

Organizadores:
Keyla Liana Bezerra Machado
Luiza Ranyele Gonçalves Rezende
Bruno de Barros Miguez
Bruna Menezes Souza de Jesus
Antônio Fabrício Alves Ferreira

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

clínica e cirúrgica

volume 2



Keyla Liana Bezerra Machado
Luiza Ranyele Gonçalves Rezende
Bruno de Barros Miguez
Bruna Menezes Souza de Jesus
Antônio Fabrício Alves Ferreira
(Organizadores)

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA CLÍNICA E CIRÚRGICA

volume 2

Editora Pascal
2024

Editor Chefe: Prof. Dr. Patrício Moreira de Araújo Filho

Edição e Diagramação: Eduardo Mendonça Pinheiro

Edição de Arte: Marcos Clyver dos Santos Oliveira

Bibliotecária: Rayssa Cristhália Viana da Silva – CRB-13/904

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Dr^a. Priscila Xavier de Araújo

Dr^a. Maria Raimunda Chagas Silva

Dr^a. Luana Martins Cantanhede

Dr^a. Eliane Rosa da Silva Dilkin

Dr^a. Anna Christina Sanazario de Oliveira

Dr. George Alberto da Silva Dias

Dr. Aruanã Joaquim Matheus Costa Rodrigues Pinheiro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S296u

Coletânea Urgência e emergência clínica e cirúrgica / Keyla Liana Bezerra Machado, Luiza Ranyele Gonçalves Rezende, Bruno de Barros Miguez, Bruna Menezes Souza de Jesus e Antônio Fabrício Alves Ferreira (Orgs.). — São Luís: Editora Pascal, 2024.

95 f. : il.: (Urgência e emergência clínica e cirúrgica; v. 2)

Formato: PDF

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-6068-107-1

D.O.I.: 10.29327/5439038

1. Gestante. 2. Cirurgia. 3. Emergências obstétricas. 4. Saúde. I. Machado, Keyla Liana Bezerra II. Rezende, Luiza Ranyele Gonçalves. III. Miguez, Bruno de Barros. IV. Ferreira, Antônio Fabrício Alves. V. Título.

CDU: 612.63+616-089; 617::618.2

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

2024

www.editorapascal.com.br

APRESENTAÇÃO

Caro leitor, está é uma obra dos discentes e pesquisadores de cursos da área da saúde do Brasil. As altas taxas de mortalidade materna representam um desafio à saúde pública em nosso país. Ao não se garantir o acesso seguro ao evento da maternidade, impõe-se às mulheres o mais sério limite ao exercício dos direitos reprodutivos e, portanto, à condição de cidadania. Embora o risco de óbito tenha se reduzido no Brasil com a ampliação do acesso ao pré-natal e ao parto institucional, ainda há muito a fazer. Para evitar a morte de muitas mulheres, é fundamental o pronto e adequado atendimento às emergências obstétricas. Este livro irá contribuir, com certeza, para garantir à gestante uma assistência mais efetiva, através de informações com caráter científico.

Fique à vontade! Boa Leitura!

ORGANIZADORES

Keyla Liana Bezerra Machado

Farmacêutica pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Mestrado em andamento no Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Piauí (PPGCF/UFPI). Atua na linha de pesquisa de Farmacologia e Toxicologia dos Produtos Naturais e Sintéticos no Laboratório de Neurociência do Comportamento Adictivo (LNCA). Possui pós-graduação em Atenção Farmacêutica pela FaSouza. Possui pós-graduação em andamento em Farmácia Clínica e Hospitalar na FACULESTE.

Luiza Ranyele Gonçalves Rezende

Graduanda em Medicina pela Faculdade de medicina de Olinda Participou da fundação do projeto de extensão, intitulado: Desvendando o sistema digestivo: práticas de ensino para discentes e desmitificação para a sociedade. Possui trabalhos científicos publicados em congressos nacionais. Artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais voltados para a área de Saúde Pública além de participação na organização de eventos sociais voltados a Prevenção primária em Saúde.

Bruno de Barros Miguez

Graduanda em Medicina pela Faculdade de medicina de Olinda Participou da fundação do projeto de extensão, intitulado: Desvendando o sistema digestivo: práticas de ensino para discentes e desmitificação para a sociedade. Possui trabalhos científicos publicados em congressos nacionais. Artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais voltados para a área de Saúde Pública além de participação na organização de eventos sociais voltados a Prevenção primária em Saúde.

Bruna Menezes Souza de Jesus

Acadêmica em Enfermagem pela Faculdade Adventista da Bahia - FADBA/UNIAENE. É bolsista pelo Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - PET Saúde Equidade, pelo Ministério da Saúde (2024.1-presente). Foi bolsista PIBIC em Iniciação Científica pelo GIE-PERS - Grupo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Educação, Religião e Saúde (2022.1 - 2024.1). É membro do GESPON - Grupo de Estudos na Saúde da População Negra (2024.1 - presente). Possui publicações com ênfase em urgência e emergência, saúde da mulher, saúde do neonato, saúde do adulto, saúde do idoso, saúde da criança, educação em saúde, gestão. Também possui função como: monitora dos componentes curriculares: Assistência de Enfermagem ao Adulto I, na modalidade Problem Based Learning - PBL (2024.1 - presente), Semiotécnica de Enfermagem (2023.2), Semiologia de Enfermagem (2023.1), Bases Morfofuncionais II (2022.2), Ciências Morfológicas e Biomoleculares (2022.1), faz parte da direção da Liga Acadêmica de Urgência e Emergência em Enfermagem (LUENF, 2022.1 - presente), a qual, possui cargo de Secretária (2023.1 - presente), Diretora Científica (2022.1, 2022.2), bem como, ligante na Liga Acadêmica de Pesquisa e Iniciação Científica - LAPIC (2023.2 - presente). É estagiária extracurricular voluntária da Unidade de Saúde da Família Esmeraldo Damasceno e CME da Clínica Adventista da Bahia (2024.1 - presente).

ORGANIZADORES

Antônio Fabrício Alves Ferreira

Graduado em Odontologia. Especializando em Docência no Ensino Superior e Saúde Pública pela Faculdade Anhanguera. Membro Aspirante da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica (SBPqO). Atua como Coordenador e Diretor dos cursos da Saúde do Instituto ProFuturo - Excelência no Ensino. Possui apresentações de trabalhos em eventos científicos Nacionais e Internacionais, livros, capítulos de livro, artigos e e-books publicados, além de participar de organizações de eventos.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	10
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: A INCLUSÃO DE CRIANÇAS COM TDAH NO AMBIENTE ESCOLAR	
<i>Keyla Liana Bezerra Machado</i>	
<i>Jonas Felipe Bonato</i>	
<i>Paulo Gomes do Nascimento Corrêa</i>	
<i>Geverson Oliver de Assis Oliveira</i>	
<i>João Ricardo Cavalcanti do Nascimento</i>	
<i>Ana Paula Fernandes Batista</i>	
<i>Livya Dy Paolla Sousa Paz Silva</i>	
<i>Nilma Amaral Andrade</i>	
<i>Luiza Ranyele Gonçalves Resende</i>	
<i>Bruno de Barros Miguez</i>	
<i>Graceniilde Rodrigues de Alcantara Lima</i>	
<i>Antônio Fabrício Alves Ferreira</i>	
<i>Lorena Rebouças da Silva</i>	
<i>Ana Kaelle Costa de Oliveira</i>	
CAPÍTULO 2.....	28
DOENÇA DE ALZHEIMER: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO DIANTE DAS DIFICULDADES AO PORTADOR E CUIDADOR	
<i>Keyla Liana Bezerra Machado</i>	
<i>Jonas Felipe Bonato</i>	
<i>Paulo Gomes do Nascimento Corrêa</i>	
<i>Geverson Oliver de Assis Oliveira</i>	
<i>João Ricardo Cavalcanti do Nascimento</i>	
<i>Ana Paula Fernandes Batista</i>	
<i>Livya Dy Paolla Sousa Paz Silva</i>	
<i>Nilma Amaral Andrade</i>	
<i>Luiza Ranyele Gonçalves Resende</i>	
<i>Bruno de Barros Miguez</i>	
<i>Graceniilde Rodrigues de Alcantara Lima</i>	
<i>Antônio Fabrício Alves Ferreira</i>	
<i>João Victhor Sousa Chagas</i>	
CAPÍTULO 3.....	43
FATORES QUE INFLUENCIAM O SURGIMENTO DE DISTÚRBIOS ALIMENTARES RELACIONADOS COM A INSATISFAÇÃO CORPORAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA	
<i>Keyla Liana Bezerra Machado</i>	
<i>Jonas Felipe Bonato</i>	

Paulo Gomes do Nascimento Corrêa
Geverson Oliver de Assis Oliveira
João Ricardo Cavalcanti do Nascimento
Ana Paula Fernandes Batista
Livya Dy Paolla Sousa Paz Silva
Nilma Amaral Andrade
Luiza Ranyele Gonçalves Resende
Bruno de Barros Miguez
Graceni de Rodrigues de Alcantara Lima
Antônio Fabrício Alves Ferreira

CAPÍTULO 458

REVISÃO DAS EVIDÊNCIAS EXISTENTES PARA O TRATAMENTO DA ESCLOROSE MÚLTIPLA COM DROGAS IMUNOMODULADORAS

Keyla Liana Bezerra Machado
Jonas Felipe Bonato
Paulo Gomes do Nascimento Corrêa
Geverson Oliver de Assis Oliveira
João Ricardo Cavalcanti do Nascimento
Ana Paula Fernandes Batista
Livya Dy Paolla Sousa Paz Silva
Nilma Amaral Andrade
Luiza Ranyele Gonçalves Resende
Bruno de Barros Miguez
Graceni de Rodrigues de Alcantara Lima
Dalhane Stephany da Conceição Coutinho
João Victhor Sousa Chagas

CAPÍTULO 5.....72

CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS CAMINHONEIROS: ANÁLISE DOS ÍNDICES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Keyla Liana Bezerra Machado
Jonas Felipe Bonato
Paulo Gomes do Nascimento Corrêa
Geverson Oliver de Assis Oliveira
João Ricardo Cavalcanti do Nascimento
Ana Paula Fernandes Batista
Livya Dy Paolla Sousa Paz Silva
Nilma Amaral Andrade
Luiza Ranyele Gonçalves Resende
Bruno de Barros Miguez
Graceni de Rodrigues de Alcantara Lima
Lorena Rebouças da Silva

CAPÍTULO 6.....84

IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO PARA O DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO E A RELAÇÃO COM HÁBITOS DELETÉRIOS

Keyla Liana Bezerra Machado

Jonas Felipe Bonato

Paulo Gomes do Nascimento Corrêa

Geverson Oliver de Assis Oliveira

João Ricardo Cavalcanti do Nascimento

Ana Paula Fernandes Batista

Livya Dy Paolla Sousa Paz Silva

Nilma Amaral Andrade

Luiza Ranyele Gonçalves Resende

Bruno de Barros Miguez

Gracenilde Rodrigues de Alcantara Lima

Igor Marcel Caffarena Jorge

Juliana de Fátima da Conceição Veríssimo Lopes

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: A INCLUSÃO DE CRIANÇAS COM TDAH NO AMBIENTE ESCOLAR

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: THE INCLUSION OF CHILDREN WITH ADHD IN THE SCHOOL ENVIRONMENT

Keyla Liana Bezerra Machado¹

Jonas Felipe Bonato²

Paulo Gomes do Nascimento Corrêa³

Geverson Oliver de Assis Oliveira⁴

João Ricardo Cavalcanti do Nascimento⁵

Ana Paula Fernandes Batista⁶

Livya Dy Paolla Sousa Paz Silva⁷

Nilma Amaral Andrade⁸

Luiza Ranyele Gonçalves Resende⁹

Bruno de Barros Miguez⁹

Gracenilde Rodrigues de Alcantara Lima¹⁰

Antônio Fabrício Alves Ferreira¹¹

Lorena Rebouças da Silva¹²

Ana Kaelle Costa de Oliveira¹³

- 1 Farmacêutica e Mestranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Piauí – UFPI
- 2 Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas
- 3 Discente do Programa de Pós-Graduação em Tecnologias Aplicadas a Animais de Interesse regional.
- 4 Mestrando em Tecnologias Emergentes em Educação
- 5 Graduando em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba
- 6 Graduanda em Medicina pela Universidade Ceuma de Imperatriz
- 7 Graduada em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras de São Luís
- 8 Especialista em Saúde Pública pela Universidade Católica Dom Bosco
- 9 Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina de Olinda
- 10 Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Teresinha
- 11 Graduado em Odontologia pela Faculdade Anhanguera de São Luís
- 12 Graduanda em Medicina pela UNIT- AL
- 13 Graduanda em Ciências Biológicas pelo Instituto Federal do Piauí – IFPI

