

Diego da Silva
Fabiana Richard
Organizadores

Tópicos Especiais em Saúde: Sintomas, Tratamentos, Consequências e Prevenção

UNIEDUSUL
EDITORA

2019

DIEGO DA SILVA
FABIANA RICHARD
Organizadores

**TÓPICOS ESPECIAIS EM SAÚDE: SINTOMAS, TRATAMENTOS,
CONSEQUÊNCIAS E PREVENÇÃO**

Maringá – Paraná
2019

2019 Uniedusul Editora

Copyright da Uniedusul Editora
Editor Chefe: Profº Me. Wellington Junior Jorge
Diagramação e Edição de Arte: André Oliveira Vaz
Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Alexandra Fante Nishiyama – Faculdade Maringá
Aline Rodrigues Alves Rocha – Pesquisadora
Ana Lúcia da Silva – UEM
André Dias Martins – Faculdade Cidade Verde
Brenda Zarelli Gatti – Pesquisadora
Carlos Antonio dos Santos – Pesquisador
Cleverson Gonçalves dos Santos – UTFPR
Constanza Pujals – Uningá
Delton Aparecido Felipe – UEM
Fabio Branches Xavier – Uningá
Fábio Oliveira Vaz – Unifatecie
Gilmara Belmiro da Silva – UNESPAR
João Paulo Baliscei – UEM
Kelly Jackelini Jorge – UNIOESTE
Larissa Ciupa – Uningá
Marcio Antonio Jorge da Silva – UEL
Márcio de Oliveira – UFAM
Pâmela Vicentini Faeti – UNIR/RM
Ricardo Bortolo Vieira – UFPR
Rodrigo Gaspar de Almeida – Pesquisador
Sâmilo Takara – UNIR/RM

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

T674 Tópicos especiais em saúde [recurso eletrônico] : sintomas, tratamentos, consequências e prevenção / Organizadores Diego da Silva, Fabiana Richard. – Maringá, PR: Uniedusul, 2019. 78 p.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-80277-34-6

1. Hábitos de saúde. 2. Medicina. 3. Saúde holística. I. Silva, Diego da. II. Richard, Fabiana.

CDD 613

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Permitido fazer download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.uniedusul.com.br

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	5
A IMPORTÂNCIA DE MECANISMOS ALTERNATIVOS COMO ESTÍMULO PARA O NÃO ABANDONO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE	
PÂMELA CRISTINA FURTADO COSTA	
ARIADNA FERNANDES NORONHA	
NATÁLIA ALANA SILVA DA CONCEIÇÃO	
RUBENILSON CALDAS VALOIS	
MARIDALVA RAMOS LEITE	
doi: 10.29327/511580-1	
CAPÍTULO 2	12
ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS: AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA FRENTE AOS DESAFIOS DA QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA	
FABIANA DE SALES MOTTA DA CRUZ	
DIEGO DA SILVA	
doi: 10.29327/511580-2	
CAPÍTULO 3	22
FUNÇÃO OTOLÍTICA APÓS TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: AVALIAÇÃO COM OS POTENCIAIS EVOCADOS MIOGÊNICOS VESTIBULARES	
BIANCA NUNES PIMENTEL	
doi: 10.29327/511580-3	
CAPÍTULO 4	30
TRIAGEM NUTRICIONAL EM PACIENTES INTERNADOS NA EMERGÊNCIA CARDIOLÓGICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE BELÉM-PA	
AMANDA VITÓRIA NUNES HENRIQUE	
RAYSSA CORREA PRADO DOS SANTOS	
DERECK RAMON SANTANA DA CRUZ	
MARIA HOSANA BAIA DE CARVALHO	
doi: 10.29327/511580-4	

A IMPORTÂNCIA DE MECANISMOS ALTERNATIVOS COMO ESTÍMULO PARA O NÃO ABANDONO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE



PÂMELA CRISTINA FURTADO COSTA

Universidade do Estado do Pará

ARIADNA FERNANDES NORONHA

Universidade do Estado do Pará

NATÁLIA ALANA SILVA DA CONCEIÇÃO

Universidade do Estado do Pará

RUBENILSON CALDAS VALOIS

Universidade do Estado do Pará

MARIDALVA RAMOS LEITE

Universidade do Estado do Pará

continuidade da terapêutica e a falta de conhecimento, são fatores que corroboram para a descontinuidade do tratamento. Com isso, o seguinte estudo, tem como principal objetivo, promover ações educativas para pacientes em tratamento de tuberculose, orientando quanto a riscos e prejuízos na interrupção desse tratamento e estimulando ao não abandono através de um mecanismo de informação. Trata-se de um estudo ao qual foi utilizado a metodologia do Arco de Maguerez, onde ocorreu em um Centro de Saúde e Escola e um hospital Universitário de referência em tratamento de tuberculose.

PALAVRA-CHAVE: Tuberculose; Terapêutica; Cooperação e Adesão ao Tratamento.

RESUMO: A tuberculose trata-se de uma doença altamente contagiosa, causada por uma Micobactéria, enquadrando-se a um grave problema de saúde pública no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde, a sua taxa de mortalidade supera a do HIV. Vale ressaltar, que a principal causa para a não eficácia do tratamento utilizando o esquema básico do Sistema Único de Saúde, deve-se aos casos de abandono e uso irregular dos medicamentos. Dessa forma, colaborando para o surgimento de bactérias multirresistentes e assim, fazendo com que as mesmas sejam transmitidas, havendo maior dificuldade de cura, os pacientes podem se tornar monorresistente, polirresistente, multirresistente e resistente extensivo, um dos maiores desafios para o controle da tuberculose no Brasil atualmente são justamente os casos de retratamento, pois apresentam maior chance de óbito. Desta maneira, é fundamental medidas que venham estimular o não abandono do tratamento, já que segundo relatos de pacientes em estudos, a ausência de ações educativas e de estímulos à

ABSTRACT: Tuberculosis is a highly contagious disease caused by a Mycobacterium, falling into a serious public health problem in the world, according to the World Health Organization, its mortality rate exceeds THAT of HIV. It is noteworthy that the main cause for the non-efficacy of treatment using the basic scheme of the Unified Health System is due to cases of abandonment and irregular use of medications. Thus, collaborating for the emergence of multi-drug-resistant bacteria and thus, causing them to be transmitted, with greater difficulty in healing, patients can become monoresistant, polyresistant, multiresistant and resistant one of the biggest challenges for tuberculosis control in Brazil today are precisely cases of retreatment, as they have a higher chance of death. Thus, measures that will stimulate non-abandonment of treatment is essential, since according to reports of patients in studies, the absence of educational actions and

stimuli to the continuity of therapy and lack of knowledge, are factors that corroborate discontinuity of treatment. Thus, the following study aims to promote educational actions for patients in tuberculosis treatment, guiding risks and impairments in the interruption of this treatment and stimulating non-abandonment through a mechanism of Information. This is a study to which the Methodology of the Arch of Maguerez was used, where it occurred in a Health and School Center and a university hospital of reference in tuberculosis treatment.

KEYWORDS: Tuberculosis; Therapy; Cooperation and Adherence to Treatment.

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) ou Peste branca como era conhecida ocasionou entre os anos de 1700 a 1900 a morte de aproximadamente 1 bilhão de pessoas. Evidências de decomposição tubercular foram encontradas em múmias no Egito, comprovando que a tuberculose já acometia os seres humanos há pelo menos 4 mil anos. No Brasil, por volta do século XVIII em que havia precárias condições de higiene e o total desconhecimento da doença foi observado que a cada família pelo menos um integrante era contaminado. O bacilo causador da patologia foi descoberto em 1882 por Robert Koch, antes da descoberta a taxa anual média de mortalidade da doença era de 7 milhões em todo o mundo (BRASIL, 2016).

Assim, trata-se de uma doença histórica que já se perpetua da antiguidade aos dias de hoje e que continua trazendo riscos à humanidade.

No Brasil, no ano de 2017 foram notificados 69.569 novos casos de tuberculose, as capitais com maior incidência da tuberculose foram: Manaus (104,7/100 mil hab.), Rio de Janeiro (88,5 /100 mil hab.) e Recife (85,5/100 mil hab.). Vale ressaltar que 70,4% das capitais do país apresentaram incidência superior ao registrado no país. Os maiores coeficientes de mortalidade, no ano de 2016, por sua vez, foram registrados em Recife (6,4/100 mil hab.), Belém (5,3/100 mil hab.) e Manaus (4,7/100 mil hab.) (BRASIL, 2018).

A tuberculose é causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, trata-se de uma doença altamente contagiosa que é transmitida pelo ar, por meio da tosse, espirro e fala da pessoa afetada, por meio de gotículas contendo o bacilo. A bactéria pode afetar variados órgãos, porém o mais comum são os pulmões; o bacilo pode permanecer no ambiente por até 8 horas, quando não se trata de um ambiente arejado. O principal sintoma da tuberculose pulmonar é a tosse, podendo ser acompanhada ou não de falta de apetite, emagrecimento, febre fraca e suor noturno (FIOCRUZ, 2014).

A TB trata-se de um grave problema de saúde pública no mundo, sua taxa de mortalidade supera a do HIV, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2018).

As principais causas para a não eficácia do tratamento da tuberculose utilizando o esquema básico do Sistema Único de Saúde (SUS), na atenção primária, devem-se aos casos de abandono do tratamento e uso irregular dos medicamentos, dessa maneira, acarretando em formas mais resistentes da doença (RABAHI *et al.*, 2017).

Um dos maiores desafios para o controle da TB no Brasil atualmente são justamente os casos

de retratamento, tratando-se do grupo formado pelos casos de recidiva e reingressos após abandono. Estes apresentam maior chance de desfecho desfavorável para a doença, como óbito (SÁ *et al.*, 2017).

Há diversos motivos para o abandono do tratamento da TB, os principais são: a falta de informação sobre a doença, o estigma sobre a transmissão, sobre o uso de drogas, principalmente o alcoolismo, intolerância medicamentosa, progresso imediato do quadro clínico no início da terapêutica, longo tempo e grande quantidade de comprimidos no tratamento, efeitos colaterais dos medicamentos, falta do apoio familiar, presença de outras doenças, como o HIV, dentre outros (SÁ *et al.*, 2017).

De acordo com a evolução da patologia, há três setores para o tratamento da tuberculose, que inclui as unidades de atenção básica, que oferecem o esquema básico do tratamento; as referências secundárias, para casos de maior complexidade terapêutica, como reações adversas graves ao esquema básico e as referências terciárias, para os casos de resistência aos fármacos (BRASIL, 2011).

Logo, o abandono ao tratamento da tuberculose pode trazer prejuízos não apenas para o paciente afetado, mas também para o governo com custos elevados e desperdício de drogas, e também mais riscos para todos que tiverem contato com o mesmo, podendo ocasionar casos de pessoas que adquirem bactérias já resistentes, sem nunca ter tomado nenhum antituberculose, denominando assim, resistência primária ou adquirida.

Tratando-se de uma infecção bacteriana altamente transmissível, são fundamentais medidas que venham contribuir para o não abandono do tratamento — que é um dos principais desafios para o controle da tuberculose — visto que, no Brasil, 96% dos casos de resistência dos bacilos são de tipo adquirido (VOLPE; MOTA, 2018) ou seja, a maioria dos casos resistentes deu-se por variações de cepas, nos pacientes durante o tratamento, que por vezes o abandonaram ou o realizavam de forma displicente.

O paciente pode se tornar: Monorresistente: resistência a somente um fármaco antituberculose. Algumas monorresistências são objeto de vigilância e implicam a reavaliação quanto ao esquema terapêutico apropriado que envolvem a rifampicina e a isoniazida, outras monorresistências não implicam alterações do esquema terapêutico. Polirresistente: resistência a dois ou mais fármacos antituberculose, exceto à associação rifampicina e isoniazida. Multirresistente (TB MDR): resistência a pelo menos rifampicina e isoniazida, os dois mais importantes fármacos para o tratamento da TB. Resistente extensivo (TB XDR): tratando-se da resistência à rifampicina e isoniazida, a fluoroquinolona e aos injetáveis de segunda linha. E resistentes à rifampicina (TB RR) (BRASIL, 2019).

Ação educativa ineficaz, ausência de estímulo para continuar a terapêutica de tuberculose e a melhora dos sintomas logo nas primeiras doses do medicamento, são fatores que de acordo com a justificativa de alguns pacientes em estudos anteriores, levam os mesmos ao abandono do tratamento, estes simplesmente afirmam não quererem tomar o medicamento, pois acham que por não apresentarem mais sintomas, não precisam mais de medicação, e sem demais explicações abandonam o tratamento, o que ratifica a importância do papel do profissional de saúde, na maioria os enfermeiros, em permanentemente reafirmar a importância da continuidade do tratamento para a cura da TB (SÁ *et al.*, 2017).

Deste modo, verifica-se a indispensabilidade do estímulo à continuidade do tratamento, que além de cooperar para a cura dos pacientes já infectados e o não agravamento de seu estado clínico, evita o contágio de novas pessoas, justificativa que leva a realização desse estudo na busca de contribuir de forma ativa com àqueles que de forma inconsciente prejudicam a si mesmo pela ignorância sobre o mal que lhe afeta.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Promover ações educativas de saúde para usuários do programa de tratamento de tuberculose, orientando quanto a riscos e prejuízos na interrupção desse tratamento.

