além disso, reflexo fotorreagente e consensual estavam presentes; ao exame cardiovascular: 2 bulhas rítmicas normofonéticas e ausência de sopros.

4. DISCUSSÃO

Os dados encontrados na literatura condizem com as informações presentes neste caso, mostrando a presença do aneurisma no segmento intracavernoso da artéria carótida interna, que tem uma incidência de 3-5% dos casos de aneurismas intracranianos. O sexo feminino é o mais acometido em comparação com o masculino, na proporção de 4,5:1 (FERREIRA, 2006).

No quadro clínico, 59,1% dos pacientes tem cefaleia de forte intensidade. Alterações oculares são frequentes devido a compressão dos nervos adjacentes causadas pelo aneurisma. Posto isto, o VI nervo (abducente) foi o mais frequentemente acometido (68,2%), seguido do III nervo (oculomotor) (45,5%) (FRUDIT, 1997).

A paciente apresenta presença de olhar convergente à direita, evidenciando comprometimento do VI nervo, responsável pela inervação de um músculo extraocular, o reto lateral homolateral, que tem como ação básica a abdução do olho. Sua deficiência induz a uma limitação, de maior ou menor

intensidade da abdução e um desequilíbrio de forças horizontais, com predomínio tônico do reto medial íntegro.

Nistagmo horizontal visível na paciente também sugere possível comprometimento do VIII nervo craniano (vestibulococlear).

Apresenta queixa de zumbido constante, tal relato não condiz com os sintomas mais relatados na literatura, por aneurisma no segmento intracavernoso da artéria carótida interna. Evidenciando que outros fatores causais podem estar envolvidos no quadro clínico da paciente (CURI et al, 2013).

O motivo para a formação inicial de um aneurisma ainda é inconclusivo. Portanto, acredita-se que fatores hemodinâmicos e genéticos estejam envolvidos. Podem ser desenvolvidos devido a aterosclerose, e fatores hereditários respondem por aproximadamente 5% dos casos. Outros fatores de risco potenciais para o desenvolvimento de um aneurisma não-roto e para a sua subsequente ruptura são: tabagismo, hipertensão arterial e uso de anticoncepcionais hormonais orais (VON STEINKIRCH et al, 2017).

A paciente nega histórico de tabagismo e hipertensão, o que discorda com a literatura, levando a pensar que sua formação pode ser por motivos genéticos ou hemodinâmicos.

Paciente foi medicada durante internação com ASS e mantém com a medicação. De acordo com a literatura tal conduta é pertinente, pois a presença de aneurisma propicia a formação de trombos e possíveis riscos de embolização para outras áreas do corpo.

A história natural dessas lesões sugere que grandes números delas permanecem assintomáticas e que a taxa de sangramento é baixa. Portanto, a maioria desses aneurismas não requer tratamento. A intervenção está indicada quando ocorre ruptura aguda, compressão de nervos cranianos, episódios tromboembólicos ou ainda quando um aneurisma assintomático se estende para o espaço subaracnóideo, oferecendo risco considerável de sangramento. O tratamento ideal para qualquer tipo de aneurisma consiste em excluí-lo da circulação sanguínea, sem alterar o fluxo no vaso que lhe deu origem ou em seus ramos (AZEVEDO et al, 2001).

Para melhor evolução do caso, a paciente foi encaminhada para neurologista, para avaliação e escolha da melhor proposta terapêutica.

5. REFLEXÃO SOBRE O APRENDIZADO

As informações contidas neste relato têm grande importância no processo de formação acadêmica dos alunos de medicina por permitir terem acesso a um quadro clínico incomum nas consultas ambulatoriais do hospital escola do Uni-facef. Sendo assim, através dele é possível relacionar o conteúdo de anatomia e

neurologia aprendido na teoria visualizando na prática o acometimento de estruturas do sistema nervoso central com os sinais clínicos evidenciados neste caso.

Além disso, foi possível contato amplo sobre o histórico da paciente que antes havia passado apenas por atendimentos em unidades de emergências sem uma avaliação integral. Desta forma, mediante ao trabalho apresentado também foi possível analisar sobre a importância dos princípios do atendimento na atenção primária manifestados pela abordagem global realizada com a paciente sobre todos os fatores existentes na história influenciadores da sua saúde. Do mesmo modo é o momento para realização de orientação sobre promoção e prevenção de saúde que sempre deve ser praticado pelos acadêmicos e profissionais das áreas de saúde.

6. CONCLUSÃO

Os sinais e sintomas da paciente condizem com os dados mostrados pela literatura, mas o caso necessita de uma avaliação neurológica mais completa para avaliar necessidade de algum procedimento mais eficaz para tratamento da paciente.

Tal necessidade de encaminhamento está vinculada a uma dificuldade observada no atendimento ambulatorial. Sendo o ambulatório de especialidades médicas - no qual o ambulatório escola do Uni-FACEF se baseia - um ponto de atenção do nível especializado do sistema de saúde, ele caracteriza-se por ser pontual no itinerário médico das pessoas, tornando-se um atendimento fragmentado e que exige encaminhamentos para especialistas diversos, na busca de uma abordagem completa do paciente em questão. Seria oportuno também que cada um dos médicos especialistas por onde a paciente passar tivessem contato e informações do nível de Atenção Primária, que tem a função de coordenar o cuidado aos usuários do sistema de saúde, a fim de conhecer o seu histórico e modo de vida também pelo olhar do médico generalista que a acompanha para ter, finalmente, a possibilidade da abordagem integral demandada pelo SUS.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, H. et al. Anastomose entre a artéria carótida externa e a artéria carótida interna supraclínóidea utilizando enxerto de veia safena para tratamento de aneurisma gigante do segmento cavernoso da carótida interna. **Arq Neuropsiquiatria**, v. 59, n. 1, 2001, p. 138-141.

CURI, Renato Luiz Nahoum et al. Paralisia do VI nervo (abducente), **Rev. Brasileira Oftalmol.** v. 72, n.1, 2013, p. 59-69.

FERREIRA, K. et al. Aneurisma gigante do segmento intracavernoso da carótida interna associado a doença renal policística autossômica dominante. **Arq Neuro psiquiatria**, v. 64, n. 3-b, 2006, p.881-884.