Resumo

O referido estudo tem como objetivo geral compreender a contribuição pedagógica, no TDAH promovendo o conhecimento e uma pedagogia igualitária e inclusiva. Já os objetivos específicos contemplam elucidar a contextualização do tema destacando a educação inclusiva e seus precursores históricos, além de caracterizar os principais conceitos e definições do transtorno em estudo, estabelecer possíveis práticas pedagógicas na pedagogia igualitária e inclusiva e tratar de medicalização pela falta de respeito ao verdadeiro diagnóstico. Diante do exposto, a escolha deste tema deve-se à falta profissionais qualificados para desenvolver um ensino e aprendizagem para alunos hiperativos nas escolas públicas ou privadas, e a necessidade de se trabalhar com esses alunos socialmente atendendo assim tal demanda. O estudo foi desenvolvido sob uma abordagem de pesquisa exploratória com metodologia descritiva e método qualitativo, no qual destaca a utilização da concepção de vários autores para o embasamento do referencial teórico no qual aponta-se Barkley (2018), Corsi (2011), Costa (2012), Cunha (2018), Ferreira e Guimarães (2013), Gallagher (2017), Glat (2018), Leineker e Rodrigues (2013), Mantoan (2017), Mazzota (2018) e outros que são complementados por instituições como o Ministério da Educação e Cultura (MEC), além de Ministério da Justiça que dão veracidade ao que está sendo discutido no escopo da pesquisa. Deste modo, a fundamentação teórica está embasada através de fontes bibliográficas disponíveis, como livros, jornais, revistas, sites que abordam a temática para melhor fundamentar suas ideias, conceitos e concepções. A realização da pesquisa bibliográfica sobre esta temática teve como resultado a constatação de que a presença do TDAH caracterizado por comportamentos de desatenção, impulsividade, desassossego e principalmente a hiperatividade que ocorre na maioria dos casos em crianças, mas também em adolescentes e podem perdurar até a fase adulta, faz com que professores, pais, família em geral e outros profissionais como psicopedagogo tenham uma função essencial nos cuidados com esses portadores desta condição clínica. Assim, a inclusão das crianças com TDAH no ambiente escolar pode tornar-se uma tarefa facilitada pelo empenho de todos os envolvidos no contexto educacional.

Palavras-chave: TDAH; Inclusão; Ambiente escolar; Desafios. Educação.

Abstract

This study has as general objective to understand the pedagogical contribution in ADHD promoting knowledge and an egalitarian and inclusive pedagogy. The specific objectives, on the other hand, include elucidating the contextualization of the theme, highlighting inclusive education and its historical precursors, in addition to characterizing the main concepts and definitions of the disorder under study, establishing possible pedagogical practices in egalitarian and inclusive pedagogy and dealing with medicalization due to the lack of respect for true diagnosis. Given the above, the choice of this theme is due to the lack of qualified professionals to develop teaching and learning for hyperactive students in public or private schools, and the need to work with these students socially, thus meeting such demand. The study was developed under an exploratory research approach with descriptive methodology and qualitative method, which highlights the use of the conception of several authors to support the theoretical framework in which Barkley (2018), Corsi (2011), Costa (2012), Cunha (2018), Ferreira and Guimarães (2013), Gallagher (2017), Glat (2018), Leineker and Rodrigues (2013), Mantoan (2017), Mazzota (2018) and others that are complemented by institutions such as the Ministry of Education and Culture (MEC), in addition to the Ministry of Justice, which give veracity to what is being



discussed in the scope of the research. Thus, the theoretical foundation is based on available bibliographic sources, such as books, newspapers, magazines, websites that address the theme to better support their ideas, concepts and conceptions. The bibliographical research on this theme resulted in the finding that the presence of ADHD characterized by behaviors of inattention, impulsivity, restlessness and especially hyperactivity that occurs in most cases in children, but also in adolescents and can last until the adult stage, makes teachers, parents, family in general and other professionals such as educational psychologists have an essential role in caring for these patients with this clinical condition. Thus, the inclusion of children with ADHD in the school environment can become a task facilitated by the efforts of everyone involved in the educational context.

Key-words: ADHD; Inclusion; School environment; Challenges. Education.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) vem sendo considerada uma dificuldade de aprendizagem dentro de uma sociedade letrada, encontrando obstáculos, relaciona-se a alguns aspectos políticos, sociais, linguísticos e cognitivos, havendo ainda, resquícios de preconceito que se encontra enraizados na sociedade.

Os atores sociais envolvidos no processo do TDAH são os professores, os alunos, a gestão escolar e a comunidade, dos quais muitos desses não se encontram em condições para desenvolver o processo e projetos correlacionados ao assunto, uma vez que, o déficit na formação e informação desses profissionais ainda é muito grande.

A temática apresentada tem sofrido várias dificuldades diante do contexto escolar devido à falta de interesse da sociedade e também pela falta de disponibilidade de materiais desenvolvidos para se trabalhar na área docente. Portanto, a função do trabalho em questão é apresentar uma metodologia a qual possa transformar o âmbito escolar adequado e especializado para os discentes e docentes, tornando assim o ambiente escolar igualitário.

O TDAH faz parte da vida de muitas crianças e em sua vida escolar. No entanto, muitas destas crianças chegam à escola sem um diagnóstico prévio por parte dos pais que não se deram conta de que possui um filho com habilidades especiais, o que acarreta o caminho para uma solução mais fácil por parte do professor, nesse caso a medicalização.

Muitos educadores ignoram que algumas crianças podem possuir algum distúrbio de aprendizagem que ainda não foi diagnosticado pelos pais. Daí dá-se início aos medicamentos para acalmar estas crianças, na tentativa de que as mesmas estejam mais calmas e que não venham a causar problemas nas aulas.

Tais pensamentos devem ser excluídos nas mentes de professores e procurar a fazer mudanças e atitudes em aula de aula e fora da mesma para incluir o aluno especial nas atividades escolares e extraescolares para que o mesmo se conforte e se sinta aceito como membro do grupo ao qual pertence. Adiciona-se a isso a concepção ultrapassada e tradicional da educação, além da falta de atenção dos pais em relação ao verdadeiro problema que afronta seu filho, traz como consequência, a medicalização de forma desnecessária prejudicando ainda mais a capacidade dessa criança de desenvolver-se de forma saudável no ambiente escolar, alimentando problema sem longo prazo o tornará um adulto retraído, com dificuldade de aprendizagem, contato com o próximo e sem capacidade de autonomia em suas decisões.

Diante do exposto, tendo-se a concepção da relevância da abordagem desta temática,

a escolha deste tema deve-se à falta de profissionais qualificados para desenvolver um ensino e aprendizagem para alunos hiperativos nas escolas públicas ou privadas, e a necessidade de se trabalhar com esses alunos socialmente atendendo assim tal demanda. Tendo em vista também que o aluno hiperativo é o que mais perde, pois quando o professor passa o conteúdo em sala de aula, muitas vezes quando não identificada o transtorno se torna uma barreira intransponível, trazendo uma dificuldade de aprendizado e uma dificuldade de ensinar, em muitos casos ocasionando a exclusão tanto na sociedade como no âmbito escolar. Deste modo o estudo tem a seguinte problemática: Como deve ser realizada a inclusão das crianças com TDAH no ambiente escolar?

Assim, o referido estudo tem como objetivo geral compreender a contribuição pedagógica, no TDAH promovendo o conhecimento e uma pedagogia igualitária e inclusiva. Já os objetivos específicos contemplam elucidar a contextualização do tema destacando a educação inclusiva e seus precursores históricos, além de caracterizar os principais conceitos e definições do transtorno em estudo, estabelecer possíveis práticas pedagógicas na pedagogia igualitária e inclusiva e tratar de medicalização pela falta de respeito ao verdadeiro diagnóstico.

Ressalta-se que este estudo pretende apenas contribuir para um melhor entendimento a respeito da patologia em si, além do comportamento das crianças, das formas de diagnóstico e da importância da atuação multiprofissional diante de quadros de TDAH, não tendo o objetivo de ser considerado como um trabalho de referência com padrões ou normas que possam ser seguidas por educadores e outros profissionais, mas sim com o intuito de informar esta classe de profissionais.

2. EDUCAÇÃO INCLUSIVA

Este capítulo demonstra os marcos históricos da educação inclusiva, assim como os conceitos e definições do TDAH destacando a escola e seu compromisso, além da sua função consoante à presença de alunos com este tipo de transtorno destacando os seus sinais e sintomas e o que deve ser realizado para melhorar o comportamento e inserir esses indivíduos de maneira adequada no ambiente escolar.

2.1 A inclusão e seus desdobramentos

A escola é considerada a instituição responsável por introduzir os indivíduos da vida familiar e particular para a sociedade, tendo como função social reguladoras e formativa para alunos. O conhecimento produzido nela é, certamente, revestido de valores éticos, políticos e estéticos, no qual os alunos têm necessidade de serem identificados e, ainda que esta seja liberal e vez por outra descarte modelos coercivos e totalizadores de ensino e de gestão, a sua função social nunca será descartada.

Ela necessita, sim, assumir um compromisso real com as profundas mudanças sociais, a partir do aprimoramento das relações entre os cidadãos, com o devido respeito e cuidado em relação ao mundo que o rodeia o indivíduo, seja pelo plano físico e também aos bens culturais que circundam as pessoas. Acima de tudo, esta instituição possui a função de criar meios que possam ensinar os alunos a compartilharem o conhecimento, os diferentes sentidos das coisas, assim como as emoções, promovendo a discussão, bem como a troca de pontos de vista e isto vem ocorrendo, denotando conquistas que são evidenciadas nos marcos históricos da inclusão, fazendo com que o papel desta instituição



seja realmente realizado na prática embora a passos curtos, mas com a certeza de que está se chegando a espaços antes nunca alcançados em prol da educação de qualidade.

A escola é, sem dúvidas, uma instituição que se destaca pela função de proporcionar a passagem dos indivíduos da família para o domínio público, ou seja, para fora dos seus domicílios. Ela tem respondido ainda pela função social formativa e reguladora para esses indivíduos, transformando-os em alunos, aprendizes. Assim, o conhecimento produzido neste ambiente é repleto de valores éticos, políticos e estéticos, além dos educacionais, no qual os alunos necessitam estar e ser identificados como sujeitos que passarão por experiências com outros alunos, professores e, portanto, precisam conviver na coletividade para que os processos de ensino-aprendizagem sejam realizados com sucesso¹.

É neste ambiente que a educação deve tornar-se inclusiva, pois a inclusão é um dos seus fundamentos mais importantes para que os alunos aprendam a compartilhar as emoções, os saberes, concepções, experiências, a discussão e a troca de pontos de vistas diversos.

Deste modo, a escola deve ter como compromisso primordial e insubstituível a introdução dos indivíduos no mundo cultural e social, sendo que todo ser humano possui incondicionalmente este direito e tudo isso depende exclusivamente de um elemento primordial nesse processo, o professor. Assim como a sua formação que deve primar pelos conhecimentos técnico-científicos acerca das metodologias de ensino que contemplem com a inclusão de alunos com quaisquer tipos de necessidades².

Observa-se uma mobilização da Escola frente ao novo modelo escolar, que é a inclusão de alunos que apresentam necessidades especiais educacionais nas salas de aula do ensino regular. Esse movimento obriga à Escola a refletir sobre princípios desse novo paradigma, que vai desde a convivência desses alunos num espaço comum, a reestruturação do trabalho pedagógico da Escola como um todo e o investimento na infraestrutura necessária, bem como a formação dos professores³.

Assim, a inclusão do aluno com necessidade especial na Escola regular é, sem dúvida alguma, um dos maiores desafios impostos à educação neste princípio de século. Ainda assim, tem-se a concepção de que esses são apenas os primeiros passos em direção à inclusão. Professores, pais, escola e sociedade devem estar comprometidos com esta nova empreitada.

Neste caso, a inclusão escolar impõe uma escola em que todos os alunos estão inseridos sem quaisquer condições pelas quais possam ser limitados em seu direito de participar ativamente do processo escolar, segundo suas capacidades, e sem que nenhuma delas possa ser motivo para uma diferenciação que os exclua das turmas⁴.