Objetivos Específicos

- Identificar possíveis causas de abandono ao tratamento; por meio da observação a realidade e entrevistas informais com usuários do programa de tratamento de tuberculose;
- Sensibilizar pacientes portadores de tuberculose quanto a importância do tratamento; através de metodologias alternativas (criação de um instrumento de informação).

3. MÉTODO

Na presente pesquisa foi aplicada a metodologia do Arco de Maguerez no qual se constitui de cinco etapas: observação da realidade; levantamento dos pontos-chave; teorização; hipóteses de solução; retorno à realidade (BERBEL, 2011). Para coleta de dados do estudo, foi feita a observação da realidade e entrevistas informais com os pacientes e funcionários do local com o devido termo de consentimento assinado pelos mesmos.

Os participantes desse estudo foram pacientes em tratamento da Tuberculose, com variação de idade e de todos os níveis de referência do tratamento da doença. As visitas feitas para a realização deste estudo foram em dois lugares: um hospital Universitário de referência em tratamento de tuberculose e um Centro de Saúde e Escola, ambos da rede pública na região metropolitana de Belém-PA, o primeiro tratando as referências secundária e terciária e o segundo a atenção primária.

Após observar essas realidades, foram levantados os pontos-chave, os quais são: a falta de informação do serviço ofertado para o tratamento de tuberculose de forma acessível ao paciente; serviço de referência do Estado com a demanda inadequada, contribuindo para multiplicidade de tratamento com diferentes perfis de pacientes e o abandono do tratamento, fator comum nas duas unidades estudadas, sendo este último ponto, muito evidenciado nas visitas realizadas, tornando-se primordial para a definição do tema deste estudo, haja vista, ser o que mais se apresentou como problema naquele momento. Portanto, optou-se pelo seguinte tema: “A importância de mecanismos alternativos como estímulo para o não abandono do tratamento de tuberculose”.

Definido o tema, foi dado prosseguimento a fase seguinte, sendo as pesquisadoras estimuladas

pela orientadora a buscar conhecimento bibliográfico em plataformas acadêmicas de pesquisa, tais como: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Google Acadêmico.

Por conseguinte, como hipótese de solução, as pesquisadoras optaram por uma ação informativa, através da criação de um instrumento de incentivo ao tratamento da Tuberculose, denominado: “Calendário: #JuntosContraTB”, este tem forma piramidal para ser utilizado em mesa para visualização facilitada e apresentação como álbum seriado. Trata-se de um mecanismo que vem com a proposta de dinamizar o tratamento do paciente, oferecendo um método de acompanhamento mais descontraído. Este calendário é atemporal, para que seja utilizado em qualquer época do ano, independentemente do mês em que começar, no qual prossegue relacionando as datas comemorativas do ano, para maior apreciação e afeição do paciente com o instrumento. Nele estão contidas tanto informações sobre medidas que garantam a eficácia do tratamento, quanto informes de conscientização para o mesmo, como o dia mundial de combate a Tuberculose e a disponibilidade do tratamento pelo SUS; além de frases motivacionais para o não abandono.

Figura 1: Calendários: “#JuntosContraTB”



Fonte: Autoria própria, 2019.

Por fim, ao retornar à realidade, as pesquisadoras, juntamente com a orientadora, retornaram ao Centro Saúde e Escola e apresentaram o Calendário à Enfermeira responsável pela área de tratamento da Tuberculose na Unidade, explanando a sua eficácia, o porquê de sua criação e de sua estrutura, além de explicar o modo de uso, para assim repassar aos pacientes, observar resultados, e desta forma sensibilizar os mesmos a serem agentes multiplicadores de informações sobre a doença, entre familiares e a própria sociedade.

5. RESULTADOS

Como resultado desse estudo, foi observado que um dos motivos que levam o paciente em tratamento de tuberculose abandonar o referido programa pré-estabelecido para a sua cura provém da falta de comunicação sobre a importância desse tratamento ser contínuo e pelo desconhecimento de que sua interrupção acarretará em graves prejuízos ao tratamento.

Mediante essa observação, a elaboração de um instrumento para facilitar essa informação

se fez necessária. Partindo dessa necessidade se elaborou um calendário educativo aos usuários dos serviços de saúde, em tratamento de tuberculose, e levado ao conhecimento da enfermeira que atua como técnica do programa, a qual foi muito receptiva, pois, é primordial a adesão da enfermeira para a aplicabilidade do instrumento elaborado para as ações educativas aos pacientes, pois se entende que sem interesse do profissional de saúde envolvido no processo, não se terá bons resultados, haja vista, ser este profissional que vai estar mais de perto com o paciente no seu momento de tratamento.

A partir dessa adesão, foi sugerido pela enfermeira que as acadêmicas de enfermagem da UEPA, idealizadoras do instrumento, se dispusessem a demonstrar e orientar os usuários do serviço da unidade de saúde, promovendo ação educativa de forma integrativa e socializada com os pacientes das diferentes fases de tratamento.

E, para tal efetivação as pesquisadoras concordaram com a enfermeira da unidade para uma nova exposição do instrumento, dessa vez em um evento, confraternização, onde foi exposto diretamente a esses usuários o calendário educativo. Durante o evento, os pacientes puderam tirar suas dúvidas, relatar suas experiências e expectativas no início do tratamento. No evento participaram pacientes em fase final do tratamento para que compartilhasse de suas experiências, e desta maneira estimular os demais para que não abandonassem a terapêutica empregada, assim, simultaneamente cada um foi compartilhando seus dilemas e o tempo de duração em que se encontrava seu tratamento e de forma dinâmica e descontraída foi apresentado o calendário que a partir daquele momento os acompanharia até o final do processo de cura da doença, e que também servirá para facilitar o entendimento e multiplicação de informações sobre a tuberculose. O instrumento foi apresentado e no momento ficou clara a adesão ao mesmo, o que foi observado pela demonstração de empolgação dos pacientes com essa proposta de acompanhamento. As autoras instantaneamente, perceberam um feedback positivo quanto a eficácia do calendário e expuseram a intenção de ampliar e divulgar o instrumento “JuntosContraTB” à toda população por meio de trabalho de comunicação por parte dos Órgãos competentes.

6. CONCLUSÃO

A partir deste estudo, fica evidente a necessidade e importância de ações educativas voltadas a sensibilização de pacientes em tratamento de tuberculose, para que estes possam ter tratamento contínuo da Tuberculose, e desta forma seja evitada a propagação da Micobactéria e impedir a reincidência da doença como quadro multirresistente, o que acarretará em prejuízos e mais riscos para um tratamento eficaz.

Desta forma, cada vez mais se faz necessário Políticas Públicas voltadas para a promoção à saúde, incentivo a atenção primária na busca de medidas para prevenir a tuberculose e frente a doença instalada, utilize os meios de comunicação de forma que influencie o não abandono do tratamento, como mecanismos de informação e interatividade com o paciente. Portanto, esse estudo é de grande relevância para a sociedade e para a formação profissional de enfermagem, por promover ações educativas e ampliar o conhecimento sobre o tratamento da tuberculose.

Vale salientar a importância dos discentes da área da saúde, na criação desses instrumentos de acompanhamento, fazendo-se necessário o aprimoramento das técnicas de tratamento das doenças infectocontagiosas, o envolvimento das Instituições de Ensino Superior com os profissionais que atuam frente as demandas que buscam um tratamento de qualidade, com respostas positivas, para que os riscos e prejuízos tanto ao governo quanto aos pacientes, sejam evitados.

8. REFERÊNCIAS

BERBEL, N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina. v.32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326/0>>. Acesso em: 4 de abr. 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Tuberculose**: médica explica os sintomas, o diagnóstico e como se prevenir. 2014. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/tuberculose-medica-explica-os-sintomas-o-diagnostico-e-como-se-prevenir>>. Acesso em: 4 de abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **Imagens da Peste Branca**: Memória da Tuberculose. Rio de Janeiro, RJ, 2016. Disponível em : <<http://www.ccs.saude.gov.br/peste-branca/tb-historia.php>>. Acesso em :25 de abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil**: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>>. Acesso em: 4 de abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância e Epidemiologia. **Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf>. Acesso em: 4 de abr. 2019.

RABAHI, M. F. et al. Tratamento da Tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 43, n. 5, p. 472-486, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v43n6/pt_1806-3713-jbpneu-43-06-00472.pdf>. Acesso em: 4 de abr. 2019.

SÁ, A. M. M. et al. Causas de abandono do tratamento entre portadores de tuberculose. **Rev. Soc. Brás. Clin. Med.** v. 15, n. 3, p. 155-160, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidad>>. Acesso em: 4 de abr. 2019.

VOLPE, D. P. F. MOTA, M. C. S. Abandono da Terapia do Tratamento da Tuberculose Multirresistente: Desafios para os Profissionais da Saúde. **Revista Enfermagem UFJF**, Juiz de Fora, v. 4, n. 1, p. 9-19, 2018. Disponível em: <<http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/enfermagem/article/view/14011/7511>>. Acesso em: 4 de abr. 2019.

ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS: AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA FRENTE AOS DESAFIOS DA QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA



FABIANA DE SALES MOTTA DA CRUZ

Centro Universitário Campos de Andrade

DIEGO DA SILVA

Centro Universitário Campos de Andrade

RESUMO: O HIV, vírus da imunodeficiência humana é causador da AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida), doença que afeta o sistema imunológico impossibilitando a defesa do contágio por outras doenças. Desde seu surgimento, na década de 80, a AIDS já fez cerca de 40 milhões de vítimas fatais. Neste contexto, inúmeros programas de aumento da qualidade de vida, campanhas de diminuição ao preconceito e principalmente, de esforços para erradicação da doença vêm sendo desenvolvidos, no entanto, atingir tais metas depende exclusivamente da oferta de tratamento aos portadores no vírus. Para tanto é imprescindível a detecção precoce do vírus, a adesão da terapia antirretroviral e a conscientização da mudança de comportamentos de risco. Compreendo a importância do serviço de aconselhamento ofertado ao usuário da Saúde Básica, no momento da testagem, e da importância de um suporte emocional adequado no momento em que é fornecido o resultado, traz-se a discussão as possíveis contribuições da Psicologia nesta esfera, enquanto ciência que estuda a mente e o comportamento do ser humano, almejando a melhoria de sua relação consigo mesmo e sua vida em sociedade no que tange os conflitos internos e situações traumáticas, comuns no contexto do HIV.

Palavras-chave: HIV/ AIDS; Aconselhamento; Psicologia; Qualidade de vida.

ABSTRACT: HIV, a human immunodeficiency virus that causes AIDS (acquired immunodeficiency syndrome), a disease that affects the immune system making it impossible to defend against other diseases. Since its emergence in the 1980s, AIDS has already killed around 40 million people. In this context, numerous programs to increase quality of life, campaigns to decrease prejudice and, especially, efforts to eradicate the disease have been developed, however, to reach such goals depends on the exclusive offer of treatment to the virus carriers. To do so, it is essential to detect the virus early, to adhere to antiretroviral therapy and to raise awareness of changing risk behaviors. I understand the importance of the counseling service offered to the Basic Health user at the time of testing, and the importance of an adequate emotional support at the moment the result is given, the possible contributions of Psychology in this sphere are discussed. science that studies the mind and behavior of the human being, aiming at improving their relationship with themselves and their life in society regarding internal conflicts and traumatic situations, common in the context of HIV.

Keywords: HIV / AIDS; Counseling; Psychology; Quality of life.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho relaciona as recomendações do Ministério da Saúde sobre as práticas de aconselhamento em HIV e o relato de experiência de uma profissional que atua na testagem, aconselhamento e terapia individual

de portadores de HIV/AIDS. Para compreender melhor este contexto é relevante conhecer aspectos históricos do surgimento do vírus HIV, as estratégias de enfrentamento a doença e a atuação dos profissionais da saúde nesta esfera.

Ainda, de acordo com as recomendações dos documentos do Ministério da Saúde, explana-se as características do momento em que os usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), buscam auxílio no sentido de obter um diagnóstico de contágio de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), momento em que acontece o aconselhamento e que o aconselhador deverá manejar as informações e atenção, visando o acolhimento e ao mesmo tempo, apontando a necessidade de mudanças com relação a possíveis comportamentos de risco. (MS, 2018)

Neste âmbito, cabe a comunidade científica refletir a importância das contribuições da Psicologia no sentido de fornecer caminhos que venham a diminuir as possíveis demandas de sofrimento e ansiedade advindas dos possíveis resultados da sorologia a que os usuários dos CTAs vivenciam; buscando estratégias que tragam maior eficácia ao ato de aconselhamento que acaba se tornando também um espaço de escuta, orientações e de enfrentamento para lidar com as especificidades frente a situação.