FRUDIT, M. E. **Aneurismas do segmento intracavernoso da artéria carótida interna**. São Paulo: Unifesp, 1997, 93p.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Doença Cérebro Vascular *In*: Robbins, **Patologia básica**. 9. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

VON STEINKIRCH, Camila et al. Avaliação dos Aneurismas Intracranianos Tratados no Instituto de Neurologia de Curitiba. **Jornal Bras. Neurocirurgia**, v. 28, n. 3, 2017, p 159-166

RELATO DE CASO: Fibrilação atrial e anticoagulação oral

Ricardo Borzani Dessimoni
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
r.dessimoni@outlook.com

João Victor Marques Monteaperto
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
joaomonteaperto@gmail.com

Luciano Roberto Bessa Filho
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
Lucianofilhob@hotmail.com

Thiago Felipe Dos Santos Lima Gonçalves
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
Thiago_felima@hotmail.com

Ana Carolina Garcia Braz Trovão
Orientadora/docente- Uni-FACEF
carolbtrovao@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A fibrilação atrial (FA) é a taquiarritmia crônica mais comum, sendo também a principal fonte de formação de trombos de origem cardíaca, representando cerca de 45% dos casos, quando comparada com outras cardiopatias. Apresenta uma prevalência de 1-2% na população geral, aumenta com o processo de envelhecimento, atingindo de 3-9% dos idosos (> 65 anos), sendo mais prevalente no sexo masculino (ATRIAL, 2009).

A FA ao mesmo tempo em que é um marcador de gravidade na cardiopatia, pode contribuir para a piora hemodinâmica, ocasionando sintomas do tipo palpitações, dispneia, desconforto torácico, tonteira, sudorese fria e urgência urinária. Além da morbidade causada por sintomas, acarreta risco significativamente maior de eventos tromboembólicos, mormente acidentes vasculares cerebrais isquêmicos (AVCi). Seu controle envolve reversão e manutenção do ritmo sinusal por meios químicos ou elétricos, ou simples controle da frequência ventricular (JOSÉ FERNANDES NETO, 2016; JOSÉ FERNANDES NETO, 2016). O escore para avaliação do risco para tromboembolismo na FA não valvar é o CHADS 2. Esse esquema é baseado em um sistema de pontos em que 2 pontos são atribuídos para AVC ou ataque isquêmico transitório e 1 ponto para idade \geq 75 anos, história de hipertensão, diabetes melito e insuficiência cardíaca. Embora seja relativamente prático, o escore CHADS2 apresenta algumas limitações consideráveis.

A classificação de uma ampla proporção de pacientes como “risco moderado” é um ponto negativo deste escore, visto que não há um protocolo definitivo acerca do uso de anticoagulantes orais no tratamento destes pacientes. Diversos fatores de risco para eventos tromboembólicos que já foram identificados não estão incluídos neste escore. Essas limitações acabaram por resultar na estimulação do aperfeiçoamento desse escore, que ocorreu através a adição de fatores de risco para eventos tromboembólicos comuns identificados em populações de pacientes da prática clínica “real”, ao invés de dados de ensaios de coortes. O resultado disso foi a formulação do esquema de estratificação de risco conhecido como CHA₂DS₂VASC (figura 1), o qual foi recomendado pela diretriz europeia de 2010 para o manejo da FA. Esse novo esquema é baseado em um sistema de pontos que atribui 2 pontos para idade 75 anos e história de AVC ou ataque isquêmico transitório. Para o restante dos itens é atribuído 1 ponto para cada (CARDIOLOGIA, 2016).

Além disso, o score HAS-BLED (figura 2) é utilizado para atribuir qual é o risco de sangramento dos pacientes que utilizam anticoagulantes orais, atinge um máximo de 9 pontos, sendo atribuído 1 ponto para cada item. O escore 3 classifica os pacientes como “risco alto”, o que significa que é necessário cautela e acompanhamento regular durante a terapia anti-trombótica, tanto com anticoagulantes orais quanto com a aspirina, dado que o risco para sangramento de ambos é semelhante, principalmente em relação aos pacientes idosos. Essa classificação também indica a necessidade de um empenho para tentar corrigir os fatores de risco modificáveis. É importante ressaltar que este sistema não foi elaborado para suspender a indicação do tratamento com anticoagulantes orais, e sim para ilustrar a avaliação do risco para sangramentos, assim como estimular os médicos a darem atenção aos fatores de risco para sangramento que podem ser modificáveis tais como pressão arterial não-controlada, uso concomitante de aspirina + anti-inflamatório não-esteroidal (ROBERTO HENRIQUE HEINISCH, 2013).

2. DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente, sexo masculino, 51 anos, relata que iniciou quadro de dispneia súbita, palpitação, sudorese, mal-estar, rapidamente evoluiu com síncope, foi levado ao NUBS próximo de sua residência e lá perceberam que o mesmo estava em parada cardiorrespiratória, foi reanimado no local e encaminhado para o Pronto Socorro. Após cerca de 20 minutos da chegada ao PS o paciente sofreu outra parada cardiorrespiratória e foi reanimado novamente com êxito. Após o ocorrido o paciente permaneceu 12 dias na Unidade de Terapia Intensiva e mais 7 dias na enfermaria.

Após sete dias de alta fizemos a primeira consulta, o paciente foi referenciado pelo cardiologista para acompanhamento de terapia com anticoagulantes orais, pelo paciente possuir Insuficiência Cardíaca Congestiva e Fibrilação Atrial.

De antecedentes patológicos, apresentava Diabetes Melitus (DM) tipo dois, hipertensão arterial sistêmica (HAS) há seis anos e insuficiência cardíaca congestiva (). Nunca realizou nenhum procedimento cirúrgico.

Nos hábitos de vida, paciente relatou que nunca praticou nenhuma atividade física durante sua vida, e tem uma alimentação baseada em carboidratos e proteínas com poucos legumes e folhas verde escuras. Tabagista 150 anos/maço e etilismo aos finais de semana, um litro de cerveja.