Cabe aos educadores demonstrar que é direito de todos eles terem acesso a uma educação de qualidade, tendo o indivíduo necessidades especiais ou não, pois a escola como um todo deve proporcionar a indivíduos com necessidades especiais todas as práticas de inclusão para que tenha uma educação de qualidade, sendo, sem dúvida alguma um ambiente que a práxis educacional deve ser levada a sério, no qual a prática da inclusão deve ser o principal objetivo para os alunos com necessidades especiais, logo todos esses indivíduos devem ter garantido o seu direito de acesso e permanência no ensino regular, possibilitando, assim, uma vida independente e uma postura crítica perante os fatos ocorridos no cotidiano.

Foi na Europa, por volta do ano de 1500, que iniciou-se os primeiros movimentos para ensinar as pessoas com deficiência, no qual atualmente não se usa mais a terminologia (portadoras de necessidades especiais). Antes disso, estes ficavam nos asilos para que pu-

dessem ser protegidos, pois não se acreditava que pudessem desenvolver-se, em função da sua “anormalidade”⁵.

Naquela época, não foram criadas escolas para as pessoas (portadoras de necessidades especiais). O que começou a ser feito foi que alguns educadores interessados se tornaram preceptores de algumas crianças especiais, ou seja, eles eram os professores particulares delas. As crianças que receberam esse tipo de educação eram filhos de pessoas que tinham uma situação econômica boa⁶.

Esse trabalho começou apenas com as crianças com deficiência auditiva. Somente no início de 1700, as pessoas com deficiência visual também começaram a receber educação, e, em 1832, foi criado o primeiro instituto na Alemanha. Todo o processo foi lento, porque faltava o apoio da sociedade. Foi a partir de 1900 que começaram a ser criadas as primeiras classes especiais, dentro das escolas regulares¹.

No entanto, a história da Educação Especial no Brasil, iniciou-se no século XIX e foi inspirada por experiências norte-americanas e europeias. Teve como marco fundamental a criação do “Instituto dos Meninos Cegos” (hoje “Instituto Benjamin Constant”) em 1854, e do “Instituto dos Surdos-Mudos” (hoje “Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES”) em 1857, ambos na cidade do Rio de Janeiro, por iniciativa do governo Imperial⁷.

A Educação Especial é modalidade de educação escolar: entende-se um processo educacional definido por uma proposta pedagógica que assegure recursos e serviços educacionais especiais, organizados institucionalmente para apoiar, complementar, suplementar e, em alguns casos, substituir os serviços educacionais comuns, de modo a garantir a educação escolar e promover o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentam necessidades educacionais especiais em todas as etapas e modalidades da educação básica⁸.

A fundação desses dois Institutos representou uma grande conquista para o atendimento às pessoas deficientes, abrindo espaço para a conscientização e a discussão sobre a educação. No entanto, não deixou de se “constituir em uma medida precária em termos nacionais; pois em 1872, com uma população de 15.848 pessoas com deficiência visual e 11.595 pessoas com deficiência auditiva no país eram atendidos apenas 35 alunos com deficiências visuais e 17 alunos com deficiência auditiva”⁹.

Assim, a Educação Especial se caracterizou por ações isoladas e o atendimento se referiu mais às deficiências visuais, auditivas, e em menor quantidade às deficiências físicas. Pode-se então dizer que em relação à deficiência mental houve um silêncio quase absoluto.

No ano de 2001, essa proposta, foi revista e reeditada, no qual foi introduzido a respeito do funcionamento global do indivíduo com necessidades especiais em relação aos fatores do meio e contextuais, realocando-a entre os demais indivíduos, rompendo assim com o seu isolamento.

Esta proposta chegou até a motivar um tipo de substituição do termo deficiente para pessoa em situação de deficiência, destacando os efeitos relacionados ao meio com a autonomia dos indivíduos com algum tipo de deficiência. Assim, desta forma, um indivíduo pode se sentir discriminado estando este em um ambiente que impõe barreiras para si e que o destaca por ser uma pessoa com alguma necessidade especial ou, ao contrário, ser acolhida, graças às transformações deste ambiente para então atender às suas necessidades.



A Convenção da Guatemala, que baseia a Constituição Brasileira através do Decreto nº 3.956/2001, no seu artigo 1º define deficiência como [...] “uma restrição física, sensorial ou mental, de natureza transitória ou permanente, que possa limitar um indivíduo de exercer uma ou mais atividades consideradas essenciais para a vida diária, sendo esta causada ou agravada por fatores ambientais, econômicos ou sociais”. Essa definição destaca a deficiência como sendo uma situação¹⁰.

“(...) a educação inclusiva em sua fase inicial foi entendida sumariamente como inserção de alunos com diferença que frequentava classes e escolas especiais, nas turmas das salas comuns.”⁴.

Isso significa que nas instituições estão mudando esse quadro de tratar a diferença como algo excludente, capacitando professores para que aja a inclusão na escola comum. A garantia do acesso e permanência de todos os alunos à escola é absolutamente necessária, mas insuficiente para que a educação inclusiva se efetive em nossas redes de ensino. O direito a diferença é determinada para que sejam cumpridas as exigências dessa educação, propiciando a participação dos alunos no processo escolar na medida das capacidades de cada um.

2.1.1 Aspectos legais da inclusão

A escola é reconhecidamente uma instituição social no qual os indivíduos passam uma parte de sua vida, em especial na fase de desenvolvimento, captando todos os tipos de saberes, experiências, sendo um ambiente de preparo destes para a vida além dos muros da escola, para que os mesmos possam viver em sociedade, no trabalho, enfim, em outros locais que não apenas a escola. No entanto, apesar de ser destinada a todos que possuem o direito à educação, os que possuem algum tipo de necessidade especial ou transtorno sempre passam por episódios de exclusão diante dos direitos à igualdade e oportunidade de uma educação de qualidade, o que faz-se necessária uma abordagem dos aspectos legais da inclusão.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é o instrumento legal, é quem norteia os direitos e deveres de todos os cidadãos brasileiros. Sobre a educação, o Art. 205 determina que esta seja um direito de todos e o dever do Estado e da família, sendo, portanto, incentivada e promovida com o auxílio da sociedade, tendo como objetivo o desenvolvimento pessoal, além do seu preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho. Trata-se de um direito considerado fundamental, pois inclui entre outros o processo de desenvolvimento individual inerente à condição humana¹¹.

A Carta Magna do país propõe assegurar, dispondo em seu Art. 227 o direito à educação onde em seu § II determina a criação de programas de atendimento especializado e de prevenção para, na época, utilizando o termo portadores de deficiências físicas, sensoriais ou mentais, assim como a busca pela integração social dos indivíduos portadores de algum tipo de deficiência, através da educação e do treinamento para conviver em sociedade e a trabalhar eliminando-se quaisquer tipos de preconceitos ou obstáculos arquitetônicos no ambiente escolar¹¹.

A CF de 88 estabelece em seu Art. 208 e § III preconiza o direito das pessoas com necessidades especiais a receberem a educação regular, de preferência na rede pública, objetivando a integração plena desses indivíduos em todas ou quaisquer áreas da sociedade tendo seu direito à educação reconhecido através da educação inclusiva e em escolas de

ensino regulares buscando assegurar o direito de integração junto à sociedade¹¹.

Já em 1990, a Organização das Nações Unidas (ONU) com a participação de diversos países, inclusive o Brasil realizou a Convenção dos Direitos da Criança (CDC), tendo como resultado a publicação de 54 artigos através do qual passou a enfocar a proteção e atenção especial a este público-alvo estabelecendo vários parâmetros que passariam a partir deste ano a ser seguida de maneira obrigatória pelos governos no qual estabeleceu-se que seriam destinados esforços para reduzir ou sanar os riscos sociais impondo o tratamento igualitário que pudesse garantir a segurança e a proteção das crianças, enfatizando em seu Art. 23 que cabe aos Estados destinar às crianças com necessidades físicas ou mentais, além dos transtornos o direito ao gozo de uma vida decente e plena para que viva em condições que possam garantir a sua dignidade, favorecendo sua autonomia e participação de modo ativo na comunidade em que está inserida¹².

Também em 1990, a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no país, através da Lei nº 8.069/1990, de 13 de julho de 1990 trata em várias ocasiões sobre a educação especial, no qual em seu Capítulo IV - Do Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer no Art. 54 que é dever do Estado buscar assegurar à criança e ao adolescente: (...) III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino; (...) Capítulo V - Do Direito à Profissionalização e à Proteção no Trabalho Art. 66. ao adolescente portador de deficiência é assegurado trabalho protegido¹³.

Em seu Art. 227 e § 1º destaca sobre a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para as crianças e adolescentes portadoras de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente e do jovem portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação.

Nota-se, portanto, que o ECA veio a reforçar no país, os princípios contidos na CF de 1988 visando garantir os direitos das crianças e adolescentes com necessidades especiais dando-lhes a oportunidade de gozarem de proteção Integral e prioridade absoluta.

Outro evento destinado à educação e aos direitos das crianças foi a Conferência Mundial de Educação Especial na Espanha, em Salamanca no ano de 1994 onde participaram 88 países e 25 instituições internacionais no qual através da Declaração Mundial de Educação para Todos no qual o Brasil passou a se comprometer com o ensino inclusivo criando dispositivos, ferramentas legais para melhor embasar este tipo de ensino como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) n.º 9394/96 e também o Plano Nacional de Educação (PNE) que passaram a amparar legalmente a inclusão das pessoas com necessidades educacionais especiais¹⁴.

Através desses dispositivos legais, houve também a necessidade de se criar ou destinar conceitos sobre a educação especial e a inclusiva no qual a Educação Especial destaca seu foco para atender e educar indivíduos com quaisquer tipos de transtornos e necessidades especiais sendo realizada por profissionais com especialização adequada em locais especializados para assim atender a esses portadores de necessidades especiais, ou seja, é um tipo de modalidade de educação tradicional diferente, com estrutura física diferenciada, além de métodos didáticos novos, pessoal habilitado e currículo que prima por uma maior proximidade em relação à educação regular, sem, portanto, comprometer a qualidade dos processos de ensino-aprendizagem no qual esses tipos de estudantes são os maiores beneficiados.

A Educação Inclusiva, por outro lado, tem o objetivo de buscar atender a todos em um mesmo espaço, ou seja, na escola, abrindo caminhos para a educação democrática e



igualitária, passando a respeitar a individualidade de cada aluno, objetivando a formação social deste e o seu crescimento pessoal e intelectual. Ela busca reformular o ambiente escolar, realizando mudanças significativas na infraestrutura da escola e na capacitação dos educadores e outros profissionais envolvidos neste contexto, primando por assegurar uma educação com equidade e qualidade para todos.

A Declaração de Salamanca passou a instituir os objetivos ligados aos princípios, políticas e práticas na educação com relação aos alunos com necessidades educativas especiais, onde toda criança passou a ter o direito fundamental à educação e à inclusão, devendo ter a oportunidade para assim atingir as metas educacionais e manter no mínimo o nível básico de aprendizagem.

Por sua vez, no Brasil, a LDB n. 9.304/96 com relação à educação especial, possui um capítulo totalmente dedicado a esta modalidade de ensino no qual possui um conjunto de recursos pedagógicos humanos e materiais, além dos serviços destinados a este público oferecendo de maneira preferencial na rede regular de ensino para os estudantes portadores de algum tipo de necessidade especial direitos à educação no qual deve ser obedecida a garantia do atendimento educacional especializado de maneira gratuita (Artigo 4º, Inciso 3)¹⁵.

A LDB passou a partir de então a tratar sobre a inclusão dos até então chamados de alunos com deficiência, seja física ou mental, termo substituído mais tarde por alunos com necessidades especiais e alunos superdotados nos casos de alunos com inteligência acima da média, abrindo novas perspectivas e novos caminhos para uma educação de qualidade para este público em questão.

Consta no Capítulo V, Art. 58º que o direito à permanência desses alunos com necessidades especiais no ensino regular deve seguir por caminhos que norteiem o atendimento especial, quando for necessário, em escolas especializadas como forma de garantia da oferta educacional, sendo, portanto, um dever do Estado. Deste modo faz-se cumprir o que diz em seu §1º quando ressalta que: “Haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de Educação Especial.” E ainda no seu § 2º que refere que: “O atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular.” E em seu § 3º que aponta: “A oferta de Educação Especial, dever constitucional do Estado, tem início na faixa etária de zero a seis anos, durante a educação infantil”¹⁶.