De acordo com programa divulgado pela UNAIDS (2015), a meta e o compromisso de quitar uma dívida histórica com os aproximadamente 40 milhões de pessoas, vítimas da AIDS, que morreram, é de elevar para 90% o diagnóstico e a adesão a Terapia Antirretroviral até 2020, o que tornaria possível erradicar a epidemia até 2030. Assim, entende-se o papel do meio acadêmico, que é de promover a responsabilização e unir esforços em desenvolver atos de solidariedade e conscientização, compartilhando com a sociedade os programas multissetoriais e ações globais que auxiliem na obtenção de respostas a esta meta.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar a contribuição da Psicologia na prática de aconselhamento prestada pelo profissionais da rede básica de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o contexto histórico do surgimento do vírus do HIV, bem como o tratamento direcionado aos portadores do vírus;
- Compreender as estratégias adotadas na prevenção ao HIV;
- Refletir sobre as práticas de aconselhamento realizadas pelos profissionais da saúde;
- Analisar o engendramento do acolhimento, da escuta e das intervenções clínicas destinadas as pessoas infectadas pelo vírus do HIV/AIDS.

3. MÉTODO

O trabalho teve por método a pesquisa qualitativa, sendo dividido em duas partes: pesquisa de revisão integrativa de literatura na qual utilizou-se publicações retiradas de sites como Scielo, UNAIDS e Ministério da Saúde. As palavras-chave utilizadas foram: aconselhamento e HIV/AIDS, publicados entre 2009 e 2019;

Na segunda parte realizou-se uma entrevista com uma psicóloga atuante em aconselhamento em um centro de referência em HIV/AIDS, em Curitiba, PR. O trabalho foi elaborado através das respostas obtidas por meio de entrevista semi-estruturada, gravada e transcrita, sendo utilizados os fragmentos de maior relevância de acordo com as relações observadas entre a prática e aos referenciais teóricos. O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Uniandrade e aprovado de acordo com os registros: CAAE 13672519.7.0000.5218 e Número de parecer 3.367.297.

4. O QUE É HIV E AIDS?

4.1. CONCEITO

De acordo com a definição dada pelo Ministério da Saúde (MS, 2018) HIV é uma sigla que tem origem na língua inglesa e significa Vírus da Imunodeficiência Humana. A infecção pelo vírus atinge o sistema imunológico, as células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. O vírus liga-se a membrana da célula, penetrando seu interior e atinge o DNA fazendo cópias de si mesmo, assim o sistema imunológico do indivíduo infectado perde a capacidade de responder adequadamente, tornando o corpo vulnerável a doenças. Quando o organismo não consegue mais combater agentes externos o indivíduo portador do vírus está com AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

O HIV é um retrovírus, classificado na subfamília dos *Lentiviridae* e possui propriedades comuns: um longo período de incubação antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue, esperma, secreções vaginais e leite materno (MS,2018).

O programa das Nações Unidas de Combate a AIDS (UNAIDS, 2018) afirma que a infecção pelo do vírus do HIV pode acontecer através de relações sexuais (vaginal, anal e oral) sem o uso do preservativo; uso de seringas por mais de uma pessoa; transfusão de sangue contaminado; utilização de instrumentos que furam ou cortam, que não estejam devidamente esterilizados e ainda a transmissão denominada vertical que é infecção da mãe para o filho durante a gravidez, no parto ou na amamentação.

De acordo com a UNAIDS (2018) a infecção do HIV passa por três estágios de transmissão. A primeira fase é denominada infecção aguda, pode durar entre duas e quatro semanas, também denominada síndrome retroviral aguda; neste período o HIV é produzido em grandes porções e a quantidade do vírus é muito alta no corpo, o que aumenta sua capacidade de transmissão. A fase seguinte é a de latência, ou assintomática; o vírus está ativo, mas é reproduzido em níveis muito baixos. A última fase se caracteriza pela progressão do HIV para AIDS, deixando o sistema imunológico seriamente danificado tornando o organismo vulnerável a infecções e cânceres relacionados a

infecções, denominadas doenças oportunistas. Sem tratamento, pessoas diagnosticadas com AIDS normalmente sobrevivem cerca de três anos.

4.2 HISTÓRICO

De acordo com publicações da UNAIDS (2018), cientistas identificaram um determinado tipo de chimpanzé na África ocidental como fonte de infecção por HIV em humanos. Acredita-se que a versão do vírus da imunodeficiência, denominado vírus da imunodeficiência de símia (SIV) provavelmente tenha sido transmitido aos seres humanos e se transformou em HIV quando estes se alimentaram da carne destes animais, o que levou ao contato com o sangue infectado. Estes estudos mostraram que a transmissão do vírus do macaco para o homem podem ter acontecido ainda no século XIX. Durante décadas o vírus se espalhou lentamente pela África e em outras partes do mundo. Sabe-se da existência do vírus nos Estados Unidos desde a metade dos anos 70.

Estudos realizados no intuito de compreender a pandemia da AIDS, (Pinto et al., 2007) apontam que os primeiros casos clínicos de AIDS tenham sido detectados em maio de 1981, em Los Angeles e São Francisco, EUA, em doentes do sexo masculino, homossexuais com quadros de pneumonite por *P. carinii* e sarcoma de Kaposi. Numa retrospectiva, no entanto, reconhecem a presença da doença na África Equatorial, a partir de 1960, em símios, e posteriormente, em 1965, em nativos africanos.

Segundo Parker (1997) considerando o período e incubação do HIV, pode-se deduzir que o vírus chegou ao Brasil na década de 70, sendo disseminado primeiramente nas áreas do Centro-Sul, dirigindo-se então para as demais regiões brasileiras. De acordo com o Ministério da Saúde (s.d.), o registro do primeiro caso de aids no país ocorreu em 1980, no estado de São Paulo.

Desde o final do século XX, o vírus do HIV, provocou uma epidemia que rapidamente se alastrou pelos cinco continentes, configurando-se como um grave problema para saúde pública, devido ao número de mortes, além do forte impacto causado na economia destes países. A intervenção medicamentosa aos portadores de HIV era precária e limitada; o fornecimento era instável devido ao reduzido arsenal terapêutico disponível e à fragilidade de distribuição e dispensação, limitando-se a atender aos sinais e sintomas das doenças oportunistas. (Junior et al. 2018)

Em 1987, a Agência de Alimentos e Drogas dos Estados Unidos aprovou a azinotimidina (AZT), medicamento inicialmente desenvolvido para o tratamento de câncer, para o uso em pacientes com HIV, considerado o primeiro medicamento antirretroviral (ARV). Até meados dos anos 90 o AZT tinha um custo muito alto, limitando o acesso aos portadores do vírus. Neste período, mobilizações envolvendo profissionais da saúde, ativistas e a sociedade civil em prol da luta contra o HIV/AIDS conquistou a redução de preços do tratamento, sua inclusão na tabela do SUS em 1992 e em 1993 o AZT começa a ser produzido em um laboratório brasileiro. (Galvão, 2001)

4.3. TRATAMENTO DO HIV – TARV

O tratamento do HIV/ AIDS passou por uma série de reformulações. Em 1995, a associação de zidovudina, lamivudina e efavirenz passa a ser o primeiro esquema terapêutico adotado e

recomendado, os medicamentos levaram à inibição da replicação HIV e diminuição da presença ácido ribonucleico (RNA) viral no plasma para níveis indetectáveis. A aprovação de novas classes de ARVs aumentou as opções de tratamento constituindo-se um importante marco científico e tecnológico no contexto da epidemia. (Junior et al. 2018)

No ano seguinte, as ARVs cederam lugar a terapia antirretroviral altamente ativa (Highly Active Antirretroviral Therapy - HAART), com a combinação de três ou mais medicamentos. Neste mesmo ano, a partir da Lei 9.313, de novembro de 1996, houve a regulamentação e obrigatoriedade do Estado de distribuir de forma gratuita e universal a Terapia Antirretroviral (TARV). O Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para o Manejo de Infecção pelo HIV (PCDT), seguindo as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil de acordo com a Organização Mundial de Saúde, indicando o TARV para pacientes sintomáticos e assintomáticos, considerando ainda sua motivação, capacidade de adesão ou a apresentação de comorbidades. Esse protocolo foi simplificado em 2003 e atualizado em 2006. No final de 2013, houve uma nova alteração do PCDT, a primeira linha de TARV¹ utilizada como combinação de três monodrogas, distribuída separadamente, passou a ser fabricada em uma única dose, fixa, combinada visando proporcionar maior qualidade de vida e fortalecer a adesão ao tratamento. (Junior et al. 2018)

Em 2015 a UNAIDS estabeleceu a Meta 90 – 90 – 90, com o objetivo de acabar com a epidemia da AIDS até o ano de 2030; dessa forma estabeleceu que até 2020 90% das pessoas que vivem com o HIV saberão que têm o vírus, que 90% das pessoas com diagnóstico de infecção pelo HIV receberão o TARV e por fim que 90% das pessoas que receberem o tratamento terão supressão viral. Para tanto, destacam o esforço mundial em pôr fim a epidemia, mobilizando-se no sentido de estabelecer marcos anuais em relação ao conhecimento do estado sorológico quanto ao HIV, visto considerar com condição primordial o início precoce da terapia antirretroviral, pois sua demora permitirá o avanço da epidemia. (UNAIDS, 2015)

5. PREVENÇÃO DO HIV

O tratamento da infecção pelo vírus HIV pretende evitar que o paciente chegue ao estágio mais avançado que é quando o organismo desenvolve a AIDS. A terapia antirretroviral é fundamental pois além de proporcionar melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV, diminui significativamente as chances de transmissão a outras pessoas. (UNAIDS, 2018) No entanto, o compromisso em acabar com a epidemia de AIDS até 2030, depende, além da adesão às terapias antirretrovirais, da conscientização por meio de ações preventivas, que diminuam de forma significativa a transmissão do vírus. (UNAIDS, 2017)

Para tanto, adotou-se ações denominadas “prevenção combinada”, que visam a associação de diferentes ferramentas ou métodos (ao mesmo tempo ou em sequência) conforme situações, riscos ou escolhas, dos indivíduos que portam, ou podem estar expostos ao vírus do HIV (UNAIDS, 2017). Entre os métodos combinados estão: a testagem regular para o HIV, que pode ser realizada gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS); o aconselhamento, a prevenção vertical (quando o vírus é transmitido para o bebê durante a gravidez); o tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); programas de redução de danos para usuários de álcool e outras substâncias; a profilaxia pré-exposição (PrEP); profilaxia pós-exposição (PEP); e o tratamento de pessoas que já possuem HIV. (MS, 2018)

¹ TARV é uma combinação de drogas conhecidas como Terapia Antirretroviral que tem por objetivo a supressão máxima da replicação viral chegando a níveis indetectáveis; preservando a função imunológica, reduzindo a probabilidade do surgimento de cepas virais mais resistentes e aumentando o tempo e a qualidade de vida das pessoas portadoras do vírus do HIV. (MS, 2018)

5.1 PRESERVATIVO (CAMISINHA)

O preservativo, ou camisinha, é o método mais conhecido, acessível e eficaz na prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. Pode ser dos tipos masculino e feminino. É feito de látex ou borracha nitrílica, são distribuídas de forma gratuita nas Unidades de Saúde do SUS. (MS, 2018) O gel lubrificante a base de água associado ao preservativo, atua na prevenção da transmissão do vírus diminuindo o atrito e a possibilidade de provocar microlesões nas mucosas genitais e anais, que funcionam como porta de entrada para o HIV e outros microorganismos. (UNAIDS, 2017)

5.2 PREP

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV é método de prevenção à infecção pelo vírus. A combinação de dois medicamentos (tenofovir e entricitabina), bloqueiam algumas formas pelas quais o vírus do HIV consegue infectar o organismo, devendo ser utilizados diariamente. O uso da PrEP é orientado por profissional da saúde, exige-se monitoramento por meio de exames realizados com a periodicidade trimestral. Seu fornecimento é gratuito e indicado para pessoas que tenham maior chance de entrar em contato com o vírus, como: gays e homens que fazem sexo com outros homens; pessoas transgênero e trabalhadores do sexo. (MS, 2018)

5.3 PEP

A Profilaxia Pós-Exposição de Risco é uma medida preventiva de urgência à infecção pelo HIV, hepatites e outras ISTs, para reduzir o risco de contração destes vírus. É indicada para pessoas que possam ter passado por violência sexual; mantido relações sexuais desprotegidas ou tenham sofrido acidentes ocupacionais. A indicação é de que a intervenção ocorra nas duas primeiras horas após a exposição e no máximo até 72 horas. A PEP é ofertada gratuitamente pelo SUS e o tratamento dura 28 dias, acompanhado por profissionais da saúde.

5.4 REDUÇÃO DE DANOS

De acordo com apontamentos da UNAIDS (2017), o termo “Redução de Danos”, refere-se a um pacote de políticas, programas e abordagens que visam reduzir as consequências prejudiciais associadas ao uso de substâncias psicoativas sobre saúde em termos sociais e econômicos. Promove a substituição de seringas e agulhas, terapia de substituição de opioides (composto químico psicoativo semelhante ao ópio com efeito similar ao da morfina), testagem e aconselhamento em HIV, atenção e terapia antirretroviral para pessoas que usam drogas injetáveis e seus parceiros sexuais, diagnóstico, tratamento e vacinação contra hepatites, e prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose.

6. ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS

Segundo Pequeno (2013), a prática do aconselhamento surgiu como uma estratégia preventiva elaborada pelo Ministério da Saúde que atua no âmbito do indivíduo visando a identificação do risco e favorecendo reflexões sobre medidas preventivas viáveis no momento da realização da sorologia

anti-HIV.