As medicações de uso eram Bisoprolol 10mg/dia, Enalapril 40mg/dia, Espironolactona 25mg/dia, Amiodarona 200mg/dia, Varfarina 35mg/semana e Ranitidina 150mg/dia. Além disso o paciente apresentava INR de 2,08 e com isso foi mantido a medicação de Varfarina 35mg/semana. Ao retorno, após 1 semana, foi notado INR de 3,04.

História familiar de mãe com DM, HAS e pai com HAS e cirrose.

O risco tromboembólico do paciente em virtude de suas doenças de base, idade entre 65 e 74 anos e presença de acidente vascular, no escore CHA2DS2-VASc é 4, sendo muito superior ao índice que já indica a anticoagulação permanente). Já seu escore HAS-BLED resultou em 2 pontos, o que diverge do cálculo apresentado no encaminhamento do cardiologista, o classificando, portanto, em intermediário para sangramentos. Contudo, esse valor de escore não contraindica a ACO. Devendo, assim, ser feita a avaliação das condições que podem aumentar ainda mais o risco de sangramento do paciente e tentar modificá-las, de forma que os benefícios superem os riscos.

Ao exame físico percebemos que o paciente apresentava peso de 75 Kg, altura de 1,80 metros, estava lúcido, deambulava com certa dificuldade (com leve lentidão), estava orientado no tempo e espaço, ativo e colaborativo, apirético, bom estado geral e nutricional, fácies atípicas, enchimento capilar satisfatório, Pressão Arterial de 120/80 mmHg, Frequência Respiratória de 12 incursões por minuto, Frequência Cardíaca de 76, saturação de 93% O₂, crânio normocefálico, ausência de movimentos involuntários, cabelos com implantação normal, ausência de lesões de pele, ausência de alterações em globo ocular, movimentos oculares preservados, abertura palpebral normal. Anictérico, apirético, afebril. Ritmo cardíaco irregular, bulhas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros ou extrassístoles. Tórax com expansibilidade preservada, murmúrio vesicular audíveis em ambas as bases pulmonares.

3. DISCUSSÃO

De acordo com a literatura, o exame mais utilizado, na prática clínica, para controle da anticoagulação oral é o tempo de protrombina (TP) com a razão de normatização internacional (RNI ou INR). O INR é um método de calibração do tempo de protrombina com o objetivo de reduzir a variação no resultado de TP, entre os diferentes laboratórios clínicos. O método padrão-ouro para a mensuração do

INR é a análise laboratorial com coagulômetros de amostra do sangue venoso. O nível adequado de INR para uma anticoagulação eficaz e segura, para a maioria das indicações, está no intervalo de 2,0 a 3,01. Sendo assim, o paciente apresentava INR de 3,08 justificando a tentativa de alterar a dose de Varfarina para 30mg/semana. Para pacientes que apresentam fibrilação atrial é recomendado INR alvo de 2,5 apesar do parâmetro ser entre 2 e 3 o que colabora ainda mais para nossa conduta.

Devido à maior propensão de pacientes com FA de apresentarem risco inerente à própria arritmia de formar coágulos, independentemente de outros fatores, parece clara a necessidade de se identificar exatamente aquele de menor risco e excluí-lo da necessidade de anticoagular, por meio da inclusão de outros critérios de risco que possam com ACO os pacientes com real risco baixo. Por essa razão, outras variáveis, que foram identificadas naqueles estudos clínicos como importantes fatores de risco e que não estavam presentes no escore CHADS₂, passaram a ser valorizadas. Passou-se a considerar que pacientes de muito baixo risco, ou seja, pacientes nos quais aquelas variáveis não eram encontradas, não necessitariam de anticoagulação. Os fatores de risco incorporados a essa nova proposta incluíam sexo feminino, doença vascular periférica e idade entre 64 e 75 anos. No entanto, mais importante ainda foi a valorização da idade acima de 75 anos (2 pontos). Com essas informações, foi criado o escore CHA₂DS₂-VASc. A grande vantagem de sua utilização é que pacientes com escore zero não necessitam anticoagulação, pois o risco de complicação trombótica, neste caso, é muito baixo. No caso de CHA₂DS₂-VASc igual a 1, o risco é considerado baixo (1,3% ao ano), e a anticoagulação é opcional e fica na dependência do risco de sangramento e opção do paciente. (CARDIOLOGIA, 2016)

Correlacionando com a literatura o caso do paciente em questão, podemos analisar que ele pontua através do escore de CHA₂DS₂-VASc, 1 ponto por apresentar Insuficiência Cardíaca Congestiva, 1 ponto por HAS, 1 ponto por Diabetes Mellitus e 1 ponto por ter idade entre 65-74 anos, totalizando um total de 4 pontos. Pacientes com pontuação maior ou igual a dois necessitam receber terapia de anticoagulação oral por apresentar alto risco de formação de trombos levando a possíveis acidentes vasculares.

Sabe-se que a redução da pressão arterial sistêmica pode ser benéfica em vários modelos de doença renal, ablação e diabetes, por exemplo, pelo menos em parte, por reduzir a pressão intraglomerular. Os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), particularmente nessas condições, parecem ter um efeito diferenciado, pois, além da redução da pressão arterial sistêmica, produzem reversão da resistência na arteríola eferente, pós-glomerular, induzida pela angiotensina II (JOSÉ NERY PRAXEDES, 1998). Com tudo, podemos dizer que o uso de Enalapril (IECA) para o paciente foi corretamente utilizado, tendo em vista que ele não apenas atua na redução da pressão arterial, mas sim, age como nefro

protetor nos glomérulos. Como fator adicional, o paciente apresenta DM, outra doença crônica que danifica os glomérulos.

Os principais determinantes de sangramento quando em tratamento com AVK são os seguintes: a intensidade e a duração da anticoagulação, o uso de medicações concomitantes e as características do paciente. A idade superior a 75 anos, câncer, hipertensão arterial sistêmica, doença vascular cerebral, doença cardíaca grave, insuficiência renal, doença hepática e alcoolismo também são fatores de risco para o sangramento. Várias medicações podem interferir na farmacocinética da varfarina, aumentando ou diminuindo o seu efeito. Entre elas, a Amiodarona, que é um fármaco do grupo dos antiarrítmicos da classe III de amplo espectro e um potente vasodilatador, ela potencializa os efeitos da vitamina K, ou seja, em pacientes em uso de Varfarina, atua inibindo a ação deste medicamento. Portanto, um dos fatores que pode justificar a alteração do INR do paciente, é a interação que ocorre entre a Varfarina e a Amiodarona, não reconhecida por nós durante o atendimento. Além disso, outros fatores podem explicar a labilidade do INR, como a HAS, insuficiência cardíaca congestiva, fibrilação atrial e etilismo prévio (TERRA-FILHO M, 2009).