Seu Art. 59 estabelece que a partir de então os sistemas de ensino passam a assegurar aos educandos com necessidades especiais uma melhor qualidade no que diz respeito ao ensino específico quanto a técnicas, métodos, currículos, além de recursos educativos e a organização pedagógica específica que possa atender às suas necessidades; deve dispor de professores que possuam especialização adequada seja em nível médio ou superior, para que assim possa atender de maneira especializada a esses estudantes. Também os professores que atuam no ensino regular devem ser capacitados anualmente para que possam realizar práticas que embasem uma melhor integração desses educandos no contexto das classes comuns¹⁷.

Enfim, a LDB nº 9.394, datada em 20 de dezembro de 1996, prima pelo estabelecimento de normas que venham a contribuir com a política educacional no Brasil, propondo, no que se refere à Educação Especial, o direito à uma educação que busque a garantia do atendimento educacional de maneira especializada e gratuita aos alunos com algum tipo de necessidade especial, de preferência os da rede regular de ensino, assim como preconiza em seu Art. 4º, § 3.

Outro marco histórico da educação especial ocorreu em 2008, quando a ONU realizou a Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), no qual norteou alguns princípios com a finalidade de trazer à luz questões pertinentes à educação às pessoas portadoras de necessidades especiais onde foram elencados os seguintes objetivos:

1. Respeito à dignidade e à autonomia individual no qual inclui-se a liberdade desses indivíduos em realizar suas próprias escolhas;
2. Não sofrer quaisquer tipos de discriminação;
3. Ter participação efetiva e total em eventos com o propósito da inclusão na sociedade;
4. Ter o respeito à diferença e também a aceitação dos indivíduos com necessidades educacionais especiais;
5. Ter igualdade de oportunidades;
6. Ter direitos e gozar da acessibilidade;
7. Possuir igualdade entre homens e mulheres; 8. Respeitar as capacidades nas crianças com necessidades educacionais especiais e o seu direito à preservar suas identidades.

É importante citar também que a CF influenciou também a criação do Plano Nacional de Educação (PNE) em 2014 no qual estabeleceu novos avanços e mudanças com relação aos direitos dos cidadãos brasileiros e as suas garantias fundamentais, tendo como base o ECA e a Convenção dos Direitos da Criança onde a criação deste plano que é elaborado pela União em parceria com Estados e os Municípios e Distrito Federal (Art. 9º, § I) embasados na LDB e com diretrizes e metas estabelecidas para os dez anos seguintes, em conformidade com a Declaração Mundial sobre Educação para Todos¹⁶.

Todos esses mecanismos legais vieram a modificar, de certa forma, a educação inclusiva e especial dos indivíduos com necessidades educacionais especiais, no entanto, ainda há muito a se buscar e a fazer com relação a esses indivíduos, no qual destaca-se neste estudo os que foram diagnosticados com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

2.2 Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): conceitos e definições

A temática que envolve o TDAH é a mais discutida e estudada nos meios acadêmicos, psicológico e educacional por se tratar de um transtorno que é observado em crianças que estão em idade escolar, sendo, também, uma das principais fontes de encaminhamento desse público aos serviços de saúde pública e particular no país¹⁸.

Sendo o TDAH um dos transtornos mais presentes na escola, há ainda uma grande deficiência por parte dos professores e demais educadores sobre os seus conceitos, além de sinais e sintomas que comprometem o seu diagnóstico e compreensão, fato que faz com que, na maioria dos casos ele não seja diagnosticado precocemente, reduzindo assim a qualidade da educação desses alunos.

A respeito dos conceitos da TDAH, o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) que fora publicado no ano de 1995 o define como sendo um tipo de padrão persistente do nível de desatenção e hiperatividade/ impulsividade, que é grave e frequente em indivíduos em desenvolvimento causando prejuízo de modo significativo na



aprendizagem em idade anterior a sete anos¹⁹.

Como se observa, o próprio conceito de TDAH faz alusão à desatenção, ou seja, ao comportamento desatento dos indivíduos causado pelo transtorno, além disso, há ainda a falta de concentração e, na maioria dos casos atrapalha o desempenho nas práticas da leitura e escrita que são a base educacional de qualquer indivíduo, em raríssimas ocasiões o TDAH interfere também na linguagem oral, mas pode ocorrer se o aluno tiver problemas auditivos ou na fala.

Em um conceito mais recente, o TDAH trata-se de um tipo de síndrome heterogênea cuja etiologia é multifatorial, sendo esta proveniente de fatores genéticos, ou seja, herança familiar, com presença de adversidades psicossociais e biológicas¹⁵.

Tudo isso causa o aparecimento de comportamentos inapropriados em especial no desempenho escolar com ausência de atenção nas atividades corriqueiras em sala de aula reduzindo ainda a flexibilidade e em alguns casos até mesmo modificando e interferindo nas atividades motoras. Tem início precoce e sua evolução pode chegar a ser crônica com várias repercussões que podem perdurar até a fase adulta nos indivíduos diagnosticados com esta condição clínica.

Para se ter uma ideia, é alto o número de ocorrências de diagnósticos desta condição clínica denominada TDAH, no qual deve-se ter toda a atenção e reflexão acerca das práticas de intervenção educativas e do acompanhamento técnico das crianças e jovens tanto por parte da família quanto dos educadores que devem ter uma formação adequada para lidar com esses escolares²⁰.

O diagnóstico do TDAH é baseado em critérios operacionais clínicos e exames de imagem bem definidos no qual as crianças passam por um sistema classificatório denominado DSM-IV que propõe a ocorrência de no mínimo seis tipos de sintomas de desatenção e mais seis de hiperatividade com a presença de impulsividade, ou através da CID-10 que é a classificação imposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo²¹.

O comportamento escolar desses indivíduos faz com que os professores precisem estar atentos o tempo todo quanto aos sinais e sintomas do TDAH, sendo necessária a formação continuada que contemple com a possibilidade de observação e diagnóstico preciso da presença deste transtorno de imediato, auxiliado por um psicopedagogo que venha a utilizar seu conhecimento e os critérios que definem se um aluno possui ou não o TDAH.

Quanto aos tipos de TDAH existem o TDAH com maior predomínio de desatenção; o TDAH com maior predomínio de hiperatividade/impulsividade; e o TDAH que combina todos esses sintomas. Esses autores explicam que há um maior predomínio de desatenção nas meninas, sendo que o mais frequente este tipo de TDAH é o combinado, embora os meninos sejam mais propensos a esse distúrbio²¹.

Nos meninos há maior ocorrência de TDAH com sintomas de hiperatividade/impulsividade, fato que os torna mais agressivos e impulsivos que as meninas. Isso faz com que essas crianças sejam naturalmente mais rejeitadas por seus colegas em sala de aula, ou que sofram mais práticas de *bullying* dentro ou fora do ambiente escolar, causando com isso a baixa autoestima desses indivíduos, causando prejuízos psicológicos que podem ser cruciais nas práticas de evasão e fracasso escolar.

O auxílio desses profissionais é de grande valia para os professores, pois são dotados de conhecimentos técnico-científicos que melhor embasam o diagnóstico reforçando ainda as estratégias que podem ser utilizadas em sala de aula ou no contexto familiar que possam favorecer a melhoria comportamental dos indivíduos e assim contribuir para os processos de ensino-aprendizagem²².

3. TDAH NO AMBIENTE ESCOLAR

O TDAH ao longo das décadas e em cada nova pesquisa científica sofreu várias alterações na sua nomenclatura, nomes tais como síndrome da criança hiperativa, disfunção cerebral mínima, reação hipercinética da infância, distúrbio de déficit de atenção e, por último a atual denominação Transtorno de Atenção com Hiperatividade. Em sua Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), o TDAH encontra-se no grupo seletivo de transtornos com característica precoce no qual se apresenta especificamente nos cinco primeiros anos de vida dos indivíduos, ou seja, em idade escolar, no qual apresenta falta de atenção nas atividades escolares, já no Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-5) existe uma divergência quanto a faixa etária de sua ocorrência onde consta a faixa etária entre 07 e os 12 anos, sendo então classificada em três tipos que são o leve, moderado e o grave²².

Na maioria das escolas os professores encontram estudantes com o TDAH, mas não sabem lidar com esses indivíduos em sala de aula, o que demonstra um despreparo pedagógico desses educadores, que em sua grande parte sequer têm interesse e preocupação em buscar se aperfeiçoar em cursos de pós-graduação sobre esta temática²³.

Comportamentos como esses dos professores acabam por dificultar a sua práxis laboral reduzindo e prejudicando a qualidade dos processos de ensino-aprendizagem, tornando-se um fator preocupante para práticas como o letramento e produção textual, pois dependem de um nível de atenção e concentração maior e são a base da educação.

Juntamente com os professores, os psicopedagogos possuem uma importante função junto à educação que é diagnosticar possíveis transtornos da aprendizagem, de preferência de maneira precoce e assim buscar meios que possam ser utilizados para melhorar o processo de ensino-aprendizagem com os indivíduos diagnosticados. Como exemplo tem-se o TDAH que é um dos que mais tem ocorrência no ambiente escolar, sendo necessário um olhar mais criterioso dos professores e o auxílio dos psicopedagogos para direcioná-los ao tratamento o quanto antes²⁴.

Aprender é um processo complexo que envolve o indivíduo como um todo, devendo ser levados em consideração o desenvolvimento psicomotor, afetivo e cognitivo da pessoa. Todos fazem parte do processo educacional e para compreender as causas das dificuldades de aprendizagem é necessário reavaliar algumas atitudes escolares, entre elas a avaliação, práticas pedagógicas, organização curricular e da sala de aula, postura do professor, diálogo, gestão, os fatores sociais, pedagógicos e emocionais que interferem na aprendizagem²⁵.

Durante um ano letivo, os professores, é comum encontrar em seu cotidiano escolar diversos casos de alunos que não se adequam ao processo de ensino-aprendizagem, ou os que apresentam ou podem apresentar sintomas de TDAH, carecendo, nestes casos um olhar diferenciado dos professores e a pronta atuação do psicopedagogo.

É neste contexto que o profissional que atua na Educação Infantil, em especial com especialização em Psicopedagogia pode contribuir para que haja a melhoria na qualidade dos processos de ensino e aprendizagem. Pois, o Psicopedagogo atua junto aos problemas referentes à aprendizagem de maneira preventiva e também curativa, atuando tanto em uma clínica particular quanto na própria instituição escolar²⁴.

O psicopedagogo inserido na escola tem como uma de suas funções intermediar possíveis ocorrências de alunos com transtornos auxiliando na melhoria do processo de aprendizagem desses indivíduos, especialmente quando a família está presente neste processo.



Essas dificuldades são consideradas até hoje como um grande agravante no processo educacional, sendo diagnosticadas através da observação dos profissionais da educação como um todo, onde quanto mais precoce estas forem descobertas, mais chances de sucesso no tratamento os indivíduos terão²⁶.

A questão fundamental na intervenção dos Psicopedagogos nos problemas dos escolares é que na maioria das escolas este profissional não se faz presente, o que dificulta ainda mais a resolução de alunos com possíveis transtornos da aprendizagem como o TDAH, por exemplo, sendo viável a sua presença ou ao menos que os professores tivessem esta qualificação em sua formação de pós-graduação, fato que não ocorre, por quaisquer motivos ou mesmo a falta de interesse desses profissionais por acreditarem que seja uma responsabilidade maior acerca da educação, ou por não compensar financeiramente, já que as instituições escolares da rede pública de ensino não dá nenhum incentivo ou compensação financeira para quem tem este tipo de formação em seu Curriculum Vitae.

3.1 O Papel do professor e da escola na prática de ensino

A respeito do ensino inclusivo não é se os alunos devem ou não receber de profissionais especializados e de pedagogos qualificados, experiências educacionais apropriadas, ferramentas e técnicas especializadas das quais necessitam. A questão está em oferecer a esses alunos os serviços de que necessitam, mas em ambiente integrador e em proporcionar aos professores atualização de suas habilidades.

As feições da escola em tempos de grandes transformações sociais estão mudando, e os professores precisam adquirir novas habilidades para trabalhar com os alunos portadores de necessidades especiais, hoje denominados com a nova nomenclatura alunos com necessidades educacionais especiais¹.

Transtornos como o TDAH que estão largamente presentes no ambiente escolar necessitam de uma maior atenção por parte dos professores, além disso, isso requer uma formação adequada, fato que não ocorre na maioria das instituições escolares, especialmente as da rede pública de ensino onde, boa parte dos professores ainda está em formação ou são graduados na área educacional e não se preocupam com especializações que fazem alusão à inclusão escolar e a possíveis patologias relacionadas com a aprendizagem. Tudo isso é aliado a uma formação acadêmica que não contempla esses objetivos e acaba por ser uma base insuficiente para que os mesmos possam adentrar na área educacional com conhecimentos que possam ser utilizados para melhor diagnosticar a presença de distúrbios como o TDAH.