De acordo com orientações do Ministério da Saúde no aconselhamento deve-se observar a autonomia do usuário para conversar sobre práticas de risco, escolha de métodos de prevenção, dúvidas sobre o enfrentamento de estigma e discriminação e outras necessidades que possam surgir. Um dos objetivos primordiais é incentivar os indivíduos soronegativos fortalecimentos de práticas mais seguras para que se mantenham negativos, ou adesão ao tratamento, nos casos positivos. Para tanto, é necessário compreender as dimensões relacionadas ao exercício da sexualidade e ao uso de álcool e outras drogas; assim o aconselhamento precisa incorporar questões relacionadas aos afetos e desejos, devendo ser capaz de lidar com questões relacionadas a orientação sexual e identidade de gênero. (MS, 2017)

O aconselhamento pode acontecer nas várias etapas de atendimento, em especial nos momentos anteriores e posteriores a testagem, na oferta de intervenções como PEP e PrEP, ou no início da TARV, devendo compreender três dimensões que se complementam: a dimensão educativa, em que se fornecem informações sobre HIV/AIDS e outras IST, tratamento, distribuição e uso de insumos; a dimensão de avaliação de riscos, levando a percepção destes e sua prevenção; e a dimensão de apoio emocional, em que são empregadas estratégias que auxiliem o usuário a lidar com seus problemas emocionais relacionados ao HIV/AIDS, ofertando atenção psicossocial. (MS, 2017)

Para Rissi (2016) o atendimento do psicólogo, neste contexto, assegura o respeito à individualidade e a singularidade do ser humano. Nesse sentido, os cuidados humanizados levam a refletir sobre as questões relacionadas à comunicação que aproxima equipes de saúde e pacientes. Faz-se necessário o exercício da escuta sensível para que se possa compreender as vivências do paciente em relação a sua doença e seu adoecimento, bem como observar seus recursos e obstáculos enfrentados em aderir ao tratamento.

6.1 RELATO DE UMA PROFISSIONAL DE ACONSELHAMENTO

Apresenta-se aqui os resultados de uma entrevista realizada com uma psicóloga atuante em aconselhamento para HIV/AIDS em um centro de referência no assunto na cidade de Curitiba, Paraná. A profissional entrevistada atua nesta função há mais de 17 anos, contabilizando em torno de 23 mil atendimentos; participa de equipe multidisciplinar composta por: dois médicos, três enfermeiras, uma psicóloga, quatro farmacêuticas, oito auxiliares de enfermagem; destes somente psicóloga, enfermeira e auxiliares de enfermagem fazem aconselhamento.

Das 30 horas semanais em que atende na unidade, destina 25 horas para o aconselhamento que atende à demanda cotidiana e 5 horas para atendimento individual, realizando intervenções mais longas, nos moldes da psicoterapia breve, visando ofertar suporte, basicamente, às pessoas com maior dificuldades de aceitação do diagnóstico, bem como as que apresentam resistência no processo de adesão ao tratamento. Por ser a única psicóloga da equipe, por vezes, ou direciona demandas a um estagiário de Psicologia, no atendimento de usuários que estão em outros atendimentos e demonstram estar abalados emocionalmente, com crises de choro, de ansiedade, necessitando atenção

individualizada.

A aconselhadora destaca em seu depoimento ações vivenciadas ao longo de sua experiência que entende como cruciais para a qualificação do atendimento as pessoas portadoras de HIV/AIDS. A primeira dela está diretamente ligada ao tempo de espera pelo resultado da sorologia na testagem; em seus primeiros atendimentos, quando os pacientes realizavam a testagem pela primeira vez eram convidados a participar de uma palestra em que recebiam informações sobre HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Essas palestras aconteciam em dois horários do dia, às 14h e às 17h, com um número aproximando de vinte e cinco pessoas por grupo.

Depois de receber essas informações faziam a coleta de sangue e após três dias deveriam ligar para instituição para saber se o resultado do exame estava pronto e então eram atendidos pelos profissionais responsáveis pelo aconselhamento. Afirma que alguns pacientes acabavam desistindo de buscar o resultado e que o tempo de espera gerava angústia e ansiedade. A viabilização dos Teste Rápidos (TR), em 2006, cujo o resultado é fornecido em torno de trinta minutos após a coleta, proporcionou a reorganização do aconselhamento que segue os moldes há aproximadamente nove anos, os usuários passam pelo atendimento antes e após o recebimento do resultado da testagem.

Outro aspecto apontado pela entrevistada foi a implementação da TARV, ela considera que a diminuição do número de remédios e seus efeitos colaterais foi um fator preponderante na adesão ao tratamento. Relata que quando começou a atender a dispensação de medicamentos era de aproximadamente de vinte comprimidos diários para cada paciente, sendo que destes, alguns precisavam ser guardados em ambiente refrigerado, nesse sentido alguém que convivesse com a família, por exemplo, dificilmente poderia omitir. Destaca que é comum hoje, usuários levarem para a farmácia da unidade, frascos de outros remédios, como polivitamínicos e substituir os frascos originais dos medicamentos antirretrovirais.

Coloca ainda que a percepção de que utilização da TARV, pelo fato de tornar a carga viral indetectável, diminui de forma considerável a culpa que os usuários sentem pela possibilidade de infectar as pessoas com quem se relacionam.

A profissional trouxe ainda colocações sobre a utilização primeiramente da PEP e depois da PrEP, considerando que diminuiu de forma significativa o risco de infecção por HIV, principalmente para um número considerável de usuários que declara ter dificuldades quanto ao uso do preservativo, pessoas em relacionamentos sorodiferentes, ou mesmo as que fazem uso frequente do PEP. Considera ainda que não existem dados sobre a infecção de IST em função do uso destes medicamentos, mas que a hipótese é discutida, considerando-se aqueles que deixam de usar preservativo e ainda que a utilização da PrEP não é 100% segura.

Com relação aos desafios percebidos, frente à atuação do psicólogo neste contexto, relata que a maior dificuldade percebida no momento ainda é a forma como os pacientes lidam com o preconceito. Esse sentimento pode ser percebido, por exemplo, na preocupação que os pacientes demonstram em que os familiares, amigos, colegas de trabalho saberem da doença, ou ainda contar ao parceiro e terminar o relacionamento; relatam ainda o receio de não poderem se relacionar com outras pessoas por pensar que ninguém aceitaria a infecção.

Em seu relato, a aconselhadora falou de como as políticas públicas vêm atendendo as demandas provenientes do vírus HIV/AIDS por meio de estratégias preventivas. Destaca o projeto “A hora é agora”, que tem por objetivo, na sua unidade de atuação, atender ao grupo em que se encontra a maior estatística de contágio, homens que fazem sexo com homens (HSH), residentes na cidade de Curitiba. O diferencial de atendimento a este público é a oferta da testagem na unidade e o autoteste, uma vez detectado o vírus o paciente já encaminhado para a realização do exame para verificação da carga viral, para agilizar o início da TARV.

A profissional conclui relatando que a demanda do aconselhamento é muito grande, sua média de atendimentos diários é de quinze pacientes e considera que esse que o número de testagens não é maior em função do número de profissionais disponíveis para realizar desta atividade. Considera ainda que se houvesse mais psicólogos, seria possível ampliar o atendimento individual dos usuários, visto que no período em que atua nesta função acompanhou inúmeras tentativas em atender as demandas advindas das dificuldades de aceitação do diagnóstico e da adesão ao tratamento, por meio de grupos de apoio, não havendo uma boa participação por parte dos pacientes.

7. CONCLUSÃO

Refletir o aconselhamento em HIV/AIDS permite compreender um complexo conjunto de ações que vêm permeando a história da doença. No Brasil, com a criação dos CTAs, desde o período mais crítico, que compreende o auge da propagação epidêmica do vírus, até a implementação de tratamentos mais avançados, o aconselhamento é o espaço em que o paciente irá lidar com informações que vão desde a sorologia até a aceitação das possíveis mudanças em seu estado de saúde, num curto espaço de tempo.

Inúmeros avanços tenham sido constatados nestas quase quatro décadas da doença, no investimento em minimizar as dificuldades dos efeitos colaterais dos medicamentos, nas ações matemáticas em levantar dados que levem aos grupos de maior risco e no investimento em políticas públicas que venham assegurar a inserção de tais grupos em ambiciosos projetos que tem por objetivo acabar com a epidemia. No entanto, lidar com as demandas advindas dos aspectos referentes à doença e ao adoecimento ainda configuram-se como um desafio.

O relato da profissional de aconselhamento em HIV/AIDS reforça esta constatação na medida em que revela a preocupação que os pacientes ainda trazem em ocultar a doença. Ao optar pelo silêncio, a paciente busca protege-se da rejeição e do preconceito que possa vivenciar em seu convívio familiar ou social, mas em contra partida necessita ações que possam lhe dar suporte psicológico de forma a melhorar sua qualidade de vida. Neste sentido cabe ressaltar a importância da atuação do psicólogo nesta atividade, considerando a necessidade do sujeito em receber o acolhimento de suas demandas e singularidades e da relevância em receber orientações psicoeducativas necessárias para o sucesso do tratamento.

Cada paciente é único em suas necessidades, expectativas, dificuldades e desejos; devendo ser levado a ter autonomia e ser corresponsável em seu processo de cuidado. Ao considerar a amplitude deste panorama cabe refletir as possibilidades do aconselhador em tentar abranger, em seu atendimento,

tantas demandas considerando que este contato tem uma duração aproximada de trinta minutos.

Deste modo, pensar num capítulo final para AIDS, pressupõe desenvolver programas que possibilitem, tantos aos usuários dos CTAs, COAs e US, como sociedade de maneira geral, a ampliação de mecanismos de combate aos estigmas, a discriminação e à exclusão social; qualificando a comunicação na área da saúde, investindo na melhoria das relações e interações dos profissionais e pacientes, ajustando as demandas destes às abordagens adotadas para garantia ao tratamento universal.

8. REFERÊNCIAS

- BASTOS, Francisco Inácio. **Aids na Terceira Década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006
- BRASIL. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Viva a vida positivamente, conheça seu estado sorológico para o HIV**. [página da Internet] 2018. Disponível em https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/02/WorldAIDSday_LivePositively_PT_V2.pdf
- BRASIL. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Tratamento 2015**. [página da Internet] 2016. Disponível em <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/03/Tratamento-2015.pdf>
- BRASIL. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Guia de terminologia do UNIADS**. [página da Internet] 2017. Disponível em https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/10/WEB_2017_07_12_GuiaTerminologia_UNAIDS.pdf
- BRASIL. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Prevenção Combinada do HIV**. [página da Internet] 2017. Disponível em https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/08/2017_08_15_preven%C3%A7%C3%A3o_combinada_FINAL.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HIV Estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil**. 2010. Ministério da Saúde. Brasília, . [página da Internet] 2018. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HIV_estrategias_testes_rapidos_brasil.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais**. Ministério da Saúde. Brasília, 2018.
- BRASIL. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **90 – 90 – 90, Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS**. [página da Internet] 2015. Disponível em https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf
- BRASÍLIA. Conselho Federal de Psicologia. **Prática profissionais dos(as) psicólogos(as) no campo das DST/aids**. (2009) Disponível em www.pol.org.br
- BOLLELA¹, Valdes Roberto; PRIMO², Lilian Pereira; MAURIZ³, Fabiolla Lopes Cristina; MOREJÓN⁴, Karen Mirna Loro. (2016). **Adesão: o presente e o futuro na luta para o controle do HIV/aids**. Ribeirão: FUNPEC Editora, 2016
- JUNIOR¹, Sebastião Silveira Nunes; CIOSAK², Suely Itsuko. **Terapia antirretroviral para HIV/AIDS: O estado da arte**. Alagoas, 2016. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231267/28690>
- MONTEIRO¹, Mikaele da Costa Gomes; MONTEIRO², Thalís Augusto Silva; SOUZA³, Maxsuel Oliveira de; NETO⁴, Wilson Machado da Costa e Silva; BEZERRA⁵, Daniele Gonçalves; TEIXEIRA⁶, Vanina Pappini Góes. **A importância da assistência psicológica junto aos portadores de HIV/AIDS: Relato de experiência**. Alagoas, 2016. Disponível em <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:EO5jUnbc-ZG8J:www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/download/3486/2527+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

FUNÇÃO OTOLÍTICA APÓS TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: AVALIAÇÃO COM OS POTENCIAIS EVOCADOS MIOGÊNICOS VESTIBULARES



BIANCA NUNES PIMENTEL

Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

Palavras-Chave: Traumatismos craniocerebrais; Tontura; Sáculo e Utrículo; Potenciais Evocados Miogênicos Vestibulares.