Os anticoagulantes orais estão entre as drogas com maior número de interações medicamentosas. O uso concomitante de vários medicamentos é uma prática comum em pacientes com problemas cardiovasculares. A principal droga desta classe é a Varfarina, atua como um antagonista da vitamina K, inibindo redutases envolvidas na síntese de hidroquinona a partir do epóxido, particularmente a epóxido-redutase. A inibição da conversão cíclica da vitamina K induz a produção e a secreção hepática de proteínas descarboxiladas ou parcialmente carboxiladas, que apresentam 10 a 40% da atividade biológica normal Tendo em vista que a meia-vida de alguns fatores de coagulação, como a do fator II, em especial, é longa, o efeito antitrombótico pleno após a instituição da terapia com Varfarina só é atingido após alguns dias, apesar de o tempo de protombina (TP) poder aumentar logo após sua administração, em virtude da redução rápida de fatores com uma meia-vida menor, em especial, o fator VII (6 horas) (JULIANA SOUTO TELES, 2014). Outro fator que interfere na ação da Varfarina é a alimentação, como já dito, ela age como antagonista de vitamina k, fundamental na síntese de alguns fatores de coagulação. Portanto, além da correção da dose medicamentosa, foi realizado orientações referente a dieta do paciente, para assim, evitar alterações do INR não causada por dose inadequada. Principalmente diante da dieta relatada, com folhas verdes escuras, como espinafre, brócolis, alface e fígado bovino que contém grande quantidade de vitamina K.

Logo, o INR é um parâmetro utilizado para mensurar se a anticoagulação oral esta sendo efetiva, porém, o que se mostrou neste caso é o quanto ela sofre influência de varios fatores já citados anteriormente.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que é de tamanha importância o acompanhamento dos pacientes que utilizam anticoagulantes orais, para manter os níveis adequados de INR. Prova disso é o nosso paciente que variou cerca de 1 em apenas uma semana. Por isso modificamos a dose semanal de Varfarina de 35/mg semanal para 30mg/semanal. Foram também propostas medidas comportamentais como menor ingestão de alimentos que possuem Vitamina K, levando em consideração que a Varfarina é um fármaco antagonista da Vitamina K.

Não sabíamos que há interação medicamentosa entre a Varfarina e Amiodarona, ou seja, a variação do INR deste paciente poderia ter um componente iatrogênico, não identificado na prática clínica.

REFERÊNCIAS

ATRIAL, D. B. D. F. Consenso de fibrilação atrial. **Sociedade brasileira de cardiologia**, São paulo, 2009.

CARDIOLOGIA, A. B. D. II DIRETRIZES BRASILEIRAS DE FIBRILAÇÃO ATRIAL. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 106, n. II, p. 15-17, Abril 2016.

CARDIOLOGIA, A. B. D. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v. 106, abril 2016.

JOSÉ FERNANDES NETO, H. T. M. C. H. M. Fibrilação atrial. **Divisão de Emergência Clínicas do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, 2016.

JOSÉ NERY PRAXEDES, E. R. P. C. Efeito renoprotetor das drogas anti-hipertensivas, São Paulo, v. 5, p. 2-4, Novembro 1998.

JULIANA SOUTO TELES, E. Y. F. D. F. Varfarina: perfil farmacológico e interações medicamentosas com antidepressivos, São Paulo, 2014.

ROBERTO HENRIQUE HEINISCH, F. M. L. L. M. M. H. Atualização em fibrilação atrial. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, p. 2-4, Abril 2013.

TERRA-FILHO M, M.-B. S. Recomendações para o manejo da tromboembolia pulmonar, São Paulo, 2009.

Figura 1: Escore de CHADS₂ utilizado para avaliação de risco para fenômenos tromboembólicos em pacientes portadores de fibrilação atrial

Crítérios de risco CHADS₂	Pontuação
<i>Cardiac failure</i> (IC)	1
<i>Hypertension</i> (Hipertensão)	1
<i>Age ≥ 75</i> (idade ≥ 75 anos)	1
<i>Diabetes mellitus</i> (diabetes melito)	1
<i>Stroke or TIA</i> (histórico de AVC ou AIT)	2

IC: insuficiência cardíaca; AVC: acidente vascular cerebral; AIT: ataque isquêmico transitório.

Fonte: II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial

Figura 2: Variáveis clínicas empregadas para identificação de pacientes com risco de hemorragia pelos anticoagulantes orais incluídas no escore HAS-BLED

Risco HAS-BLED	Pontuação
<i>Hypertension</i> (hipertensão)	1
<i>Abnormal renal or liver function (1 point each)</i> (alteração da função renal ou hepática)	1 ou 2
<i>Stroke</i> (AVC)	1
<i>Bleeding</i> (sangramento prévio)	1
<i>Labile INRs</i> (labilidade de RNI)	1
<i>Elderly</i> (e.g. age > 65 years) (idade avançada)	1
<i>Drugs or alcohol (1 point each)</i> (uso de drogas ou álcool)	1 ou 2

AVC: acidente vascular cerebral; RNI: Razão Normalizada Internacional.