Este novo momento passa a exigir dos professores outros conhecimentos além daqueles que receberam nos seus cursos de formação para o magistério. Sabemos, no geral, que os professores são bastante resistentes às inovações educacionais, como a inclusão².

A tendência é se refugiarem no impossível, considerando que a proposta de uma educação para todos é válida, porém utópica, impossível de ser concretizada com muitos alunos e nas circunstâncias em que se trabalha, hoje, nas escolas, principalmente nas redes públicas de ensino.

O professor requer uma série de estratégias organizativas e metodologia em sala de aula. Estratégias capazes de guiar sua interação desde processos refle-

xivos, que facilitem a construção de uma escola onde se favoreça a aprendizagem dos alunos como uma reinterpretação do conhecimento e não como uma reintransmissão da cultura²⁶.

A partir do movimento de inclusão, o professor precisa ter a capacidade de conviver com os portadores de necessidades especiais, superando os preconceitos em relação às minorias, bem como buscar estratégias que venham a contribuir para a melhoria do processo de ensino-aprendizagem como um todo, tendo a responsabilidade de incluir todos os tipos de alunos com ou sem algum distúrbio comprovado. Somente assim a prática da inclusão será realizada com sucesso.

O professor necessita estar sempre preparado para adaptar-se às novas situações que surgirão no interior da sala de aula. Assim os cursos de formação de professores devem ter como finalidade, no que se refere aos futuros professores, a criação de uma consciência crítica sobre a realidade que eles irão trabalhar e o oferecimento de uma fundamentação teórica, que lhes possibilite uma ação pedagógica eficaz²⁴.

3.2 Desafios no processo de aprendizagem da criança com TDAH

O TDAH é um dos assuntos mais discutidos na área educacional, no qual se destaca pelo comportamento diversificado dos educandos, assim como as dificuldades relativas à aprendizagem e os desafios impostos desses indivíduos para os professores, sendo também notória a sua presença na maioria das escolas brasileiras na atualidade²².

O que se percebe é que o TDAH tem se tornado um verdadeiro desafio entre os professores, pois muitos deles não têm a capacitação adequada para lidar com esta que é considerada uma disfunção cerebral de caráter mínimo, mas que faz com que os educadores, em muitos casos, percam a paciência diante de tantos episódios de hiperatividade dentro e fora da sala de aula que causam transtornos para todos os envolvidos no contexto educacional.

O TDAH designa um tipo de transtorno desenvolvimental específico que é verificado principalmente e primariamente nas escolas devido os indivíduos se apresentarem sem tanta atenção nas atividades educacionais, comprometendo o comportamento estudantil e social destes, sendo uma preocupação e um desafio tanto para os professores quanto para a família ocorrendo em aproximadamente 5 até 8% dos estudantes e, possivelmente em 4 a 5% em adultos que não foram tratados devidamente e no tempo adequado, especialmente em indivíduos do sexo masculino com números que vão de três meninos para uma menina¹⁸.

Em muitos casos, os professores demoram a verificar a falta de atenção dos alunos, pois com uma demanda alta em sala de aula, carece um pouco mais de tempo para que os professores possam conhecer um por um e assim saber identificar quem está com déficit de atenção e, provavelmente com o nível educacional mais lento que os outros. Outro ponto que chama a atenção, de acordo com a literatura, é que a maioria desses educadores não tem a capacitação adequada para lidar com possíveis transtornos como o TDAH, apesar destes saberem que eles existem, não buscam capacitar-se adequadamente para saber direcionar os alunos com sinais e sintomas desta condição clínica para os especialistas.

Dentre os comportamentos que os alunos com TDAH apresentam, estão os impulsivos e os hiperativos, além da desatenção que em muitos casos se diz que o aluno tem



DDA, pois as crianças diagnosticadas com este distúrbio, parecem não estar e com certa frequência, ouvindo o que o professor está lecionando, ou aparenta não estar preocupada ou motivada a aprender. Se movimentam com maior frequência, se contorcem em suas cadeiras ou sacodem os pés desenfreadamente, tornam-se distraídas, não se concentram ou não completam atividades, falam excessivamente durante a aula e outros comportamentos que identificam a presença da TDAH, mas que muitos professores por não terem a devida formação não conseguem identificar com precisão se é este realmente o diagnóstico, necessitando de um profissional habilitado para fazê-lo²⁸.

Quando se fala em desafios, os transtornos de aprendizagem estão presentes no âmbito escolar e são uma constante no qual todos os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem devem buscar meios que possam garantir um ensino inclusivo e de qualidade para os portadores de algum tipo destes como o TDAH, por exemplo²⁸.

Assim, em especial os professores devem exercer papel essencial no que diz respeito a esses indivíduos utilizando estratégias que venham a contribuir para a melhoria da atenção destes e elevar a motivação, satisfação e autoestima para que possam acompanhar os demais alunos na práxis educacional.

Duas atividades essenciais para o aprendizado que são a leitura e a escrita são extremamente dificultadas diante de quadros de TDAH, pois com a falta de atenção dos alunos diagnosticados com esse tipo de transtorno, há uma maior probabilidade destes não alcançarem êxito conforme os outros alunos não diagnosticados. Torna-se necessário também que os professores estejam atentos para a presença de desvios de aprendizagem, tais como a dificuldade com relação à orientação temporal e espacial, com a coordenação visual e motora, a dinâmica global, ritmo, atraso na linguagem, falta de habilidades sociais, desorganização e equilíbrio emocional²⁹.

Deste modo, percebe-se que é essencial a parceria entre a escola e a família no intuito de se buscar soluções viáveis para o diagnóstico do TDAH e a busca por um tratamento que possa modificar o comportamento desses indivíduos, pois a busca por auxílio profissional é de suma importância para que estes possam gozar do direito à educação de maneira mais normal o possível. Neste termo é essencial que os pais e família em geral tenham a ciência da presença deste transtorno e se conscientizem que o melhor a se fazer é buscar profissionais que possam lidar com o tratamento o mais precoce possível para que seus filhos possam desenvolver comportamentos que venham a facilitar a sua aprendizagem e convívio na escola e sociedade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ambiente escolar, ou seja, a escola é considerada uma instituição com diversas funções desde a função social, educadora e formativa, assim como um lugar onde a diversidade de culturas, raças, credos estão misturados tornando-se um meio pelo qual as pessoas têm acesso ao conhecimento, aos múltiplos saberes pautados em valores éticos, políticos, estéticos e, principalmente, nas práticas do ensino-aprendizagem embasadas no conhecimento técnico-científico dos educadores. Assim, a escola necessita ter um compromisso primordial que é o de introduzir os indivíduos ao mundo sendo um direito contemplado e assegurado até mesmo na Constituição Federal (CF) do país, promulgada em 1988.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) vem sendo considerada uma dificuldade de aprendizagem dentro de uma sociedade letrada, encontrando obstáculos, relaciona-se a alguns aspectos políticos, sociais, linguísticos e cognitivos, havendo

ainda, resquícios de preconceito que se encontra enraizados na sociedade. Os atores sociais geralmente envolvidos no processo do TDAH são os professores, os alunos, a gestão escolar e a comunidade, dos quais muitos desses não se encontram em condições para desenvolver o processo e projetos correlacionados ao assunto, uma vez que, o déficit na formação e informação desses profissionais ainda é muito grande.

Assim, a presença na escola de uma criança com um tipo de transtorno como o TDAH que é um distúrbio de origem neurobiológica que pode se tornar crônico e se caracterizar por comportamentos de desatenção, impulsividade, desassossego e principalmente a hiperatividade que ocorre, na maioria dos casos em crianças, mas também em adolescentes e podem perdurar até a fase adulta, faz com que professores, pais, família em geral e outros profissionais como psicopedagogo tenham uma função essencial nos cuidados com esses portadores desta condição clínica. Assim, a inclusão das crianças com TDAH no ambiente escolar pode tornar-se uma tarefa facilitada pelo empenho de todos os envolvidos no contexto educacional.

No que diz respeito aos esforços junto à inclusão das crianças com TDAH, é viável que as esferas do governo, seja federal, estadual ou municipal busquem através de ações direcionadas e políticas públicas e educacionais, preparar e capacitar os educadores, além de fomentar e produzir programas de formação e/ou especialização de recursos humanos na área da Educação Especial, promovendo um tipo de especialização no currículo no qual a inclusão de novas disciplinas ou de itens que destaquem as práticas da inclusão escolar nas que já existem complementem a formação dos educadores no sentido de criar uma base conceitual e técnica que possa servir de alicerce para a sua atuação diante dos casos de TDAH na escola.

A promoção de estágios com evidência na Educação Especial, impostas de maneira obrigatória na estrutura curricular dos cursos de formação de Magistério, Pedagogia ou em outros de nível superior, cria possibilidades para que os futuros profissionais possam interessar-se pela atuação prática na área de Educação Especial. Assim, o advento de programas de formação permanente que possam estimular a melhoria do trabalho docente, e assim promover intercâmbios técnicos para a atuação em cursos de capacitação, que venham a inovar sua prática pedagógica e assim aplicar as suas habilidades atendendo as necessidades pedagógicas especiais dos alunos, bem como colaborar com os especialistas e com os pais na melhoria do comportamento dos seus filhos com TDAH é um resultado esperado por todos que têm afinidade com as práticas de inclusão.

É importante destacar que aos governantes das esferas: Federal, Estadual e Municipal também cumpre o papel de buscar soluções simples e concretas para que os portadores de necessidades especiais ou de transtornos da aprendizagem como o TDAH possam estar nas salas de aula, tendo plena assistência a todos os direitos inerentes aos demais alunos não diagnosticados com este transtorno.

Cabe ainda apontar o papel da família no contexto da aceitação dos seus filhos com o TDAH, no qual devem ter a consciência que deverá repensar sua rotina e assim direcionar afeto para que esses indivíduos tenham um desenvolvimento humano pleno no qual a educação e as práticas da inclusão escolar, apesar de serem consideradas árduas, são facilitadas quando há um contato mais próximo entre a família e a escola que juntamente com profissionais adequados darão um melhor suporte para que as crianças com este transtorno possa se desenvolver de maneira integral assim como os seus colegas.

A simples adoção de práticas pedagógicas que favoreçam a prática da inclusão e o esclarecimento de informações sobre o TDAH ou outros transtornos possibilita a plena construção de um ambiente harmonioso onde as crianças diagnosticadas com esta condição



clínica tenham acesso a princípios básicos como a igualdade, o respeito, a isonomia, assim como a convivência com as diversidades culturais e outros elementos que possam satisfazer o desenvolvimento normal destas para que possam viver em sociedade de maneira satisfatória. Deste modo, aduz-se que crianças e adolescentes com o TDAH necessitam de um maior apoio e maior compreensão tanto dos educadores quanto dos seus pais e amigos para que possam obter melhores resultados no desempenho escolar e, em consequência disto um maior engajamento social e pessoal.