RESUMO

Introdução: O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é a causa mais comum de incapacidade em adultos jovens. Alguns autores defendem que a tontura crônica após TCE pode ter origem em múltiplos diagnósticos, dentre os quais a disfunção otolítica, diminuindo a qualidade de vida dos sujeitos acometidos. Os sintomas vestibulo-oculares e as razões subjacentes à tontura nesses casos ainda permanecem incertas. **Objetivo:** elucidar sobre o funcionamento da orelha interna, bem como analisar as possíveis alterações da função otolítica em sujeitos com sequelas de TCE, utilizando o potencial evocado miogênico vestibular (VEMP), por meio de uma revisão da literatura. **Revisão de Literatura:** Na orelha interna localizam-se os cinco órgãos receptores do equilíbrio (três canais semicirculares e dois órgãos otolíticos: sáculo e utrículo). A avaliação do sistema vestibular é de particular importância após o TCE, em conjunto com o controle oculomotor, devido ao circuito neural intrínseco existente entre os sistemas ocular e vestibular, os quais podem sofrer os impactos do TCE. A avaliação da percepção de aceleração linear e gravitacional pode ser realizada por meio dos VEMPs. Observa-se ocorrência frequente de alterações em ambos os VEMP ocular e cervical, na literatura compulsada. As principais alterações são atrasos na latência das ondas ou mesmo sua ausência, tanto unilateral quanto bilateralmente. **Considerações finais:** as disfunções otolíticas podem estar presentes em pacientes após o TCE, das quais a maioria identificável pelo VEMP. Ainda são escassos os estudos com objetivo de investigar especificamente a função otolítica nessa população.

ABSTRACT

Introduction: Traumatic Brain Injury (TBI) is the most common cause of disability in young adults. Some authors argue that chronic dizziness after TBI may originate from multiple diagnoses, including otolithic dysfunction, reducing the quality of life of affected individuals. The vestibulo-ocular symptoms and the reasons behind the dizziness in these cases remain uncertain. **Objective:** To elucidate the functioning of the inner ear, as well as to analyze the possible alterations of otolytic function in subjects with sequelae of TBI, detectable by vestibular evoked myogenic potential (VEMP), through a literature review. **Literature Review:** In the inner ear are located the five balance receptor organs (three semicircular canals and two otolithic organs: saccule and utricle). Assessment of the vestibular system is particularly important after TBI, in conjunction with oculomotor control, due to the intrinsic neural circuit between the ocular and vestibular systems, which may be impacted by TBI. Evaluation of the perception of linear and gravitational acceleration can be performed using VEMPs. Changes in both ocular and cervical VEMP are frequently observed in the literature. The main changes are delays in wave latency or even absence, both unilaterally and bilaterally. **Final considerations:** otolithic dysfunctions may be occur in patients after TBI, most of whom are identifiable by VEMP. There are still few studies aiming specifically to investigate the otolytic function in this population.

Keywords: Craniocerebral Trauma; Dizziness; Saccule and Utricle; Vestibular Evoked Myogenic Potentials.

1. INTRODUÇÃO

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é definido como uma “alteração na função cerebral ou outra evidência de patologia cerebral, decorrente de uma força externa” (BIAA, 2011). É a causa mais comum de incapacidade em adultos jovens. A maioria dos sintomas agudos, subagudos e crônicos são de natureza neurossensorial que podem levar a alterações dos reflexos vestibulares e da manutenção do equilíbrio corporal (HOFFER, SCHUBERT, BALABAN, 2015).

A tontura, em suas variadas formas, é um dos sintomas mais comuns após TCE, considerada um fator de risco para a recuperação a longo prazo. Alguns pacientes apresentam sintomas como tontura crônica inespecífica, instabilidade, sensação de flutuação ou desequilíbrio, bem como diagnósticos clínicos de labirintopatias (MARCUS et al., 2019).

A avaliação do sistema vestibular em conjunto com a do controle oculomotor é de particular importância após o TCE, devido ao circuito neural intrínseco existente entre esses sistemas. Sabe-se que os distúrbios otolíticos podem ser a causa dos sintomas vestibulo-oculares em sujeitos com sequelas de TCE (BASTA et al., 2005). Esses sintomas prejudicam significativamente a qualidade de vida e também são preditivos de falha no retorno ao trabalho. As razões subjacentes à tontura, no entanto, permanecem incertas, a qual pode representar múltiplos diagnósticos vestibulares que, embora tratáveis, em uma combinação de disfunção central e periférica, necessitam de uma avaliação minuciosa (SWAN et al., 2018). Além disso, a ruptura das vias vestibulares centrais após o TCE pode dificultar os mecanismos de reparação da reorganização funcional cerebral (AHMAD et al., 2016).

As alterações na função otolítica eram dificilmente detectadas no passado (ERNST et al., 2005). Mais recentemente, os Potenciais Evocados Mio gênicos Vestibulares (VEMP) têm sido utilizados como ferramentas diagnósticas específicas para a investigação da função sacular (VEMP cervical – cVEMP) e utricular (VEMP ocular – oVEMP) (ROSENGREN, KINGMA, 2013). Não obstante, ainda restam dúvidas acerca da fisiopatologia da tontura após o TCE.

O objetivo do presente capítulo é **elucidar** o funcionamento da orelha interna, bem como a afirmativa de que há disfunção otolítica após TCE detectável pelos VEMPs. Dessa forma, essa revisão poderá **servir como um recurso para profissionais de saúde que realizam avaliação otoneurológica**, ampliando a compreensão acerca das disfunções otolíticas em sujeitos nessa condição.

2. ANATOMIA DO LABIRINTO E A FUNÇÃO OTOLÍTICA

A orelha humana, para fins didáticos e clínicos, pode ser dividida em três partes: orelha externa, composta pelo pavilhão auricular e conduto auditivo, a orelha média contendo a membrana timpânica e os ossículos (martelo, bigorna e estribo) e a orelha interna ou labirinto ósseo localizado no osso temporal. Nesse, encontram-se os cinco órgãos receptores delimitados por uma membrana, constituindo o labirinto membranoso. O espaço existente entre o labirinto ósseo e o membranoso é preenchido por perilinfa, líquido cuja composição é semelhante ao líquido extracelular, enquanto o labirinto membranoso é preenchido por endolinfa, líquido rico em potássio (K⁺) e pobre em sódio (Na⁺) e cálcio (Ca⁺⁺) (KANDEL et al., 2014).

A orelha interna ou labirinto pode, ainda, ser dividido em mais três unidades anatômicas e funcionais: o labirinto anterior, onde localiza-se o órgão receptor da audição (cóclea); o labirinto posterior contendo os três canais semicirculares (CSC), capazes de captar a informação de acelerações angulares da cabeça e o labirinto medial ou vestibulo representado pelos órgãos otolíticos (BEAR, CONNORS, PARADISO, 2017).

O conjunto composto pela membrana otolítica (substancia gelatinosa onde estão depositados os otólitos ou otocônias) e células ciliadas receptoras, denomina-se mácula e serve para informar sobre as acelerações lineares ou mudanças gravitacionais durante as mudanças de posição da cabeça. Essas células transformam o estímulo mecânico em impulso elétrico por meio da inclinação de seus cílios, ocorrendo a despolarização ou hiperpolarização das células, transmitidas, posteriormente para o nervo vestibulococlear. As funções decorrentes desses sistemas servem para a estabilização da imagem na retina, o controle cervical e postural, bem como a orientação estática e dinâmica (KANDEL et al., 2014).

As máculas sacular e utricular são divididas funcionalmente em diferentes regiões, gerando estímulos para um músculo ocular específico. A cada movimento ou nova posição da cabeça uma das porções da mácula é excitada levando então a um movimento dos olhos na direção oposta. Em conjunto com os CSC, auxiliam nos reflexos de ajuste do olhar e posturais (BEAR, CONNORS, PARADISO, 2017).

3. AVALIAÇÃO COM O POTENCIAL EVOCADO MIOGÊNICO VESTIBULAR

Os VEMPs são úteis na avaliação da função otolítica central e periférica que não são prontamente definidas pelos testes convencionais de função vestibular e podem auxiliar na detecção e localização de lesões centrais (OH, KIM, KIM, 2016).

O cVEMP avalia reflexo vestibulo-cervical por meio da via ipsilateral descendente, do qual origina-se o potencial bifásico de curta latência P13-N23ms, por meio de estímulo sonoro de forte intensidade e captado no terço médio do músculo esternocleidomastoideo (Quadro 1). A amplitude dependerá além da integridade da via, da condução do som e da contração muscular (PAPATHANASIOU et al., 2014).

Quadro 1. Esquema da sequência das estruturas estimuladas nos reflexos no cVEMP e no oVEMP.

VEMP cervical	VEMP ocular
1. Estímulo Sonoro	1. Estímulo Sonoro
2. Mácula sacular	2. Mácula utricular
3. Potencial elétrico	3. Potencial elétrico
4. Nervo vestibular inferior	4. Nervo vestibular superior
5. Núcleo vestibular lateral	5. Núcleo vestibular superior/medial
6. Trato vestibulo-espinal medial	6. Cerebelo (úvula e nóculo)
7. Sinapse com motoneurônio ipsilateral	7. III par craniano (oculomotor)
8. Estímulo no músculo esternocleidomastoideo	8. Estímulo no músculo oblíquo inferior

No sistema nervoso central, o cVEMP é mediado pelos núcleos vestibulares e pelo trato vestibulospinal medial não cruzado, descendo para o tronco cerebral e medula espinhal inferiores. Em contraste, o oVEMP reflete a função dos núcleos vestibulares e as vias cruzadas do reflexo vestibulo-ocular (RVO), contidas principalmente no fascículo longitudinal medial (FLM). Portanto, lesões envolvendo os núcleos vestibulares podem apresentar anormalidades no cVEMP e no oVEMP. As lesões medulares envolvendo o FLM descendente ou o núcleo acessório espinhal comprometem o cVEMP. Por outro lado, lesões envolvendo o FLM, o trato tegmentar ventral cruzado, os núcleos oculomotores e o núcleo intersticial de Cajal podem prejudicar o oVEMP (OH, KIM, KIM, 2016).

Embora esses potenciais tenham sido aplicados principalmente em distúrbios vestibulares periféricos, suas características e os valores diagnósticos foram expandidos para avaliar a função das vias otolíticas centrais, em condições como esclerose múltipla (CRNOŠIJA et al., 2017), migrânea vestibular (SALVIZA et al., 2015) e TCE (SOLARRINO et al., 2009).

4. ALTERAÇÃO OTOLÍTICA PÓS-TRAUMÁTICA

As principais causas da alteração otolítica após o TCE ocorrem por vertigem de posicionamento ou acometimento da via dos reflexos vestibulares. Na Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB), o impacto no momento do trauma pode causar o deslocamento das otocônias da mácula utricular para dentro dos CSC, principalmente o canal posterior, gerando uma vertigem (tontura rotatória) intensa, porém de curta duração. Tanto o seu diagnóstico quanto o processo de reabilitação consistem em manobras de posicionamento e manobra de liberação, respectivamente, a serem escolhidas de acordo com o canal acometido (ZUMA e MAIA, 2011).

As pesquisas apresentam divergências quanto às respostas do VEMP na VPPB. No estudo de Nakahara et al. (2013), pacientes com VPPB apresentaram mais respostas anormais nos oVEMPs (66,7%) por estimulação do lado afetado do que os controles, enquanto os resultados dos cVEMPs não mostraram diferenças significativas. Esses achados confirmam a possibilidade de o oVEMP refletir a condição anormal específica na VPPB, ou seja, que a função utricular em pacientes com VPPB foi altamente danificada.

Chen e colaboradores (2019), ao avaliar 42 sujeitos com VPPB (recorrente ou não) após TCE leve, detectaram respostas anormais do cVEMP em quatro (26,7%) sujeitos no grupo de VPPB recorrente após TCE e cinco (18,5%) sujeitos no grupo não recorrente, sem diferença significativa entre os dois grupos. No oVEMP, identificaram respostas anormais em nove (60,0%) sujeitos no grupo recorrente e seis (22,2%) sujeitos no grupo não recorrente, com diferença significativa entre os dois grupos. Os autores concluíram que a disfunção utricular secundária pode ser uma patogênese potencial de recorrência da VPPB traumática.

Entre os estudos selecionados sem a presença da VPPB, a maioria das amostras são compostas por veteranos de guerra com histórico de contusões e/ou expostos à explosões, únicas ou múltiplas (AKIN, MURNANE, 2011; SCHERER et al. 2011), seguido dos acidentes de trânsito, quedas e violência (LEE et al., 2011).

Por outro lado, a disfunção otolítica nem sempre é explicada pela VPPB nos sujeitos acometidos pelo TCE, os quais podem apresentar sintomas como instabilidade, tanto parado quanto ao caminhar, bem como o desequilíbrio, indicando uma disfunção otolítica de outras etiologias (FUJIMOTO et al., 2018).

Na literatura compulsada, observa-se uma notável ocorrência de alterações na função otolítica entre os sujeitos acometidos, sobretudo quantos à ausência ou assimetria nas ondas do VEMP. Em uma amostra de 33 sujeitos (grupo teste = 15 e grupo controle = 23), a diferença em N23 e a amplitude interpico entre as orelhas ipsilateral e contralateralmente do grupo teste foram estatisticamente significantes, mas não em P13. Dos 15 pacientes do grupo teste, cinco pacientes apresentaram resposta ausente na orelha ipsilateral, além de atraso da latência de N23 e diminuição da amplitude interpico P13-N23 (SREENIVASAN et al., 2015).