Fonte: II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial

SANGRAMENTO PÓS-TRAUMÁTICO COM RABDOMIÓLISE E SEPSE: Um relato de caso

Ana Maria Gonçalves Oliveira
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
anamariagoliveira27@gmail.com

Giovanna Cordeiro Ferreira
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
gigicoffe@gmail.com

Isadora Machado Pontes
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
isadoramachadopontes31@gmail.com

Rafaella Gregori Perduca
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
rgperduca@gmail.com

Thiago Alves Hungaro
Especialista em Cirurgia Geral
Docente de Medicina – Uni-FACEF
thungaro@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O trauma é definido por uma lesão de dimensão, mecanismo e gravidade variáveis, podendo ser causado por fatores físicos, químicos ou elétricos, de modo acidental ou intencional, com acometimento regional ou generalizado.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e os Centros para o Controle de Doenças (CDC), 5,8 milhões de indivíduos de diferentes idades e situações econômicas morrem a cada ano de lesões acidentais. Lesões causadas por acidentes de trânsito resultam em mais de 1 milhão de mortes por ano e estimam de 20 a 50 milhões de ferimentos significativos; eles são a principal causa de morte por lesão em todo o mundo. (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2018)

A doença trauma tem um hospedeiro (o doente) e um vetor de transmissão (o automóvel, a arma de fogo, etc.) e é classificada em diferentes tipos. Segundo o Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS), o trauma pode ser torácico, abdominal, pélvico, craniocéfálico, vertebromedular e musculoesquelético, em que cada tipo tem suas particularidades.

Dentre esses tipos, as lesões musculoesqueléticas raramente levam à morte, mas devem ser corrigidas para que o paciente não perca o membro ou sofra consequências piores. Para isso, o profissional da saúde deve identificar essas

lesões, delimitar a sua anatomia, evitar incapacidades futuras e prevenir suas complicações. (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2012)

A rabdomiólise é a complicação mais comum no trauma musculoesquelético. Ela acomete direta ou indiretamente o músculo, fazendo com que elementos intracelulares caiam na circulação, como eletrólitos, mioglobina e proteínas sarcoplasmáticas. Os sintomas são mutáveis, a depender da causa base, mas a mialgia e fraqueza muscular são os mais evidentes (OKINO e FREZZA, 2018)

Embora menos comum, pacientes vítimas do trauma muscular podem também apresentar sepse. A sepse é uma resposta descontrolada à infecção causando disfunção orgânica, independente de sinais de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS). Para ser considerada uma SRIS é preciso ter no mínimo duas das seguintes características: temperatura central $> 38,3^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$ ou em termos de temperatura axilar; frequência cardíaca > 90 bpm; frequência respiratória > 20 rpm, ou $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg leucócitos totais $> 12.000/\text{mm}^3$; ou $< 4.000/\text{mm}^3$ ou presença de $> 10\%$ de formas jovens (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2018)

2. OBJETIVO

O presente trabalho visa relatar um caso de trauma muscular provocando um sangramento importante após alguns dias e evoluindo para rabdomiólise e sepse. Trauma este causado por acidente de trânsito, moto versus caminhão.

3. METODOLOGIA

Consiste em um trabalho descritivo, do tipo relato de caso, realizado por estudantes do curso de Medicina e médico docente responsável, a partir de prontuário médico.

4. DESCRIÇÃO DO CASO

D.R.S., 23 anos, masculino, previamente hígido, admitido devido a piora progressiva de lesão corto-contusa, de 20cm, em região proximal anterior da coxa direita até região medial da mesma, previamente suturada em dois planos (Figura 1), após colisão moto versus caminhão há 1 semana.

Paciente retorna com piora clínica importante, apresentando sangramento de grande volume (mais de 500ml), em região lateral da lesão corto-contusa provocada há 6 dias, associada a febre há 3 dias, deiscência parcial da ferida e relato de colúria. Fez uso de Ciprofloxacino por 7 dias sem melhora.

Ao exame físico, apresentou-se em regular estado geral, descorado $3+/4+$, icterício $1+/4+$, Glasgow 15, com pressão arterial sistêmica de 130×80 mmHg.

frequência cardíaca 135bpm, sopro sistólico 2+/6+ e frequência respiratória 32irpm. Abdome plano, normotenso, indolor à palpação superficial e profunda. Em membro inferior direito, edema 3+/4+, necrose e deiscência parcial da ferida que inicia em face anterior da raiz da coxa direita até a região medial da mesma, com saída de grande secreção sero-hemática, sem hiperemia local, tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos e pulso filiforme à direita.

Os exames de admissão demonstraram Hemoglobina (Hb) 6,9g/dl, Hematócrito (Ht) 19,9%, Leucócitos 34200/mm³, Plaquetas 416000/mm³, Uréia 35 mg/dL, Creatinina 0,6 mg/dL, Sódio 130 mmol/L. Sendo prescrito 600ml de concentrado de hemácias, Ceftriaxona e Clindamicina endovenoso.

Evoluiu com melhora dos níveis de Hb (9,1g/dl) e Ht (24,8%), com manutenção da leucocitose (32200/mm³) com desvio à esquerda e desidrogenase láctica (DHL) de 758U/L. Urina 1(EAS) compatível com quadro de colúria e icterícia.

Realizado desbridamento cirúrgico (Figura 2) com lavagem da ferida com grande quantidade de soro. Também foi reposto o sódio e hidratou vigorosamente o paciente. Posteriormente, foi encaminhado para Unidade de Terapia intensiva (UTI), onde recebeu cuidados intensivos. Evoluiu com melhora clínica importante e recebeu alta hospitalar.

Figura 1 – Ferida no pós-operatório imediato ao trauma



Figura 2 – Exploração cirúrgica da ferida no intra-operatório (reabordagem cirúrgica após 1 semana)



Fonte: o autor.

5. DISCUSSÃO

É fundamental reconhecer a sequência do trauma muscular para realizar um tratamento adequado. Para isso, as prioridades da reanimação devem seguir o ABCDE do trauma. A: Via aérea com proteção da coluna cervical; B: Ventilação; C: Circulação, parar a hemorragia; D: Disfunção neurológica; E: Exposição (despir) e Ambiente (controle da temperatura). (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2012)

Todavia, quando ocorre um trauma musculoesquelético importante é desafiador para a equipe médica. As lesões que ele pode causar não devem ser ignoradas ou postergar intervenção. O doente deve ser abordado de maneira integral, incluindo o acometimento muscular, para garantir uma melhor evolução. Mesmo que se tenha uma avaliação e tratamento cuidadoso do traumatizado, as fraturas e as lesões de partes moles podem não ser reconhecidas de início. É necessária a reavaliação constante do doente para que todas as lesões sejam identificadas. (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2012)

Quando essas lesões musculares não são tratadas, elas podem cursar com rabdomiólise e provocar, posteriormente, injúria renal aguda. Isso é mais comum naqueles com lesão por esmagamento de massa muscular volumosa, normalmente na coxa ou na panturrilha. A rabdomiólise é uma síndrome decorrente de lesões musculares, sendo uma combinação de lesão muscular direta, isquemia muscular e morte celular com liberação de mioglobina. (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2012)

Nesse caso, o paciente apresentou colúria pela liberação da mioglobina e DHL aumentada. Isso demonstra a gravidade do trauma e a necessidade de uma conduta observadora da equipe de saúde quanto à rabdomiólise retratado. Além disso, o paciente também obteve uma resposta excessiva com ativação de leucócitos e plaquetas associado ao quadro clínico, evidenciando a sepse.