REFERÊNCIAS

- GALLAGHER, J. J. Educação da Criança Excepcional. 15. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2017.
- GOMES, A. L. L. *et al.* Atendimento Educacional Especializado: deficiência mental. 10. ed. Brasília – DF: SEESP/SEED/MEC, 2017.
- LOBO, Telma. Inclusão Social. 2011. Disponível em: <http://www.artigonal.com/educacao-artigos/inclusao-social-4043755.html>. Acesso em: 12.maio.2024.
- MANTOAN, Maria Tereza Eglér. Inclusão Escolar: pontos e contrapontos. São Paulo: Summus, 2017.
- CORSI, Alfredo. Os alunos com deficiência mental. In: COLL, César; MARCHESI, Álvaro; PALACIOS, Jesús; (org.) Desenvolvimento Psicológico e Educação: transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais. Porto Alegre: Artmed, 2011, 18. ed. , pp. 193-214.
- FERREIRA, M. A. GUIMARÃES, E. F. Os Recursos Didáticos na Educação Especial. Revista Benjamin Constant. Rio de Janeiro 18. ed. Abril, 2013.
- LEINEKER, Mariulce da Silva; RODRIGUES, Roseli Viola. Inclusão em Contexto de Exclusão: um estudo nas escolas itinerantes dos acampamentos do movimento dos trabalhadores rurais sem terra/ escola base – Colégio Estadual Iraci Salete Strozak. 2013. Disponível em: www.gepec.ufscar.br/...1/.../file. Acesso em: 09.maio.2024.
- SOUZA, Nilcelou Siqueira; FILIPE, Marluce. Desafios Enfrentados pelas Crianças Portadoras de TDAH nas Salas de Ensino Regular, uma Responsabilidade Coletiva de Pais, Equipe Pedagógica e Professores para Realização da Inclusão. 2020. Disponível em: <http://idaam.siteworks.com.br/jspui/bitstream/prefix/1155/2/desafios%20enfrentados%20pelas%20criancas%20portadoras%20de%20tdah.pdf>. Acesso em: 05.jun.2024.
- BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. Estatuto da Criança e do Adolescente. 2014. Disponível em: bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/.../estatuto_crianca_11_ed.pdf?. Acesso em: 18.abr.2021.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.
- RUTKOSKI, Cecília Rafaelly de Oliveira. Educação Especial e Inclusão Escolar: aspectos históricos, legais e metodológicos. 2015. Disponível em: <http://repositorio.unicentro.br:8080/jspui/bitstream/123456789/965/5/educa%20especial%20e%20inclus%20escolar%20aspectos%20hist%20e%20legais%20e%20metodol%20gicos.pdf>. Acesso em: 06.jun.2024.
- LUCCHESI; Angela Tereza; HERNANDEZ, Erika Fernanda Tangerino. Direitos das Crianças e Adolescentes Portadores de Necessidades Especiais. 2017. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-163/direitos-das-criancas-e-adolescentes-portadores-de-necessidades-especiais/>. Acesso em: 05.jun.2024.
- BRAUN, Anderson Gustavo; FORTUNATO, Greice Kellen de Souza. Aspectos Legais que Norteiam a Educação Especial no Brasil: Um Desafio a Promoção da Igualdade. 2016. Disponível em: <https://www.stellamaris.edu.uy/revistapresencia/wp-content/uploads/2016/12/Braun-A.-de-Souza-Fortunato-G.-Gobi-S..pdf>. Acesso em: 02.jun.2024.
- FERREIRA, J. R. (1998), A Nova LDB e as Necessidades Educativas Especiais. Cad. CEDES, Set. 1998, vol. 19, n. 46, pp. 7-15. ISSN 0101-3262.
- BRASIL. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. Ministério da Educação e Cultura, Brasília: 2014.

16. PAROLIN, I. C. H. Aprendendo a Incluir e Incluindo para Aprender. 10. ed. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2016.
17. BARKLEY, Russell, A.; MURPHY, Kevin R. Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade: Exercícios Clínicos. Tradução Magda França Lopes. 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
18. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
19. LOUZÃ NETO, M. R. TDAH: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.
20. SULKES, Stephen Brian. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA, TDAH). 2018. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/pediatria/dist%C3%BArbios-de-aprendizagem-e-desenvolvimento/transtorno-de-d%C3%A9ficit-de-aten%C3%A7%C3%A3o-hiperatividade-tda-tdah>. Acesso em: 12.maio.2024.
21. MAIA, Maria Inete Rocha; CONFORTIN, Helena. TDAH e Aprendizagem: um desafio para a educação. Perspectiva, Erechim. v. 39, n. 148, pp. 73-84, dezembro/2015. Disponível em: https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/148_535.pdf. Acesso em: 01.jun.2024.
22. ROHDE, Luís A.; HALPERN, Ricardo. Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade: atualização. Jornal de Pediatria. v. 80, n. 2 (Supl), S61-S70 2014.
23. COSTA, Teresinha de Jesus de Paula. Contribuições da Psicopedagogia para Práxis na Educação Infantil. 2012. Disponível em: http://www.psicopedagogia.com.br/new1_artigo.asp?entrID=1487#.UMUvf6CPLIU. Acesso em: 15.abr.2024.
24. NASCIMENTO, Kely-Anee de Oliveira. O Trabalho do Psicopedagogo Institucional: experiência em uma escola de Teresina – PI. 2018. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/fiped/trabalhos/Comunicacao_1674.pdf. Acesso em: 12.maio.2024.
25. SASSAKI, Romeu K. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. 12. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2017.
26. BRISCHILIARI, Sílvia M. G. P. O Papel do Psicopedagogo na Educação Infantil. 2013. Disponível em: http://www.giamendesgoncalves.seed.pr.gov.br/rede_escola/escolas/27/890/41/arquivos/File/o_papel_psicopedagogo_na_educacao_infantil.pdf. Acesso em: 10.maio.2024.
27. MOURA, Luciana Teles, SILVA, Katiane Pedrosa Mirandola, SILVA, Keliene Pedrosa Mirandola. Alunos com TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade): um desafio na sala de aula. Disponível em: acervomais.com.br/saude/article/view. Acesso em: 02.jun.2024.
28. OLIVEIRA, Ana Cláudia Maria de; LIMA, Dayana Priscila Dantas da Silva; CAVALCANTE, Tícia Cassiany Ferro. Práticas Pedagógicas Facilitadoras da Aprendizagem de Crianças com TDAH. 2017. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/39399/2404382/oliveira%3b+lima%3b+cavalcanti+-+2016.2.pdf/d25_d7b-85-ac6b-4de8-85c8-f930a1a4e09d. Acesso em: 01.jun.2024.

DOENÇA DE ALZHEIMER: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO DIANTE DAS DIFICULDADES AO PORTADOR E CUIDADOR

ALZHEIMER'S DISEASE: CARE STRATEGIES IN FACE OF DIFFICULTIES FOR THE PATIENT AND CAREGIVER

Keyla Liana Bezerra Machado¹

Jonas Felipe Bonato²

Paulo Gomes do Nascimento Corrêa³

Geverson Oliver de Assis Oliveira⁴

João Ricardo Cavalcanti do Nascimento⁵

Ana Paula Fernandes Batista⁶

Livya Dy Paolla Sousa Paz Silva⁷

Nilma Amaral Andrade⁸

Luiza Ranyele Gonçalves Resende⁹

Bruno de Barros Miguez⁹

Gracenilde Rodrigues de Alcantara Lima¹⁰

Antônio Fabrício Alves Ferreira¹¹

João Vichthor Sousa Chagas¹²

- 1 Farmacêutica e Mestranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Piauí – UFPI
- 2 Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas
- 3 Discente do Programa de Pós-Graduação em Tecnologias Aplicadas a Animais de Interesse regional.
- 4 Mestrando em Tecnologias Emergentes em Educação
- 5 Graduando em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba
- 6 Graduanda em Medicina pela Universidade Ceuma de Imperatriz
- 7 Graduada em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras de São Luís
- 8 Especialista em Saúde Pública pela Universidade Católica Dom Bosco
- 9 Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina de Olinda
- 10 Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Teresinha
- 11 Graduado em Odontologia pela Faculdade Anhanguera de São Luís
- 12 Graduando em Farmácia pela Universidade Federal do Piauí.

Resumo

A presente pesquisa tem por objetivo descrever os cuidados de enfermagem e medicina ao paciente com mal de Alzheimer pois é uma enfermidade que ainda não tem cura e apresenta complicações irreversíveis ao longo do tempo. Essa doença é contínua e neurovegetativa que paulatinamente compromete as funções intelectuais (memória, comportamento, orientação mental, linguagem, dentre outras). Trata -se de uma revisão bibliográfica, exploratória, descritiva, cuja base de dados foram a Biblioteca Virtual de Saúde, LILACS e Scielo. Foram selecionados quatro artigos. Na análise foram consideradas e selecionadas as informações primordiais e fundamentais para o conhecimento teórico da doença no sentido de orientar a prática dos cuidados de enfermagem com qualidade. Assim, torna-se relevante que na assistência de enfermagem os cuidados contribuam para desenvolvimento saudável do idoso, na medida do possível, amenizar os sinais e sintomas e conseqüentemente, melhorar qualidade de vida dele.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer. Cuidados de enfermagem. Idoso.

Abstract

The present research aims to describe nursing care for patients with Alzheimer's disease, as it is a disease that has no cure yet and has irreversible complications over time. This disease is continuous and neurovegetative, which gradually compromises intellectual functions (memory, behavior, mental orientation, language, among others). This is a bibliographic, exploratory, descriptive review, whose database was the Virtual Health Library, LILACS and Scielo. Four articles were selected. In the analysis, the primordial and fundamental information for the theoretical knowledge of the disease were considered and selected in order to guide the practice of quality nursing care. Thus, it becomes relevant that in nursing care, care contributes to the healthy development of the elderly, as far as possible, to alleviate signs and symptoms and, consequently, improve their quality of life.

Key-words: Alzheimer's disease. Nursing care. Old man.



1. INTRODUÇÃO

Na atualidade, com o avanço das condições de vida e dos cuidados à saúde, a esperança de vida tem evoluído progressivamente, favorecendo o crescimento do número de pessoas com enfermidades degenerativas. Dentre estas, se identifica um considerável grupo de pessoas com demência. A demência pode ter diversas causas e, sistematicamente, contribui paulatinamente a modificação do comportamento e a submissão no cumprimento de atividades diárias¹.

Contudo, se por um lado existem pessoas desfrutando da vida por um longo período, por outro, o aparecimento das doenças associadas ao envelhecimento, dentre elas, o mal de Alzheimer ou Doença de Alzheimer (DA).

Estima-se que de 10 a 15% dos indivíduos que atingem os 65 anos identifica-se sintomas que remetem a DA. A prevalência ultrapassa 3% ao ano atingindo em torno de 50% ao completar 85 anos. Na fase inicial da doença, os desvios de memórias são mais vigentes, porém podem ser insignificantes e desconsiderados por serem confundidos como algo normal no envelhecimento. Dentre as evidências da doença, estão o esquecimento de nomes e objetos, incerteza de locais, confusão com familiares, lerdeza em tarefas corriqueiras – controlar finanças ou preparar alimentação, mudanças constantes de humor².

A Doença de Alzheimer é a causa predominante da demência. Atribui-se a uma degeneração primária do sistema nervoso central, ou seja, uma enfermidade na qual, por causas ainda desconhecidas, acontece atrofia gradativa do cérebro. Essa doença é pormenorizada por uma duradora evolução, numa média de 10 a 12 anos. Se no estágio inicial observa-se uma perda leve da memória, com o passar dos anos as dificuldades exacerbam, ocasionando a dependência nos afazeres simples, como mudar de roupa ou alimentar-se².

De acordo com o Ministério da Saúde (2010, p. 10, no Brasil há em torno de 15 milhões de pessoas acima de 60 anos e dados da Associação Brasileira de Alzheimer, 6% delas são acometidas pela DA³. Além dessas informações, três estudos, no Brasil, pesquisaram sobre a prevalência e incidência dessa doença, empregando amostras de idosos de origem comunitária e parâmetros de diagnósticos modernos. A prevalência de demência na população foi de 7,1%, sendo que a DA foi a causadora de 55% dos casos. O índice de incidência foi 7,7 por 1000 pessoas/ano. Ponderando a prevalência de demência e a população de idosos em torno 15 milhões de pessoas, a estimativa para demência é de aproximadamente 1,1 milhão⁴.

Além dos problemas emocionais em consequência da doença, o desembolso econômico também amedronta, pois já foram gastos milhões em despesas direta e indiretas ligadas a DA e outras enfermidades associadas. Apesar de existir um número significativo de pacientes com demência que convivem em um ambiente familiar sustentado por amigos e parentes, atualmente ocupam quase 50% dos leitos hospitalares. Sessenta mil mortes por ano são diretamente relacionadas a demência².

Visto que a população acima de 85 anos propende a multiplicar, o mal de Alzheimer pode ser denominado de a doença do século XXI. Esse mal foi descrito por cuidadores como “funeral que nunca acaba”, “pesadelo do qual nunca acorda”, “outro nome para loucura”, “epidemia silenciosa”¹.

Efetivamente, a DA demanda cuidados específicos não somente por familiares ou cuidadores, mas também por profissionais especializados, dentre eles os de Enfermagem. Assim surgiu o seguinte questionamento: Quais os cuidados de enfermagem aos pacien-

tes com doença de Alzheimer?

A fim de responder esse questionamento foi realizada uma pesquisa bibliográfica, exploratória, descritiva em que as bases de coleta de dados foram a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), LILACS e Scielo, cujo objetivo geral foi descrever os cuidados de enfermagem ao paciente portador da Doença de Alzheimer e como objetivos específicos explicar sobre a doença de Alzheimer, discorrer sobre os cuidados ou intervenções de enfermagem.