O teste da Vertical Visual Subjetiva (VVS), do inglês *Subjective Visual Vertical*, também é utilizado como teste clínico para a função utricular. Na pesquisa de Lee et al. (2011), de uma amostra de 28 sujeitos, 54% apresentou alteração na função otolítica, dos quais cinco foram identificados pelo VVS, cinco pelo cVEMP e cinco em ambos os testes. No estudo de Akin et al. (2011), dos 16 sujeitos com alterações no cVEMP, 14 apresentaram alteração no VVS (em um total de 26 exames alterados, sendo 11 com cVEMP normal). Dessa forma, foi identificada tanto a presença de disfunção sacular (por meio do cVEMP) quanto utricular (utilizando o VVS). Por fim, na pesquisa de Scherer et al., entre os 27 sujeitos avaliados, 14% apresentou alterações no VEMP 11% na VVS, concluindo que latências atrasadas de P13 são sugestivas de disfunção sacular ou do trato vestibulospinal medial.

No estudo de Solarino e colaboradores (2009), todos os sujeitos apresentaram audição normal, achados audiométricos normais. Os VEMPs estavam presentes tanto nos pacientes afetados por lesão em chicote (*wishplash injury*) quanto no grupo controle na fase aguda. Aos 90 dias, os VEMPs estavam ausentes em dois casos (14,3%). A análise estatística mostrou que, na fase aguda e após 90 dias, a latência de P13 era significativamente maior nos pacientes com lesão em chicote em comparação com indivíduos saudáveis de ambos os lados ($p < 0.002$). A amplitude de P13-N23 foi significativamente menor em pacientes com lesão por chicote na fase aguda ($p = 0,003$ à direita e $p = 0,018$ à esquerda), mas não aos 90 dias após o trauma.

A prova calórica é um teste que pode auxiliar no diagnóstico otoneurológico, no entanto a maioria dos sujeitos com tontura e alteração otolítica apresentam resultados dentro dos padrões de referência nessa avaliação (AKIN, MURNANE, 2011; LEE et al., 2011). Esse teste é amplamente utilizado na investigação da função do nervo superior por meio da estimulação térmica do CSC lateral, mas não é sensível para as alterações especificamente da função utricular. Esses resultados revelam a importância da investigação da função otolítica nessa população.

Segundo o estudo de Arshad et al., os diagnósticos múltiplos são observados frequentemente em sujeitos após TCE, podendo apresentar VPPB, migrânea vestibular, disfunção vestibular central e transecção do nervo vestibular. Os autores identificaram alterações no cVEMP em 40% dos 20 sujeitos avaliados e alertam para a necessidade de futuros trabalhos para identificar os défices específicos na função cerebral fornecendo ferramentas terapêuticas para pacientes com TCE cujos sintomas

vestibulares são resistentes ao tratamento (ARSHAD et al., 2017).

Quando a tontura crônica decorre de múltiplos diagnósticos após TCE, pode ter alguns deles negligenciados no processo de investigação (ARSHAD et al., 2017). As diversas formas de tontura, oscilopsia, cefaleia, intolerância ao movimento, fotofobia e dificuldade com multitarefas também podem decorrer da presença de nistagmo anormal, alterações oculomotoras, descompensação vestibular ou alterações posturográficas (SCHERER et al., 2011).

A disfunção otolítica, apesar de mais presente nos sujeitos com sintomas vestibulares, sobretudo na tontura inespecífica, pode ser constatada naqueles assintomáticos. E, embora alterações auditivas possam coexistir com a tontura e a disfunção otolítica, não se pode considerar uma relação inerente entre ambas (LEE et al., 2011).

As anormalidades oculomotoras e/ou nistagmo, compatível com envolvimento central, podem estar presentes nessa população e a causa dos sintomas permanecer desconhecida por longo período (SCHERER et al., 2011). Ademais, a alteração de equilíbrio corporal crônica no TCE poderia relacionar-se com a presença dos múltiplos diagnósticos vestibulares, levando a sintomas persistentes, bem como o prejuízo de mecanismos de compensação mediado pela plasticidade cerebral (ARSHAD et al., 2017).

Essa revisão confirma a alta variabilidade de medidas e resultados entre os estudos sobre o VEMP, os quais trazem poucas explicações sobre a fisiologia da disfunção otolítica no TCE. Apesar do número ainda pequeno de estudos sobre o VEMP especificamente em sujeitos com TCE, a revisão fornece informações importantes acerca da presença, ocorrência e diagnóstico topográfico das alterações otolíticas nessa população.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa revisão observa-se a presença de alterações da função otolítica em grande parte dos sujeitos nesses estudos e que o uso do Potencial Evocado Miogênico Vestibular pode ser útil na identificação dessas condições.

Apesar da crescente publicação de pesquisas com o VEMP, ainda são escassos os estudos publicados com o objetivo de investigar especificamente a função otolítica em sujeitos nessa população. A investigação da função otolítica pode representar um diferencial na avaliação otoneurológica, fornecendo uma orientação para a reabilitação vestibular.

REFERÊNCIAS

- AHMAD, H. et al. Chronic dizziness post traumatic brain injury: a cross-sectional study. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v. 87, n. 12, p. :e1, 2016.
- AKIN, F. W.; MURNANE, O. D. Head injury and blast exposure: vestibular consequences. **Otolaryngol Clin N Am**, v. 44, p. 323-34, 2011.
- ARSHAD, Q. et al. Patients with chronic dizziness following traumatic head injury typically have multiple diagnoses involving combined peripheral and central vestibular dysfunction. **Clin Neurol Neurosurg**, v. 155, p. 17-9, 2017.
- BASTA, D. et al. Postural control in otolith disorders. **Hum Mov Sci**, v. 24, n. 2, p. 268-79, 2005.
- BEAR, M. F.; CONNORS, B. W.; PARADISO, M. A. **Desvendando o Sistema Nervoso**.– 4. ed.–Porto Alegre: Artmed, 2017.
- [BIAA] Brain Injury Association of America. **BIAA adopts new TBI definition**. 2011. [http:// www.biausa.org/announcements/biaa-adopts-newtbi-definition](http://www.biausa.org/announcements/biaa-adopts-newtbi-definition)
- CHEN, G. et al. Otolith dysfunction in recurrent benign paroxysmal positional vertigo after mild traumatic brain injury. **Acta Oto-Laryngologica**, v. 139, n. 1, p. 18-21, 2019.
- CRNOŠIJA, L. et al. Vestibular evoked myogenic potentials and MRI in early multiple sclerosis: Validation of the VEMP score. **J Neurol Sci**, v. 372, p. 28-32, 2017.
- ERNST, A. et al. Management of posttraumatic vertigo. **Otolaryngol Head Neck Surg**, v. 132, p. 554-8, 2005.
- FUJIMOTO, C.; SUZUKI, S.; KINOSHITA, M.; EGAMI, N.; SUGASAWA, K.; IWASAKI, S. Clinical features of otolith organ-specific vestibular dysfunction. **Clin Neurophysiol**, v. 129, n. 1, p. 238-45, 2017.
- HOFFER, M. E.; SCHUBERT, M. C.; BALABAN, C. D. Early Diagnosis and Treatment of Traumatic Vestibulopathy and Post concussive Dizziness. **Neurol Clin**, v. 33, p. 661-8, 2015.
- KANDEL, E. R. et al. (Eds.). **Princípios de Neurociência**. – 5ª ed. – Porto Alegre: AMGH, 2014.
- LEE, J. D.; PARK, M. K.; LEE, B. D.; PARK, J. Y.; LEE, T. K.; SUNG, K-B. Otolith function in patients with head trauma. **Eur Arch Otorhinolaryngol**, v. 268, p. 1427-30, 2011.
- MARCUS, H. J. et al. Vestibular dysfunction in acute traumatic brain injury. **J Neurol**, v. 266, p. 2430-3, 2019.
- NAKAHARA, H. et al. Damaged utricular function clarified by oVEMP in patients with benign paroxysmal positional vertigo. **Acta Oto-Laryngologica**, v. 133, n. 2, p. 144-9, 2013.
- OH, S-Y; KIM, H-J; KIM, J-S. Vestibular-evoked myogenic potentials in central vestibular Disorders. **J Neurol**, v. 263, p. 210-20, 2016.
- PAPATHANASIOU, E. S.; MUROFUSHI, T.; AKIN F. W.; COLEBATCH, J. G. International guidelines for the clinical application of cervical vestibular evoked myogenic potentials: An expert consensus report. **Clin Neurophysiol**, v. 125, p. 658–66, 2014.
- ROSENGREN, S. M.; KINGMA H. New perspectives on vestibular evoked myogenic potentials. **Curr Opin Neurol**, v. 26, n. 1, p. 74-80, 2013.
- SALVIZA, M. et al. Diagnostic value of vestibular-evoked myogenic potentials in Ménière’s disease and vestibular migraine. **J Vestib Res** , v.25, p. 261-6, 2015.
- SCHERER, M. R. et al. Evidence of Central and Peripheral Vestibular Pathology in Blast-Related Traumatic Brain Injury. **Otol Neurotol**, v. 32, p. 571-80, 2011.
- SOLARINO, B. et al. Vestibular evoked myogenic potentials (VEMPs) in whiplash injury: a prospective study. **Acta Oto-Laryngologica**, v. 129, p. 976-81, 2009.

SREENIVASAN, A. et al. The clinical utility of vestibular evoked myogenic potentials in patients of benign paroxysmal positional vertigo. **J Clin Diagn Res**, v. 9, n. 6, p. 1-3, 2015. PMID:26266140

SWAN, A. A. et al. Sensory dysfunction and traumatic brain injury severity among deployed post-9/11 veterans: a chronic effects of neurotrauma consortium study. **Brain Inj**, v. 32, n. 10, p. 1-11, 2018.

ZUMA e MAIA, F. C. **Elementos práticos em Otoneurologia**. – 2ª ed. – Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

TRIAGEM NUTRICIONAL EM PACIENTES INTERNADOS NA EMERGÊNCIA CARDIOLÓGICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE BELÉM-PA



AMANDA VITÓRIA NUNES HENRIQUE

Escola Superior da Amazônia - ESAMAZ

RAYSSA CORREA PRADO DOS SANTOS

GANEP – Nutrição Humana

DERECK RAMON SANTANA DA CRUZ

Escola Superior da Amazônia - ESAMAZ

MARIA HOSANA BAIA DE CARVALHO

Escola Superior da Amazônia - ESAMAZ

RESUMO: Uma verdadeira epidemia de doenças crônicas vem sendo instalando no Brasil, onde as doenças cardiovasculares em projeções para 2020 representam a primeira causa de morte, com taxas de mortalidade que indicam variáveis de aumento para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). A pesquisa teve como objetivo detectar possíveis riscos nutricionais que os pacientes internados na emergência cardiológica podem apresentar. O presente estudo é de caráter descritivo, quantitativo e transversal, onde foram incluídos 39 pacientes cardiopatas adultos e idosos, de ambos os sexos, internados no Hospital de Clínicas Gaspar Viana (HCGV), que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Os instrumentos utilizados foram: fita métrica com 1,5 metros de comprimento da marca “Tander”, balança da marca “Welmy”, estadiômetro da marca “Sanny” e avaliação nutricional através da ferramenta de triagem nutricional NutritionalRiskScreening 2002 (NRS 2002). Os dados da coleta foram analisados com o auxílio do *software* Bioestat versão 5.0. Dos 39 pacientes cardiopatas avaliados, a idade média obtida foi de 65+12 anos, com mínimo de 41 e máximo de 90 anos. A maioria era do sexo masculino (69,23%), na fase de vida idosa (56,41%); Quanto as comorbidades asso-

ciadas, 15,38% eram diabéticos e 20,51% eram hipertensos. Em relação ao estilo de vida 10,26% eram etilistas e 5,13% eram tabagistas. Quanto ao escore final de risco nutricional, constatou-se que 64,10% se encontram sem risco nutricional, segundo a Triagem de risco nutricional NRS 2002. Houve diferença estatisticamente significativa. De modo geral, os pacientes internados na emergência de referência cardiológica com IAM não apresentam risco nutricional, não tiveram a ingestão alimentar afetada e nem perda de peso significativa, de acordo com a NRS 2002. Essa ausência de risco nutricional reforçada pela pesquisa, explica-se através da presença de quantitativos alarmantes de obesidade no mundo.

PALAVRA-CHAVE: Risco nutricional; Doenças cardiovasculares; Paciente cardiopata; Avaliação nutricional; Infarto Agudo do Miocárdio.

ABSTRACT: A real epidemic of chronic diseases is being installed in Brazil, where cardiovascular diseases in projections for 2020 represent the first cause of death, with mortality rates indicating increase variables for acute myocardial infarction (AMI). The objective of this research was to detect possible nutritional risks that patients admitted to the cardiology emergency may present. The present study is descriptive, quantitative and cross-sectional and includes 39 adults and elderly people, of both genders, cardiopaths, who were hospitalized at the Hospital das Clínicas Gaspar Viana (HCGV) and agreed to voluntarily participate in the study. The instruments used were: a measuring tape of 1.5 meters of the brand “Tander”, balance of the brand “Welmy”, stadiometer of the brand “Sanny” and nutritional evaluation using the nutritional screening tool NutritionalRiskScreening 2002 (NRS 2002). The

data of the collection were analyzed with the help of software Bioestat version 5.0. Of the 39 patients with heart disease, the mean age obtained was 65 ± 12 years, with a minimum of 41 and a maximum of 90 years. The majority were male (69.23%), in the elderly life stage (56.41%); and had a diagnosis of AMI with ST segment elevation (41.03%). As associated comorbidities, 15.38% were diabetics and 20.51% were hypertensive. Regarding lifestyle, 10.26% were alcoholics and 5.13% were smokers. Regarding the final nutritional risk score, 64.10% were found to be without nutritional risk according to the NRS 2002 nutritional risk screening. There was a statistically significant difference. In general, patients admitted to the emergency cardiology reference with AMI did not present nutritional risk, had neither food intake affected nor significant weight loss, according to NRS 2002. This lack of nutritional risk reinforced by the research, is explained by the presence of alarming numbers of obesity in the world.