A sepse é mais complexa e é relacionada com exposição a patógeno invasor ou a sua toxina, desencadeando uma resposta inflamatória com o intuito de controlar essa ameaça ao organismo. (MARTINS, et al., 2015)

6. CONCLUSÃO

Lesões musculares graves devem servir de ponto de alerta para a equipe de saúde reforçar a conduta observadora. Além disso, a intervenção cirúrgica precoce deve ser considerada, devido aos potenciais riscos à vida do paciente e ao aumento da morbi-mortalidade decorrente de suas complicações, como a rabdomiólise e a sepse, relatadas nesse caso.

Por isso, é de extrema importância o conhecimento das consequências acarretadas por um trauma muscular intenso, o que determinará a escolha da melhor conduta a ser realizada e o desfecho do caso.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Suporte Avançado de Vida No Trauma – ATLS**. 9ed. Chicago: American College Of Surgeons, 2012.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Suporte Avançado de Vida No Trauma – ATLS**. 10ed. Chicago: American College Of Surgeons, 2018.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE. **Implementação de Protocolo Gerenciado de Sepsis: Protocolo Clínico**. [Online] Disponível em: <<https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>> Acesso em: 26 de maio de 2019

OKINO, VT; FREZZA, G. **Rabdomiólise**. Revista QualidadeHC 2018 [Online] Disponível em: <<http://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/205/205.pdf>> Acesso em: 26 de maio de 2019

MARTINS, Herlon Saraiva *et al.* **Emergências clínicas: abordagem prática**. 10ed. Barueri: Manole, 2015.

TRANSTORNOS NEUROPSICOLÓGICOS SOB A PERSPECTIVA DE ESTUDANTES DE MEDICINA

Vinícius Batista Silva
Graduando em Medicina- Uni-FACEF
vinicius.eb1@gmail.com

Maria Eduarda Lemos de Oliveira
Graduanda em Medicina– Uni-FACEF
lemos.duda13@gmail.com

Maria Paula Piassi Brasileiro
Graduanda em Medicina- Uni-FACEF
mariapaulapiassi@hotmail.com

Sara Barros Patrocinio
Graduanda em Medicina- Uni-FACEF
sara_patrocinio@hotmail.com

Ana Carolina Garcia Braz Trovão
Docente – Uni-FACEF
carolbtrovão@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A psicopatologia pode ser definida como um conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano. Neste amplo campo, são incluídos muitos fenômenos que podem afetar de diferentes formas e intensidades as condições psíquicas dos indivíduos por eles acometidos. O sistema nervoso governa a mente, operações mentais, funções corporais e relaciona o homem com o seu ambiente e com as pessoas à sua volta, portanto não se pode estudar a fundo psiquiatria e suas complicações sem antes possuir a compreensão de alguns princípios fundamentais tanto da neuroanatomia quanto da integração e interferência produzida pela relação do estado anatômico biológico de uma pessoa com seu estado emocional e psicológico (SADOCK, SADOCK e RUIZ, 2017). A compreensão da relação de um indivíduo com sua doença e do meio que o cerca é de suma importância, pois estes fatores estão quase sempre relacionados com o adoecimento, eficácia e adesão ao tratamento, prognóstico e aplicabilidade de ações preventivas e de redução de danos. Sendo assim, não deve ser de interesse do estudante apenas o conhecimento do sistema nervoso e doenças a ele relacionadas, mas sim o estudo de uma pessoa cujo sistema nervoso encontra-se acometido.

Ao se debater acerca do tema saúde mental e hospital psiquiátrico, é comum vir a mente das pessoas, sejam elas relacionadas ou não com a área da saúde certos estigmas e preconceitos. Tal fato, pode ser resultado de uma velha concepção mental e herança perpetuada ao longo do tempo referente à antiga

política de saúde mental brasileira que perdurou em nosso meio até aproximadamente o ano de 1980. Até esse período predominava uma política centralizada em que os pacientes com distúrbios neuropsicológicos eram isolados do restante da sociedade em virtude de seus padrões e comportamentos. Sendo assim, a proposta da atividade no hospital Allan Kardec foi de inserir os estudantes nesse universo da psicopatologia relacionando o conteúdo acadêmico à prática profissional e assim contribuir para uma ressignificação de paradigmas e formação de profissionais com maior rigor ético e humano.

2. OBJETIVO

Relatar experiências e aprendizados desenvolvidos por estudantes de medicina do terceiro ano do Uni-Facef em sua preparação e atividade teórico-prática realizada no hospital psiquiátrico Allan Kardec em Franca-SP.

3. METODOLOGIA

Em preparação prévia foi solicitado que os estudantes buscassem compreender os contextos e processos que compõem e são relacionados aos transtornos mentais mais prevalentes na comunidade. Em virtude disso, os mesmos estariam mais capacitados à formular questões, possibilidades diagnósticas e identificar possíveis intervenções ou necessidades dos pacientes com os quais iriam interagir. Os estudantes compareceram ao local para reconhecimento e interação com pacientes com transtorno psiquiátrico. Após apresentação do espaço físico do hospital, os estudantes foram divididos em grupos (duplas ou trios) para que ocorresse a parte da interação com os pacientes, ou seja, início de vínculo estudante-paciente, observação prática das manifestações psiquiátricas, aplicação da anamnese e do exame do estado mental (EEM), levantamento de hipóteses diagnósticas e possíveis intervenções que poderiam favorecer ao bem-estar da pessoa com doença mental.