2. A DOENÇA DE ALZHEIMER

2.1 Um breve histórico

A gênese da expressão “Mal de Alzheimer” ocorreu em 1901, na época em que Dr. Alois Alzheimer começou a assistência do quadro da Sra. Augusta, internada em Seu hospital. No ano de 1906, durante o 37º Congresso do Sudoeste da Alemanha de Psiquiatria, realizado na cidade de Tübingen, ele fez sua conferência intitulada “SOBRE UMA ENFERMIDADE ESPECIAL DO CORTEX CEREBRAL”. Relata o quadro de sua paciente e o caracteriza como uma enfermidade neurológica, desconhecida, que denomina demência, ressaltando os sintomas de perda de memória, modificações do comportamento e incapacidade para os afazeres diários. Mencionou, depois de um tempo os achados da anatomia patológica dessa doença, que seriam as placas senis e os novos neuro fibrilares. O Dr. Emil Kraepelin, na edição de 1910 do “Manual de Psiquiatria”, a descreveu como Doença de Alzheimer².

A senhora Augusta era uma dona de casa acima de 60 anos que foi acometida por perda de memória profunda, deficiência na linguagem, insônia, desordem, depressão, delírio e alucinações. Era paciente dele, que faleceu em um hospital em Frankfurt, aos 55 anos. Após a morte dessa senhora, Dr. Alois Alzheimer compartilhou os resultados de um exame *post mortem*⁵.

2.2 Definição

A Doença de Alzheimer é definida como um transtorno ou demência cerebral evolutivo e irreversível, incurável de causa desconhecida e cura presumível. O termo demência tem como significado “perda do juízo” ou “privação da mente”. As doenças relacionadas a demência resultam de vários processos doentes que modificam radicalmente o comportamento dos indivíduos acometidos por ela e paulatinamente danificam suas vidas e, também, da família².

A expressão “Doença de Alzheimer” num significado amplo, equipara-se a uma síndrome clínica qualificada pela modificação progressiva, irreversível, que pode ocorrer antes ou depois dos 65 anos².

As complicações e o comprometimento da cognição e das habilidades pra efetivar os afazeres básicos do dia a dia, assim como as modificações comportamentais e o distanciamento do convívio social, expressam, paulatinamente, um contexto definido pela perda da autonomia total, submissão aos cuidados de outrem, crescimento da vulnerabilidade às comorbidades, até a sujeição total para conservar o autocuidado².



2.3 Fisiopatologia

A DA apresenta como característica histopatológica a perda sináptica maciça e a morte dos neurônios observadas no cérebro que são responsáveis pelas funções psicológicas no qual incluem-se o córtex cerebral, o córtex entorrinal, o hipocampo e o estriado ventral¹.

O Mal de Alzheimer, “é uma doença que deteriora as funções psicológicas alterando o comportamento dos indivíduos assim como as suas funções psicomotoras”. (...) uma patologia cerebral, mas não se sabe ainda a causa de sua ocorrência, por esse motivo não existe um tipo de método que previna ou cure esta doença. O que se sabe é que durante o período em que ela evolui as células nervosas que controlam a memória, raciocínio e outras faculdades vão se danificando com o tempo, tendo como consequência a interrupção da função normal dos neurônios⁶.

A Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ) indica que a ocorrência de lesões no cérebro são peculiaridades desta patologia, sendo a produção da proteína beta-amilóide alterada de forma anormal ocasionado a diminuição dos neurônios e das ligações denominadas sinapses, reduzindo progressivamente o volume cerebral resultando na debilitação dos doentes⁷.

Outra característica da DA é a diminuição da acetilcolina que é a substância principal que controla a memória e, também, do glutamato que é um importante neurotransmissor considerado mediador entre a memória e o aprendizado, fato que causa a morte neuronal quando este se encontra em excesso. Tais alterações causam a hiperfosforilação e produção de β -amilóide, proteína responsável pela ocorrência do dano celular.

2.4 Etiologia e Fatores de Risco

Uma das hipóteses que tem por base os marcadores neuropatológicos, é a da cascata amiloide que causa neurodegeneração no cérebro tem início a partir da clivagem proteolítica da Proteína Precursora Amiloide (APP) resultando na produção, deposição e agregação da β -amilóide ($A\beta$) e das placas senis. Já a hipótese colinérgica, no qual há disfunção do sistema colinérgico é capaz de produzir a redução da memória nos animais, sendo muito parecidos os sintomas com a DA nas pessoas. Isso foi comprovado a partir da observação de cérebros de pacientes com DA que indicaram degeneração dos neurônios colinérgicos, reduzindo os marcadores colinérgicos com acentuada diminuição da colina acetiltransferase e a acetilcolinesterase no córtex cerebral desses indivíduos¹.

Há o encolhimento do córtex cerebral, reduzindo partes da área da superfície do cérebro, sendo esta atrofia um requisito importante a ser observado e avaliado, logo isto reduz a capacidade de pensamento e funcionalidade dos indivíduos portadores desta patologia⁹.

Tem-se ainda um conjunto de fatores que pré-dispõem as pessoas para a ocorrência da D.A conforme consta a seguir:

- **Idade**

Sobre a relação da DA e a idade, Murahovschi (2013) ressalta que alguns estudos demonstraram uma alta incidência em indivíduos com até 80 anos, perfazendo um total equivalente a 20%, Por outro lado, em indivíduos que estão na faixa etária superior a 85 anos essa prevalência dobra, chegando a 40% ou mais, tendo como fatores de risco a história familiar e também a Síndrome de Down (SD)¹⁰.

• **Diabetes mellitus**

O diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM), tem relação direta com os fatores de risco para a DA no qual eleva-se cerca de 37% nas mulheres e 127% nos homens, havendo um aumento na mortalidade em especial aos indivíduos diagnosticados com essas patologias crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial (HA), as doenças cardiovasculares, neoplasias e o Acidente Vascular Cerebral (AVC)¹⁰.

Ressalta que tanto a DM quanto o AVC têm relação direta com a DA no qual demonstram fatores associados nas análises de morbimortalidade quando se trata de causas múltiplas, sendo coerentes as pesquisas nacionais neste âmbito com as pesquisas internacionais.

• **Sexo**

Existe maior incidência nos homens no qual a mortalidade precoce neste gênero se dá devido às doenças cardiovasculares. E tratando-se das mulheres o risco de desenvolver a doença na terceira idade é menor, assim como os índices de mortalidade. E que as mulheres tendem a sobreviver mais que os homens devido a um gene encontrado no cromossomo X, mas esses achados ainda requerem mais estudos para que possa ser considerado como um fator positivo para a doença. Esse gene faz com que o organismo da pessoa com DA produza uma proteína chamada KDM6A que desempenha a função da cognição nos indivíduos auxiliando a reduzir o declínio cognitivo, melhorando assim a sobrevida dos indivíduos¹⁰.

• **Escolaridade**

Considerando o nível de escolaridade dos indivíduos, o autor afirma que quanto maior é o nível menor é o risco explicando que há a constatação de que pessoas com mais escolaridade tendem a administrar melhor as limitações cognitivas do que os que possuem nível mais baixo de escolaridade¹⁰.

• **Alumínio**

Traços de alumínio encontrados no cérebro de pacientes ocasionou a suspeita de que esse metal estivesse implicado na etiologia da doença. A partir dessa constatação, inúmeros ensaios realizados foram incapazes de demonstrar essa correlação ou apresentaram resultados extremamente questionáveis. E por isso, a presença de alumínio demonstrou ser consequência da morte neuronal e não a sua causa¹⁰.

Outros possíveis fatores de risco têm sido estudados, porém com pouco resultado prático, como: exposição ou ingestão de substâncias tóxicas como álcool, chumbo e solventes orgânicos, medicamentos diversos, trauma craniano, exposição à radiação, estilo de vida, estresse, infecções, doenças imunológicas e câncer¹⁰.

Em suma, do ponto de vista científico, pode-se afirmar que a incidência da doença de Alzheimer aumenta exponencialmente com a idade e que existem fortes indícios de que as formas precoces se relacionam a uma maior incidência familiar¹⁰.

2.5 Sinais, Sintomas e Diagnóstico

Embora as pesquisas em saúde tenham evoluído consideravelmente nas últimas décadas, os pesquisadores ainda não têm um consenso sobre o diagnóstico da Doença de



Alzheimer, pois “(...) o provável e possível diagnóstico é difícil de ser confirmado.”⁶

Em relação a isso, as revistas da área psiquiátrica abordam mais os sintomas do que o diagnóstico, intervenção e o tratamento efetivo para a patologia. Outras relatam excessivamente os cuidados, a participação da família, os sintomas e a avaliação desses cuidados, mas não se aprofundam sobre o diagnóstico¹¹.

No entanto, há informação existente de que a evolução da DA é de caráter descendente e o nível de gravidade é comumente dividido em três estágios: leve, moderado e grave. Em cada uma das etapas observa-se uma gradativa perda da autonomia e o consequente aumento das necessidades de cuidados e supervisão de terceiros para os portadores da doença¹².

Outra contribuição importante é que:

Estudos realizados em 1977 falam que em 10% das pessoas maiores de 65 anos sofrem de lesões cerebrais orgânicas que se relacionam com a senilidade. Destas lesões em 75% se diagnostica como DA e em 25% do restante se corresponde com alterações cerebrais produzidas por infartos múltiplos¹³.

A DA se desenvolve em três estágios nos quais os sintomas são identificados facilitando o diagnóstico da seguinte forma⁷:

- **Estágio 1:**

Nesse estágio, o paciente encontra-se desorientado ainda, com perdas de memória não tão severas, geralmente as memórias perdidas são de acontecimentos recentes, ou seja, lembra-se de fatos que ocorreram há anos atrás, mas não lembra do que fez há 5 minutos atrás, porém é capaz de realizar atividades diárias com certa limitação⁷.

- **Estágio 2:**

A perda de memória torna-se mais frequente, há dificuldades em reconhecer pessoas da própria família, as limitações cognitivas começam a aparecer interferindo em suas atividades diárias como tomar banho sozinho, a fala também já começa a ser prejudicada, o idoso já não consegue falar algumas palavras, começa a perder a noção de tempo e espaço⁷.

- **Estágio 3:**

Essa é a fase mais complicada, pois o idoso precisa de cuidador 24 horas por dia, pois já está totalmente dependente, não consegue mais fazer nada sozinho. Na maioria dos casos perde a fala, os movimentos, e precisa de cuidados diários para que tenha uma qualidade de vida digna já que essa é a última fase da doença, conhecida também como fase terminal, e é de suma importância os cuidados de enfermagem a esse paciente desde o diagnóstico da doença até a fase terminal⁷.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), por sua vez, aponta que a DA é uma patologia caracterizada por ser degenerativa e progressiva, no qual leva à demência dos indivíduos e para identificação dos sintomas e diagnóstico, classifica como⁷:

- **Leve:**

É muito comum que os indivíduos tenham perda de memória recente e percam a orientação em relação ao tempo e espaço em que vivem, além disso, muitos deles tendem a apresentar agressividade e perderem a motivação, o que pode levar a episódios de

depressão⁷.

- **Moderada:**

É quando a patologia progride, eventos de esquecimento profundo se tornam mais comuns, o que leva os indivíduos a terem maiores dificuldades para lembrar a respeito de acontecimentos recentes ou tardios e também os nomes dos seus parentes próximos e conhecidos. É a partir deste momento que eles passam a depender do auxílio dos cuidadores que podem ser da família ou profissionais de saúde para assim poderem realizar atividades da vida diária, como por exemplo, a higiene pessoal⁷.

- **Grave:**

É quando há um diagnóstico mais avançado da DA, no qual os indivíduos passam a ter um maior esforço para resgatar memórias antigas, assim como reconhecer as pessoas próximas. Nesta fase, há uma maior incidência de comprometimento da perda da capacidade motora também⁷.

Nestes casos, é muito comum que os indivíduos necessitem de cuidados especiais à medida que vão ficando mais velhos, sendo indispensável ainda a atuação da família ou de cuidadores sendo relevante que os membros da família tenham a consciência de realizar reuniões para delimitar as tarefas de cada um, facilitando, de certa forma, o tratamento, evitando-se a sobrecarga para um ou outro integrante da mesma, o que pode, possivelmente, causar ao cuidador algum tipo de patologia ou condição clínica por estar excessivamente ocupado com o cuidado com esse indivíduo¹⁴.