KEYWORDS: Nutritional risk; Cardiovascular diseases; Cardiopathy patient; Nutritional assessment; Acute myocardial

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam a primeira causa de morte em projeções para 2020; Em comparação com 1990, as estimativas da taxa de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio(IAM) indicam porcentagens variáveis de aumento, por exemplo, 8% para homens em regiões desenvolvidas a 17% para homens da América latina. Assim, tais dados mostram que uma verdadeira epidemia de doenças crônicas que vem sendo gradativamente instalada nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil (CUPPARI, 2014). Existem diversos fatores que mantêm uma importante relação à doença coronariana nas populações, bem como o tabagismo, a inatividade física e a má alimentação, devido a dietas ricas em calorias, sódio, gorduras saturadas e gorduras trans, no qual também contribuem para o desenvolvimento e o progresso e aterosclerose. O desenvolvimento da aterosclerose está intimamente relacionado à

presença de fatores de risco que se dividem em dois grupos: os não modificáveis, os quais não são suscetíveis à modificações e/ou à eliminação, e os modificáveis, que podem ser modificados ou atenuados por mudanças de estilo de vida e/ou utilização de medicamentos (CUPPARI, 2014; SILVA; MURA, 2014).

A desnutrição associada a doença cardíaca caracteriza-se pela ingestão insuficiente de nutrientes ou má absorção devido a fatores individuais ou sistemáticos que resultam na perda de peso, piora do resultado da doença e no tratamento. O rastreio nutricional no início da internação hospitalar possibilita a identificação de características associadas a má nutrição, com a finalidade de prever a probabilidade de uma melhora ou piora na resposta nutricional com o objetivo de contemplar o aumento das necessidades de nutrientes devido à gravidade da doença (MEIRA, 2010). Avaliação do Risco Nutricional através da Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) desempenha o papel de toda a ferramenta de rastreamento nutricional, possibilitando a identificação de desnutrição ou o risco de desenvolvê-la. O instrumento pode ser considerado o mais recomendado em âmbito hospitalar, pois possibilita classificar o paciente segundo a deterioração do estado nutricional e gravidade da doença (FIDELIX, 2014).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o risco nutricional de pacientes internados na emergência cardiológica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1.1 Rastrear as possíveis alterações nutricionais que um paciente com infarto agudo do miocárdio (IAM) pode apresentar.

2.2.1 Identificar possíveis riscos de mortalidade em pacientes que apresentarem comprometimento do estado nutricional.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo caracterizou-se como de caráter descritivo, quantitativo e transversal. A amostra utilizada foi de 39 pacientes adultos e idosos, de ambos os sexos, internados na emergência cardiológica da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV). A coleta de dados foi iniciada em outubro e finalizada em novembro de 2018, com a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Foram inclusos no estudo a população cardiopata adulta e idosa de ambos os sexos internados no Hospital de Clínicas Gaspar Viana (HCGV) que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), durante o período de coleta de dados.

Os critérios de exclusão foram pacientes intubados graves com instabilidade hemodinâmicas, pacientes pediátricos e pacientes que se negaram a assinar o TCLE. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, com o objetivo de cumprir o disposto na Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Onde foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cada participante da pesquisa e devidamente assinado.

Durante a aplicação do questionário foi observado um desconforto e o constrangimento dos pacientes, devido a algumas questões contidas no protocolo acerca da patologia, assim como na aferição das medidas antropométricas, além do possível escapamento de informações dos pacientes avaliados. Para evitar possíveis danos, o pesquisador encontrou-se capacitado para a melhor segurança e para tornar a entrevista mais técnica possível.

Os instrumentos utilizados foram: fita métrica com 1,5 metros de comprimento da marca “Tander”, balança da marca “Welmy”, estadiômetro da marca “Sanny” e avaliação nutricional através da ferramenta de triagem nutricional NRS 2002, tendo como diferencial a idade do doente

e inclui todos os doentes cirúrgicos, com a finalidade de diagnosticar a desnutrição ou o risco de desenvolvê-la durante a internação hospitalar. Classificou-se doentes de acordo com a deteriorização do estado nutricional e a gravidade da doença, podendo defini-las como normal, ligeira, moderada ou grave, com um total de pontuação de 6. A idade sendo superior a 70 anos, acrescentou-se mais 1 ponto à pontuação final. O doente com uma pontuação igual ou superior a 3 é considerado em risco nutricional ou desnutrido. Os dados foram analisados no *software* Bioestat versão 5.0. Foi realizada a análise descritiva e inferencial dos dados. Foi aplicado o teste qui-quadrado (χ^2) para comparação de proporções, visando identificar uma possível diferença entre as categorias das variáveis avaliadas. Adotou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todos os testes estatísticos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 39 pacientes cardiopatas avaliados, a idade média obtida foi de 65+12 anos, com mínimo de 41 e máximo de 90 anos. A maioria era do sexo masculino (69,23%), na fase de vida idosa (56,41%). Quanto as comorbidades associadas, 15,38% eram diabéticos e 20,51% eram hipertensos. Em relação ao estilo de vida 10,26% eram etilistas e 5,13% eram tabagistas (Tabela 01).

TABELA 01: Perfil Epidemiológico e clínico de pacientes cardiopatas avaliados, Belém – PA, 2018.

Perfil epidemiológico e clínico	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	12	30.77
	Masculino	27	69.23
	Total	39	100.00
Fase da vida	Adulto	17	43.59
	Idoso	22	56.41
	Total	39	100.00
Diabetes	Não	33	84.62
	Sim	6	15.38
	Total	39	100.00
Hipertensão	Não	31	79.49
	Sim	8	20.51
	Total	39	100.00
Etilista	Ex	2	5.13
	Sim	4	10.26
	Não	33	84.62
	Total	39	100.00
Tabagista	Ex	4	10.26
	Sim	2	5.13
	Não	33	84.62
	Total	39	100.00

Fonte: Dos Autores, 2018.

De acordo com a (tabela 01), o número de pacientes avaliados do sexo masculino na fase idosa é mais prevalente do que do sexo feminino, o que concorda com o estudo de Souza et al.,(2018), que observou em uma amostra de 50 pacientes adultos e idosos de ambos os sexos diagnosticados com patologias cardiovasculares, que 56% dos pacientes eram (n=28) idosos e 44% (n=22) adultos; 58% (n=29) eram do sexo masculino e 42% (n=21) do sexo feminino, identificando a prevalência de homens e idosos em ambas as pesquisas. Tais dados podem sugerir a influência do estilo de vida dos homens no risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, pois a população masculina apresenta maior exposição a fatores de risco de forma mais intensa, além do fato do gênero procurar menos consultas médicas que a população feminina, trazendo uma forte realidade de seus estilos de vida poucos saudáveis, predispondo-os a doenças crônicas, além serem mais propensos às práticas curativas e menos aptos à prevenção.

Quanto alta prevalência em idosos explica-se por fatores fisiológicos inerentes ao processo de envelhecimento que estão diretamente ligados a fatores de risco cardiovasculares como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), aumento da massa gordurosa associado a sarcopenia, dislipidemias e o tempo de exposição a esses fatores, além de alterações anatômicas e funcionais. A vulnerabilidade do paciente idoso é em consequência de alterações anatômicas e funcionais do envelhecimento, diminuição da reserva cardíaca e doença aterosclerótica mais extensa por conta do tempo. Silva et. al., (2014) constatou em uma amostra de 116 pacientes idosos, em um estudo realizado em uma unidade de clínica médica em um hospital privado do Rio de Janeiro que 58,6% desses pacientes eram hipertensos e 25% eram diabéticos confirmando os resultados da (tabela 1), sobre a prevalência de diabetes e hipertensão como fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

O diabetes mellitus (DM) resulta no prolongamento da meia vida da lipoproteína de baixa densidade (LDL) facilitando sua oxidação e aumentando seu poder de agressão ao endotélio, que promovem a disfunção endotelial e a anormalidade inicial na formação de aterosclerose, por tanto, devido ao acúmulo de glicose e lipoproteínas nos vasos sanguíneos, o risco de desenvolvimento de trombos é maior. O aumento da pressão sanguínea tanto sistólica quanto diastólica também aumenta o risco de doenças coronarianas. A relação do aumento da pressão dos vasos sanguíneo (vasoconstrição) associado ao acúmulo de glicose e lipoproteínas no sangue decorrem na formação de trombos nas artérias do coração, resultando no desenvolvimento do infarto agudo do miocárdio (IAM). Esse conjunto de anormalidades aumenta o risco cardiovascular.

No presente estudo, em relação ao estilo de vida, 10%, 26 dos pacientes foram classificados como etilistas e 5,13% como tabagistas, assim como Lobato et al., (2014), que realizou um estudo em pacientes adultos idosos, de ambos os sexos, diagnosticados com infarto agudo do miocárdio (IAM) e constatou que 20,0 % dos etilistas eram do sexo masculino e 100,0 % do sexo feminino não eram etilista;80% dos homens eram tabagistas e 50% das mulheres, contudo, concluindo que a maioria dos pacientes avaliados eram tabagista, sendo mais frequente a prática entre homens, assim como o etilismo. Da mesma maneira, um estudo realizado por Ramos et al., (2013), no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Belém, PA, onde foram avaliados 223 prontuários de pacientes de ambos os sexos, de qualquer faixa etária, submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio em caráter

de urgência ou eletiva, constatou que 115 pacientes eram etilistas e 151 eram tabagistas reforçando ainda mais as evidências de que ambos são fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. O tabagismo influencia na prevalência de infarto agudo do miocárdio através de mecanismos que incluem maior oxidação de LDL colesterol, redução do HDL, aumento das moléculas de adesão, fibrogênio e aumento da disfunção endotelial.

Além disso, a alteração na pressão arterial sistêmica e na frequência cardíaca é comum, devido ao aumento da eupinefrina e noropinefrina plasmática. O etilismo é um fator de risco cardiovascular, pois o consumo rotineiro e elevado do álcool aumenta a pressão arterial sistêmica e desregula lipídeos e triglicerídeos, ocasionando um maior risco de infarto agudo do miocárdio (IAM), além de elevar a frequência cardíaca. No que diz respeito aos itens da Triagem inicial, 92,31% não apresentavam IMC < 20,52; 51,28% não perda de peso nos últimos três meses; 69,23% não teve redução da ingestão alimentar na última semana e 69,23% não era portador de doença grave, mal estado geral, ou em UTI (Tabela 02).

TABELA 02: Itens da Triagem Inicial de pacientes cardiopatas avaliados, Belém – PA, 2018.

Itens da Triagem Inicial	Categoria	n	%
Apresenta IMC < 20,52	NÃO	36	92.31
	SIM	3	7.69
	Total	39	100.00
Houve perda de peso nos últimos três meses?	NÃO	20	51.28
	SIM	19	48.72
	Total	39	100.00
Houve redução da ingestão alimentar na última semana?	NÃO	27	69.23
	SIM	12	30.77
	Total	39	100.00
Portador de doença grave, mal estado geral, ou em UTI?	NÃO	27	69.23
	SIM	12	30.77
	Total	39	100.00

Fonte: Dos autores, 2018.

De acordo com a (tabela 02) na triagem inicial, 92,31% dos pacientes internados não apresentavam índice de massa corporal (IMC) < 20,52 kg/m², 51,28% sem perda de peso nos últimos três meses; 69,23% não teve redução da ingestão alimentar na última semana e 69,23% não era portador de doença grave, mal estado geral, ou em UTI, tal como na pesquisa de Silva et al., (2018) que através de um estudo de caso, avaliou um idoso internado em um hospital de referência em Cardiologia, no Distrito Federal em março de 2018, o qual utilizou a Triagem de Risco Nutricional (NRS 2002), constando que o IMC encontrava-se superior a 23 kg/m² porém, com redução da ingestão alimentar na última semana e perda de peso de 1,5 kg há 3 meses e complicações agudas da doença.

Diante do presente estudo e da pesquisa avaliada, constatou-se a prevalência de IMC > 20,52 Kg/m² sendo o primeiro item com a resposta que contém na triagem, a partir desses estudos, conclui-se que a maioria dos pacientes cardiopatas, encontram-se com o índice de massa corporal (IMC) elevado. O que pode ser explicado devido ao diagnóstico nutricional de sobrepeso e o obesidade, no qual são importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares. Por tanto, não houve associação significativa entre ambas pesquisas, no que diz respeito a gravidade das complicações da doença, perda de peso nos últimos três meses e a redução na ingestão alimentar. O que pode ser explicado devido a boa aceitação alimentar e não redução de apetite em pacientes cardiopatas da atual análise, porém quando há complicações agudas da doença pode ser encontrado redução na ingestão alimentar, implicando diretamente na perda de peso e risco de desenvolver desnutrição. Em relação ao estado nutricional, segundo a triagem de risco nutricional, 38,46% apresenta características condizentes com o escore 1, leve (Tabela 03).