No que tange uma consulta com enfoque psiquiátrico, vale ressaltar a importância e aplicabilidade prática do EEM pois o mesmo explora todas as áreas de funcionamento mental e mostra evidências de sinais e sintomas de doenças mentais. O EEM é o equivalente psiquiátrico do exame físico no resto da medicina, é usado para ajudar a determinar se um paciente tem uma doença neurológica em lugar de uma doença psiquiátrica; para identificar uma doença psiquiátrica, que pode estar relacionada a doença neurológica subjacente; e para distinguir déficits neurológicos focais de processos difusos e generalizados. Os pacientes podem ter uma doença psiquiátrica separada ou co-mórbida causando sintomatologia neurológica ou podem ter uma doença psiquiátrica relacionada com doença neurológica subjacente, como depressão pós-acidente vascular cerebral (CAMPBELL, 2007). O anexo A faz referência a uma possível organização da entrevista psiquiátrica e dos elementos do exame estruturado do estado mental

usados como base pelos estudantes para execução da atividade. O anexo B traz alguns exemplos de perguntas que puderam ser usadas para testar as funções cognitivas na seção de sensório do exame do estado mental. No fim da atividade, foi fornecido acesso aos prontuários dos pacientes para que assim os graduandos pudessem receber um feedback comparativo acerca de suas constatações prévias, avaliar suas hipóteses diagnósticas e eficácia na coleta de dados e compreensão dos mesmos. Além disso, os casos foram debatidos em grupo com a finalidade de compartilhar conhecimento e as experiências.

4. RESULTADOS

Com relação ao conhecimento acerca das instalações físicas, os graduandos puderam observar que o hospital psiquiátrico Allan Kardec possui uma grande abrangência, recebendo pacientes da cidade e região, com internações tanto voluntárias quanto involuntárias e em fases agudas (com necessidade de contenção) ou crônicas. Além disso, em relação ao quadro de funcionários perceberam que o hospital é orquestrado por uma equipe multidisciplinar composta por médicos psiquiatras e clínico gerais, enfermeiros, psicólogos, nutricionista, terapeuta ocupacional, farmacêuticos e educadores físicos, além de uma infraestrutura adequada para o porte do hospital, o local também trata dependentes químicos e pacientes geriátricos. O contato com a equipe multiprofissional, permitiu ao estudante reconhecer a necessidade e importância do trabalho em equipe para uma abordagem completa e integral da pessoa que sofre de transtorno mental. Com relação aos atendimentos e interação com os pacientes psiquiátricos, muitos dos alunos puderam vivenciar toda a complexidade e desafio de conseguir executar de maneira eficiente um bom atendimento. Tal fato decorre do princípio que um paciente em seu estado agudo da moléstia psiquiátrica pode não ser colaborativo de modo que venha a fantasiar, omitir ou relatar informações que muitas vezes não são fidedignas com a realidade. Nesse quesito, compreende-se a importância tanto da coleta de dados verbalizada pelo paciente quanto de sua linguagem não verbal, seus maneirismos e manifestações clínicas. Outro aspecto marcante foi a constatação de que não somente a consulta poderia ser dificultada pelos agravos mentais, mas também todo o tratamento e prognóstico da enfermidade, pois o paciente muitas vezes tende a não contribuir ou ser incapaz de aderir ao tratamento proposto. Sendo assim, compreende-se importância do bem-estar mental e como uma afecção de cunho psicológico pode comprometer a qualidade de vida de uma pessoa. Portanto, essa experiência agregou um aprendizado único aos alunos, devido ao primeiro contato direto com um paciente psiquiátrico e pela aplicação do conteúdo teórico aprendido sobre transtornos mentais ao longo do curso médico.

Desse modo, a visita e atividade serviu para proporcionar a vivência de estar diante de um paciente psicológico agudo e interagir com o mesmo. Diante disso, os alunos saíram do cenário especulatório e se colocaram em um ambiente real e isso favorece e enriquece o aprendizado e formação dos mesmos.

3. DISCUSSÃO

Ao ponderar de maneira ampla e multifatorial acerca dos agravos e gatilhos que favoreceram o desenvolvimento dos transtornos neuropsicológicos compreende-se que grande parte das afecções de cunho mental são originadas, de modo geral a partir de mecanismos como: fatores neurobiológicos, genéticos, ambientais e psicossociais (CAMPBELL, 2007). Porém, devido a fatores ambientais e biopsicossociais, tal como o estresse alguns transtornos mentais têm atingido um crescimento bastante expressivo quando comparado às últimas décadas. Sendo assim, uma maior demanda de profissionais capacitados e comprometidos é exigida e o desenvolvimento e emprego com maior afinco de medidas preventivas e antecipatórias se faz necessário. É notório, que com o advento da reforma psiquiátrica muitas conquistas foram realizadas para uma melhor qualidade da atenção à população com distúrbios neuropsicológicos e à partir da década de 2000, com financiamento e regulação tripartite, ampliou-se fortemente a rede de atenção psicossocial (Raps), que passou a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde (Ministério da Saúde, 2013). Fortalecendo-se então equipamentos substitutivos ao modelo manicomial como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros (Ministério da Saúde, 2013). Tais avanços, vem garantindo desde então um melhor trato para com as pessoas afetadas por transtornos mentais, porém ainda é um serviço restrito e para que os princípios básicos da universalidade e integralidade sejam ofertados a toda população é necessário um ampliamto e fortalecimento da RAPS. Portanto, um outro fator determinante para o fortalecimento de uma atenção psiquiátrica resolutive pode ser referido pela preparação e ensino empregado nas escolas médicas brasileiras. Nesse sentido, exemplifica-se pela atividade teórico-prática executada pelos estudantes de medicina do terceiro ano do Uni-Facef no hospital psiquiátrico Allan Kardec. Ações desse cunho auxiliam para quebra de paradigmas preconceituosos, favorecem o desenvolvimento de habilidades de comunicação em condições difíceis, auxilia no aumento da percepção e linguagem não-falada, servem como exercício de fixação da teoria e ganho de experiência prática. Portanto, compreende-se que por atividades educacionais desse patamar os estudantes podem ser inseridos em cenários os quais irão favorecer o amadurecimento tanto pessoal quanto formativo dos mesmos.