TABELA 03: Estado Nutricional de pacientes cardiopatas avaliados, Belém – PA, 2018.

Estado Nutricional	Categoria	N	%
Escore 0 Normal	Não	32	82.05
	Sim	7	17.95
	Total	39	100.00
Escore 1 Leve	Não	24	61.54
	Sim	15	38.46
	Total	39	100.00
Escore 2 Moderado	Não	32	82.05
	Sim	7	17.95
	Total	39	100.00
Escore 3 Grave	Não	39	100.00
	Sim	0	0.00
	Total	39	100.00

Fonte: Dos autores, 2018.

De acordo com a (tabela 03) 38,46 % dos pacientes através da NRS 2002 foram classificados em escore leve 1, segundo o estado nutricional, o que indica perda de peso > 5% em 3 meses ou ingestão alimentar na última semana entre 50 - 75% das necessidades nutricionais, segundo o estudo de Leonhardt e Paludo (2013), que avaliou 47 prontuários de pacientes em regime de internação incluindo adultos e idosos de ambos os sexos, observou que 80,9% apresentaram perda de peso nos últimos três meses, 72,3% redução da ingestão alimentar na última semana e apenas 10,6% dos pacientes divergindo dos resultados obtidos. Pacientes cardiopatas constantemente encontram-se com sobrepeso e obesidade, e quando avaliados segundo a NRS 2002, dificilmente são classificados em escore maior que 1, devido a não redução do apetite e a boa aceitação alimentar via oral.

Estado diferente de pacientes cirúrgicos que são frequentemente avaliados com perda de peso alta e diminuição da ingestão alimentar, perda de apetite devido a relação com a gravidade da doença ou mal estado geral. O estado nutricional de um paciente hospitalizado é capaz de interferir na sua

evolução clínica, visto que a desnutrição piora o prognóstico clínico e eleva o risco de mortalidade. Fato que na maioria dos pacientes do referido estudo, não foi observado. Quanto a gravidade da doença, segundo a triagem de risco nutricional, 71,79% apresenta características condizentes com o escore 1, leve (Tabela 04).

TABELA 04: Gravidade da Doença de pacientes cardiopatas avaliados, Belém – PA, 2018.

Gravidade da Doença	Categoria	n	%
Escore 0 Normal	Não	39	100.00
	Sim	0	0.00
	Total	39	100.00
Escore 1 Leve	Não	11	28.21
	Sim	28	71.79
	Total	39	100.00
Escore 2 Moderado	Não	37	94.87
	Sim	2	5.13
	Total	39	100.00
Escore 3 Grave	Não	39	100.00
	Sim	0	0.00
	Total	39	100.00

Fonte: Dos autores, 2018.

Em relação a gravidade da doença, segundo a triagem de risco nutricional, 71,79% apresentam características condizentes com o escore 1, leve (Tabela 04). Dessa forma, essa prevalência explicasse de acordo com os critérios de inclusão, onde os pacientes avaliados pela triagem foram somente com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), pois o hospital é referência nesse atendimento. Sabe-se que o público estudado normalmente é acometido por diabetes e hipertensão, no qual são os principais fatores do escore 1. Diferente do estudo de Ferreira et al (2017), que avaliou 120 pacientes através da Triagem de risco nutricional (NRS 2002), no estado do Ceará, onde todos estavam com a gravidade da doença moderada, pontuando escore 2, o qual o AVC está inserido.

Já no estudo de Leonhardt e Paludo (2013) que avaliou também através da NRS 2002, 47 pacientes internados, com idade entre 20 e 96 anos no Rio Grande do Sul, o qual pontuou na gravidade da doença 33 pacientes como escore leve, 8 pacientes como moderado e 5 pacientes como grave. Conforme a ferramenta de triagem NRS 2002, a pontuação do escore na gravidade da doença é determinada de acordo com a patologia do paciente. Haja vista que, o público estudado atendido na referência de cardiologia pontua nesse escore, devido as comorbidades como diabetes, hipertensão e o infarto agudo do miocárdio (IAM) que é uma doença crônica. No que se refere a avaliação antropométrica, constatou-se que, segundo o IMC, 46,15% apresentavam sobrepeso e de acordo com a %CB, 28,57% apresentavam sobrepeso (Tabela 05).

TABELA 05: Perfil antropométrico de pacientes cardiopatas avaliados, Belém – PA, 2018.

Perfil Antropométrico	Categoria	n	%
IMC	Desnutrição	3	7.69
	Eutrofia	8	20.51
	Sobrepeso	18	46.15
	Obesidade I	8	20.51
	Obesidade II	2	5.13
	Obesidade III	0	0.00
	Total	39	100.00
%CB	Desnutrição Grave	0	0.00
	Desnutrição Moderada	1	3.57
	Desnutrição Leve	5	17.86
	Eutrofia	13	46.43
	Sobrepeso	8	28.57
	Obesidade	1	3.57
	Total	28	100.00

Fonte: Dos autores, 2018.

O perfil antropométrico prevalente no presente estudo, é de sobrepeso e obesidade, dados semelhantes podem ser observado no estudo realizado por Quirino et al., (2014) que através de uma pesquisa com 40 pacientes acometidos com síndromes metabólicas atendidos no ambulatório de nutrição do programa RC, do Serviço de Cirurgia Cardíaca do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), na cidade do Rio de Janeiro, constatou através da avaliação antropométrica que 77,5% dos pacientes encontravam-se com IMC superior ao recomendado. Assim como, uma pesquisa apresentada por Tischler (2013) constatou que de 96 indivíduos estudados em uma clínica escola de nutrição localizada no município Lauro de Freitas, com obesidade e hipertensão arterial sistêmica que é um fator de risco para doenças cardiovasculares, com idade entre 20 a 60 anos, observou que segundo o IMC, 55,2 % dos pacientes estavam em obesidade grau I, 28,1 % em obesidade grau II e 16,7% em obesidade grau III.

Não foi observado uma correlação positiva significativa entre o índice de massa corporal (IMC) e a circunferência do braço (CB), que é um indicador antropométrico de estado nutricional, onde mostrou que 46,43 %, ou seja, a maioria, dos pacientes estão eutróficos. Apesar da avaliação segundo o IMC ser prático e de fácil realização, além de se correlacionar bem com a gordura corporal total em adultos, o mesmo não distingue se o valor final é de gordura corporal ou massa de magra, e não diferencia a composição corporal total, podendo dar falsos diagnósticos de sobrepeso e ou obesidade. O que pode ser explicação para o fato dos resultados do estado nutricional realizado através da circunferência do braço (CB) serem com prevalência de diagnóstico de eutrofia e a avaliação segundo o IMC ser de sobrepeso. Quanto ao escore final de risco nutricional, constatou-se que 64,10% se encontram sem risco nutricional, segundo a Triagem de risco nutricional NRS 2002. Houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 06).

TABELA 06: Escore final de risco nutricional de pacientes cardiopatas avaliados, 2018.

Escore Final	n	%	p
Com Risco	14	35.90	0.0048
Sem Risco	25	64.10	
Total	39	100.00	

Nota: *Qui-quadrado: $p < 0,05$ - diferenças significativas.

Fonte: Dos autores, 2018.

Tendo em consideração o estado nutricional segundo a triagem de risco nutricional NRS 2002, o estudo realizado por Souza et al., (2018) encontrou sobre uma amostra de 50 pacientes que 30% (n=15) encontrava-se com risco nutricional e 70% (n=35) dos pacientes não estavam em risco nutricional. Da mesma forma, na pesquisa de Veras et al., (2016), com uma amostra de n= 45 pacientes de ambos os sexos, admitidos nas primeiras 36 horas na Unidade de Cirurgia Geral, observou que 62% (n= 28) não apresentaram risco nutricional e 37,8% (n=17) apresentaram risco nutricional.

Em um estudo realizado por Calazans et. al., (2015) em pacientes cirúrgicos submetidos a triagem nutricional nas primeiras 24 48 horas, observou que segundo a NRS- 2002 86,7% dos pacientes encontravam-se bem nutridos e segundo a ASG 76,7% estavam bem nutridos. Os resultados das pesquisas e do presente trabalho demonstraram concordância a certa da superioridade das estatísticas dos valores de pacientes sem risco nutricional.

A alta prevalência de pacientes cardiopatas sem risco nutricional segundo o escore final, pode ser explicado pelo fato da maioria dos pacientes cardiopatas avaliados não apresentarem IMC < 20,52, kg/m² indicando uma menor taxa de indivíduos com desnutrição, pouca perda de peso, pouca redução da ingestão alimentar, porém mesmo se houvesse perda de peso, a relação entre peso atual e perda de peso provavelmente não implicaria no IMC geral, visto que a maioria não perdeu quantidade significativa de peso em 3 meses e apresentavam sobrepeso ou obesidade. Além de que a maioria dos pacientes com cardiopatia apresentam poucas manifestações como o mal estado geral e não possuem limitações referente a aceitação alimentar ou perda de apetite, justificando a prevalência de pacientes sem risco de desenvolver desnutrição.

5. CONCLUSÃO

A epidemia que se instalou no Brasil de doenças crônicas não transmissíveis tem uma importante relação com os fatores de risco modificáveis, levando em consideração principalmente, o estilo de vida adotado por esses pacientes. Toda via, os resultados da pesquisa reafirmam essa variável, onde a maioria da população estudada e avaliada possui um perfil nutricional classificado como sobrepeso, de acordo o Índice de Massa Corporal (IMC).

Contudo, as doenças cardiovasculares (DCV) ainda são consideradas como principal causa de morte no mundo e atentando para isso, as estatísticas só apontam aumento. Pensando nisso, o presente estudo concluiu que a causa para o desenvolvimento de DCV persiste em hábitos não

saudáveis, além das comorbidades como a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, e o tabagismo e etilismo, que se fizeram presente nos antecedentes desses pacientes. Por tanto, atentar-se para o estado nutricional da população para traçar estratégias de prevenção na população adulta e obter posteriormente ou imediatos resultados positivos na população idosa.

Dessa forma, destacamos um alerta para a importância da triagem nutricional na admissão para a prática clínica. Através delas, a detecção de pacientes na faixa etária de idosos, o qual é a faixa etária que apresenta maior risco nutricional de acordo com a idade, para obter resultados positivos no tratamento nutricional e melhora clínica.

De modo geral, os pacientes internados na emergência de referência cardiológica com IAM não apresentam risco nutricional, não tiveram a ingestão alimentar afetada e nem perda de peso significativa, de acordo com a NRS 2002. Essa ausência de risco nutricional reforçada pela pesquisa, explica-se através da presença de quantitativos alarmantes de obesidade no mundo, onde a transição nutricional ainda se faz presente devido o comportamento alimentar da população, que ainda encontra-se de maneira não saudável.

RERERÊNCIAS

CALAZANS, D.C.S. et al. Triagem Nutricional em Pacientes Cirúrgicos de um Hospital Universitário de Vitória, ES, Brasil. **Nutrição Clínica Dietética Hospitalar** .35(3):34-41, 2015.

CUPPARI, L. Nutrição Clínica no Adulto. 3ª edição. Manole. v. 3 p. 569, 2014.

FIDELIX, M. S. P. Sistematização do Cuidado de Nutrição. **Associação Brasileira de Nutrição**. São Paulo; p.66, 2014.

LOBATO, et al. Indicadores Antropométricos de Obesidade em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista Brasileira Cardiologia**. ;27(3):203-212, 2014. LOPES, A.C.P. **Doença Coronária**. Série Clínica Médica Ciência e Arte. Ed. Atheneu. v.1, 2005.

LEONHARD, V.K; PALUDO. J. Identificação do Risco Nutricional em Pacientes Hospitalizados Através da Triagem Nutricional. **Revista Destaques Acadêmicos**. v. 5, n.3, 2013.

MEIRA, O.M.A. Aplicação do protocolo de risco nutricional (NRS 2002) aos doentes internados no Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar do Porto – **Hospital de Santo Antônio**. Edição do Autor. Porto: Trabalho de Investigação - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, 2010.

QUIRINO, C.S.P. et al. Síndrome Metabólica em Pacientes Atendidos em Programa de Reabilitação Cardíaca. **Revista Brasileira Cardiologia**. 27(3):180-188, 2014.

RAMOS, A.R.W. et al. Preditores de mortalidade na cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Cardiologia**. 26(3):193-9, 2013.

SILVA, S.M.C.S.; MURA, J. D. P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**; 2. Ed. São Paulo: Roca, 2014.

SILVA, A.S; MARINHO, C.I; MOREIRA, A. B. Risco nutricional em pacientes idosos hospitalizados como determinante de desfechos clínicos. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro; v.8, 2014.

SILVA, A.P.S. et. al. Estado nutricional de um paciente idoso com infarto agudo do miocárdio internado para cirurgia de revascularização do miocárdio no período pré e pós-operatório. **Revista Científica Sena Aires**. 8(1): 78-86, 2018.

TISCHLER, A.B. Caracterização do perfil corporal de pacientes obesos e portadores de hipertensão arterial sistêmica admitidos em uma clínica-escola de nutrição no município de Lauro de Freitas-BA. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**; São Paulo. v.7, n.38, p 27-34, 2013.



UNIEDUSUL
EDITORA

wbook
Gráfica e Editora