4. CONCLUSÃO

Em virtude dos fatos debatidos e apresentados, é notório que essa experiência no hospital psiquiátrico impactou de maneira direta, profunda e positiva na vida dos estudantes. O conhecimento e saber desenvolvido nesse dia, não se

limitou somente à parte científica e ativa da medicina, mas também atuou no crescimento pessoal, no olhar dos olhos de uma pessoa necessitada devido sua enfermidade e saber que ela possui sentimentos, medos e inseguranças. Desse modo, ao conseguir enxergar toda uma realidade ampla e não somente o aspecto biológico de uma doença os futuros médicos estarão mais capacitados para trazer alívio e eficiência em suas responsabilidades para com o trato de pessoas e não meramente de doenças.

REFERÊNCIAS

CAMPBELL, W. W. **DeJong O Exame Neurológico**. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34**. 1ª. ed. Brasília/DF: [s.n.], 2013.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Anexo A

Amostra da Organização da Entrevista Psiquiátrica e do Exame do Estado Mental

Entrevista	Exame do Estado Mental
Aparência	Atenção e concentração
Comportamento motor	Linguagem
Humor e afetividade	Memória
Produção verbal	Construções
Pensamento	Habilidades de cálculo
Percepção	Abstração
	Autopercepção e juízo crítico
	Práxis

Anexo B

1. Alerta	(Observação)
2. Orientação	Qual o seu nome? Quem sou eu? Que lugar é este? Onde se localiza? Em que cidade estamos?
3. Concentração	Começando em 100, conte de trás para a frente de 7 em 7 (ou de 3 em 3). Diga as letras do alfabeto de trás para a frente, começando com o Z. Diga os meses do ano de trás para a frente, começando com dezembro.
4. Memória: Imediata	Repita os números comigo: 1, 4, 9, 2, 5.
Recente	O que você comeu no café da manhã? O que você estava fazendo antes de começarmos a conversar? Quero que você se lembre destas três coisas: pente, rua, azul. Após alguns minutos, vou pedir para você repeti-las.
De longo prazo	Qual era seu endereço quando você estava na 3 ^a série? Quem era o seu professor? O que você fez no verão entre o ensino médio e a faculdade?
5. Cálculos	Se você comprar algo que custa R\$ 3,75 e pagar com uma nota de R\$ 5,00, qual será o troco? Quanto custam três laranjas, se uma dúzia custa R\$ 4,00?
6. Cabedal de conhecimento	Qual é a distância entre Nova York e Los Angeles? Qual é o oceano que fica entre a América do Sul e a África?
7. Raciocínio abstrato	Que objeto não pertence a este grupo: uma tesoura, um canário e uma aranha? Por quê? O que uma maçã e uma laranja tem em comum?

ÍNDICE

A

Aliano Faria Ribeiro, 35, 41
Amanda Sarah Lima, 179
Amanda Vilas Boas Siqueira
Nicodemo, 57, 66
Ana Beatriz Fernandes, 89, 169
Ana Carolina Garcia Braz Trovão, 8,
57, 66, 74, 82, 89, 103, 229, 241
Ana Lucia de Castro Rodrigues, 169
Ana Lúcia de Castro Rodrigues, 209
Ana Maria Gonçalves Oliveira, 109,
236
André Luiz Teixeira do Vale, 222
Anna Rita de Cascia Carvalho
Barbosa, 160

B

Bruna Pento Rosine, 24
Bruno dos Santos Stella, 134

C

Carolline Gabrielle Campos de Souza,
32, 209

D

Dênis Morgão Sertório, 160

F

Fernanda Pini de Freitas, 35
Flavia Cevithereza Pontes, 103
Flávia Cevithereza Pontes, 109

G

Gabriele Kilpp Fagundes, 169
Giovanna Cordeiro Ferreira, 236
Gustavo Henrique Fernandes Avelino,
99, 116, 127
Gustavo Henrique Silva Almeida, 169

I

Isadora Machado Pontes, 236
Israel Lucas da Silva Maza, 195

J

Janaína Cadiz Chiri, 134
Jenifer Priscila Bonácio, 103, 109
João Victor Marques Monteaperto, 229
Josela Aparecida de Freitas, 160, 185,
213
Joyce Mendes Lucindo, 74

K

Kelly Jacqueline Barbosa, 185, 213

L

Laiane de Oliveira Almeida, 19, 24
Larissa Nakaoka de Melo, 185, 213
Lívia Maria Lopes, 32, 109, 160, 195
Luciano Roberto Bessa Filho, 229

M

Márcia Aparecida Giacomini, 99, 179
Marcielly Porto Sardinha, 103, 109
Márcio Andraus Silva Araújo, 19
Marcos Silvestre Gera, 141
Maria Carolina Minikowski Lemos, 82
Maria Eduarda Lemos de Oliveira, 74,
241
Maria Paula Piassi Brasileiro, 74, 241
Mariana de Lima Santos, 32, 209
Mariana Orlandi Dias, 57, 66
Mariana Pontes de Oliveira, 57, 66

N

Natália Carvalho Barbosa, 35, 41
Natália Jácomo Auad, 8, 32, 209
Natalya Feliciano Meleti, 141

Nathália Minuncio Nogueira, 82

O

Oscar Jimenez Fuentes, 160

P

Patrícia Assunção Santos, 24, 185,
213

R

Rafaella Gregori Perduca, 236
Rafaella Ribeiro de Figueiredo, 57, 66
Raquel Rangel Cesario, 222
Renata Cristine Chemim Will, 35
Renata David, 19, 24
Ricardo Borzani Dessimoni, 229

S

Sara Barros Patrocínio, 241

Simone Assunção Santos, 185, 213
Sofia Bataglini Aiello, 19, 24
Soraya Moysés Fernandes Avelino, 99

T

Talita Fernandes Soares Freitas
Andrade, 134
Tatiane Queiroz Rodrigues, 222
Thaís Fernanda Morais Freitas, 35, 41
Thiago Alves Hungaro, 236
Thiago Felipe Dos Santos Lima
Gonçalves, 229

V

Vanessa Rezende Bombig, 179
Vânia Gameiro de Carvalho, 116, 127
Victor Gabriel Galdino Soares Góis,
134
Vinícius Batista Silva, 74, 241

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



0800 940 4688

16 3713 4688

unifacef.com.br