Outra forma adotada de identificar sinais e sintomas para o diagnóstico, é a DA sendo classificada em maior ou menor grau, na qual alguns portadores, em especial os que se encontram em estado inicial, apresentam pouco ou nenhum comprometimento da memória e das suas habilidades intelectuais, físicas e motoras. Porém, nos casos mais tardios, ocorre o quadro demencial, no qual o indivíduo não responde por si e não tem o controle motor, perdendo ainda a capacidade de resolução de questões simples de coordenação motora como andar, pegar objetos etc. Outro sinal é a oscilação da memória, o que faz com que este necessite de cuidados mais especiais que, em geral, demandam maior tempo dos seus familiares ou cuidadores¹⁵.

De acordo com a ABRAZ o diagnóstico mais preciso da DA é realizado através de exame anatomopatológico no tecido cerebral, porém é realizado apenas por meio da autópsia, constituindo-se de uma conduta, no momento, impossível de ser realizada quando o indivíduo está vivo. Através deste exame é possível visualizar alterações no cérebro como as placas neuríticas, os aglomerados fibrilares presentes no hipocampo que é o centro do cérebro, além da quantidade de proteínas nos neurônios doentes, tamanho dos ventrículos que são os sulcos, se estes aumentaram, além do acompanhamento do encolhimento do córtex e a redução dos neurotransmissores⁷.

Uma outra maneira de realizar o diagnóstico é feito por meio microscópico com a análise do tecido cerebral dos pacientes após o seu falecimento devido a impossibilidade da realização no doente vivo, pois apresenta risco de vida a eles. Na prática, o diagnóstico clínico do DA depende da avaliação de um médico que recomenda a realização de exames, além do histórico familiar deste para que sejam investigadas todas as hipóteses da sua ocorrência¹⁶.

Assim como os exames de imagem como a tomografia (TM) ou ressonância magnética (RM) do crânio ou exames de sangue para o diagnóstico, mas estes são realizados para



se excluir a ocorrência de outras patologias que não a DA, sendo que fazem apenas parte de exames complementares para uma possível avaliação das funções cognitivas⁷.

A avaliação neuropsicológica para a realização de testes psicológicos e a verificação das funcionalidades cognitivas, sendo que os resultados são relacionados à história e observação do comportamento desses indivíduos, o que permite identificar as perdas cognitivas e o perfil do funcionamento neural que, em geral, indicam a presença da patologia⁵.

Contemporaneamente o exame dos biomarcadores de beta-amiloide e de outras proteínas estão sendo analisadas para que ocorra o auxílio no diagnóstico mais preciso da DA, porém, não são indicadas para a prática clínica. Encontra-se num estágio de restrição pois a está em comendo a pesquisa na área genética em andamento, apesar da convicção de diversos pesquisadores de que alguns genes estão relacionados ao risco de desenvolvimento da patologia⁷.

2.6 Tratamento

Imensuráveis pesquisas têm sido realizadas ao longo das décadas desde o descobrimento da doença, obstante, a DA ainda não possui um tratamento que possibilita curar os portadores. Atualmente, que se aplica é o conhecimento acerca de tratamentos que visam estabilizar os sintomas e assim promover uma melhor qualidade de vida para os indivíduos¹⁶.

Portanto, existem diversos medicamentos que causam efeitos colaterais cada vez menos e obtêm resultados considerados significativos para os indivíduos com DA, porém, apesar com os avanços, a patologia por ter causa desconhecida ainda tem tratamento apenas sintomático, ou seja, atinge apenas os sintomas e não a causa⁹.

2.6.1 Terapias não farmacológicas

As terapias não farmacológicas são importantes para estimular as capacidades neurais como a memória, percepção, atenção e outras que os indivíduos vão perdendo com o tempo. Isso proporciona mais qualidade de vida a esses eles¹⁷.

Torna-se relevante a prática de avaliar a função cerebral através da orientação, pensamento abstrato, introversão, concentração, capacidade verbal, memória, além da avaliação das alterações do comportamento e a observação da higienização e dos cuidados pessoais, além da avaliação nutricional e da hidratação. É necessário ainda a verificação dos hábitos de refeição, turgor cutâneo, da avaliação da capacidade motora, precisar a força, o tônus muscular e a flexibilidade desses idosos portadores da DA⁵.

As informações de que as proteínas mal processadas iniciam o processo de deposição no tecido cerebral há décadas antes das manifestações clínicas da DA, o que, de certa forma, contribui para um diagnóstico preciso e possíveis tratamentos precoces. Por enquanto, trata-se de uma estratégia utilizada somente em pesquisa, obviamente que a posteriori poderá colaborar sistematicamente na cura desta patologia¹⁸.

Enquanto não descobrir a cura, a conduta adotada é constatação dos sinais e sintomas nos doentes através das realizações de intervenções com o propósito de preservar a capacidade deles e assim conseguir um melhor desempenho funcional antes mesmo da presença de um possível diagnóstico. Isso visa melhorar o bem estar físico e mental do idoso na realização de atividades de maneira espontânea.

Além disso, torna-se importante, não somente estabelecer ações que proporcionem melhoria e qualidade de vida dos portadores da Doença de Alzheimer necessita, mas, dispor de paciência, solidariedade e acima de tudo respeito ao paciente idoso, estabelecendo um relacionamento afetivo de confiança sobre os cuidados prestados.

2.6.2 Tratamento farmacológico

Atualmente, utilizam os medicamentos como a Galantamina, o Donepezil e a Rivastigmina que são inibidores da acetilcolinesterase, cuja função é a correção das deficiências cognitivas e dos distúrbios de ordem psico comportamentais e tem contribuído para melhoria do desempenho das atividades diárias. Tais medicamentos são efetivos logo nas fases iniciais da D A, entretanto, quando utilizados nas outras fases apresentam ineficácia⁹.

Além desses são utilizados os inibidores da acetilcolinesterase, destacando-se a Rivastigmina, Tacrina, a Galantamina e o Donepezil que têm a ação de alterar a função colinérgica central inibindo a produção das enzimas acetilcolinesterase e butirilcolinesterase que degradam a acetilcolina e aumentam a capacidade desta substância em estimular os receptores muscarínicos e nicotínicos cerebrais¹⁹.

O uso da Rivastigmina (Exelon®) tem sido nomeado como a melhor escolha no tratamento da D A, pois inibe a ação tanto da acetilcolinesterase quanto da butirilcolinesterase, apresentando resultados satisfatórios e eficazes no que diz respeito à elevação dos níveis cerebrais de acetilcolina. Entretanto, tal medicamento ocasiona o surgimento efeitos colinérgicos adversos, ou seja, efeitos negativos no sistema nervoso parassimpático, principalmente quando a dose desta droga é usada de maneira abrupta. Outras consequências dizem respeito aos efeitos gastrointestinais antagônicos, em especial quando estão associados ao aumento de peso nos idosos²⁰.

Outro medicamento opcional é Donepezil (Aricept), um inibidor seletivo da substância acetilcolinesterase, sendo que o tratamento com este medicamento a nível crônico em um ano reduziu até 38% o declínio neural dos pacientes com DA quando comparados com o uso de placebos¹⁴.

O Tacrina (Cognex®), considerado primeiro medicamento utilizado para inibir a ação da acetilcolinesterase e por ter apresentado como efeito colateral a toxicidade no fígado com a elevação das transaminases hepáticas, resultando na ocorrência da hepatite via medicamentosa, foi excluído do rol de medicamentos²⁰.

Quanto ao Galantamina (Reminyl®), é um tipo de anticolinesterásico com duplo mecanismo de ação, tanto inibe a acetilcolinesterase, quanto é capaz de modular os chamados receptores nicotínicos. Esses receptores controlam a liberação dos neurotransmissores sendo de suma importância para o humor e a memória dos doentes²¹.

E finalmente o Huperzina A, é um tipo de alcaloide retirado da planta Huperzia que apresenta uma ação potente, específica e reversível de na acetilcolinesterase. Sua administração vem demonstrando uma melhora significativa para a memória dos idosos com DA, sendo que os seus efeitos adversos são mínimos²².

3. OS CUIDADOS AOS PACIENTES COM ALZHEIMER

A assistência de enfermagem contribui positivamente nos cuidados físicos, psicológicos e sociais do paciente incluindo o ambiente, os cuidadores e a família até os cuidados



clínicos hospitalares especializados. A importância dessa assistência se torna de maior relevância na medida em que progride a doença e o paciente torna-se dependente total de necessidades básicas²³.

O gerenciamento do cuidado é atribuição privativa do enfermeiro e implica na efetivação de várias ações junto ao paciente, de forma direta ou indireta. Os atos administrativos são contemplados nas ações indiretas, porém no relacionamento entre enfermeiro e paciente decorre da interação permeada de natural subjetividade²⁴.

Portanto, pelo fato de o enfermeiro possuir importante função na ação de execução dos cuidados ao doente, bem como na orientação aos familiares e cuidadores quanto à evolução e progressão da doença, cabe a este profissional, capacitar a equipe de enfermagem com temáticas concernentes aos cuidados prestados ao idoso com doença de Alzheimer. Neste contexto destaca-se a atividade de planejamento, execução e avaliação do cuidado.

As ações do cuidado deve ter foco nos diversos aspectos do processo de envelhecer (capacidade funcional, independência e autonomia, fragilidade, avaliação cognitiva, engajamento social, qualidade de vida, promoção da saúde, prevenção de doenças, entre outros) e da senilidade (condições crônicas de saúde, situações de urgências e emergências, atenção domiciliar, entre outros). É importante assegurar, também, o treinamento da equipe de enfermagem para melhor assistência a esses pacientes, identificando a forma adequada de conduzir o atendimento²⁵.

A assistência prestada ao doente na atenção primária, em geral, requer do enfermeiro integrar a equipe multiprofissional, cuja ação é composta de anamnese, exame físico, aplicação de instrumentos que verifiquem as habilidades cognitivas e funcionais para, posteriormente, elaborar um plano de cuidado individual para cada paciente e sua família²⁶. Assim, na elaboração do plano de cuidados de enfermagem, devem ser estabelecidos as seguintes intervenções:

a) Melhorando a Resposta cognitiva

- Simplificar o ambiente: diminuir o ruído e a interação social a nível tolerável para o paciente.
- Manter uma rotina rigorosa, diminuir o número de escolhas possíveis para o paciente, usar fotografias para identificar as atividades.
- Calendários e relógios grandes à vista do paciente e orientá-lo frequentemente em relação o tempo, espaço e pessoa.
- Usar listas introduções, como lembrete das atividades diárias.
- Manter constância nas interações e introduzir lentamente novas pessoas.

b) Evitando Lesões

- Tentar evitar restrições, mas manter a observação do paciente, conforme necessidade.
- Propiciar uma iluminação adequada, para evitar imagens falsas no ambiente.
- Remover do quarto equipamento desnecessário.
- Fornecer cartões de identificações e/ou pulseira de Alerta Clínica.
- Assegurar-se de que o paciente está utilizando sapatos não escorregadios e chinelos fáceis de calçar.

c) Mantendo a Socialização

- Estimular a família a interagir em um nível significativo com o paciente.
- Instruir a família que a sua presença é útil, embora a interação com paciente pode ser limitada.

d) Garantindo o Repouso Adequado

- Administrar antipsicótico para tratar a agitação.
- Proporcionar períodos de exercícios físicos para gastar energia.
- Apoiar os hábitos normais de sono e de deitar-se.
- Manter regularmente a hora de dormir.
- Fazer o paciente colocar o pijama na hora de deitar-se.
- Permitir uma atividade desejada na hora de dormir como uma ligeira refeição, uma bebida quente sem cafeína, ouvir música ou rezar.

e) Mantendo uma Nutrição Ótima

- Fornecer alimentos conhecidos pelo paciente.
- Fornecer refeições pequenas e frequentes, como lanches.
- Fornecer alimentos ricos em calorias e fibras.
- Estimular líquido.
- Garantir que as dentaduras estejam bem adaptadas e que o cuidado dentário seja mantido.
- Pesar semanalmente o paciente²⁶.

3.2 Os Cuidados de Enfermagem a Família e aos Cuidadores dos Portadores de DA

A definição do diagnóstico de Alzheimer representa um marco para a família. Diversos fatores como a esperança na cura, a eleição do cuidador, a questão financeira ao considerar o alto custo do tratamento medicamentoso, a busca por autoajuda, são evidenciadas a partir desse momento⁴.

A família deve ser vista como um fundamental agente de cuidado nesse processo. Torna-se imprescindível fornecer a ela as informações do quadro evidenciado, seu tratamento e prognóstico, como também envolvimento nas primeiras orientações e sugestões de redefinição familiar. Há uma sobrecarga emocional e de atividades que geram transformações na vida daquele que se compromete a assumir a tarefa de cuidador. Nessa escolha certos problemas se tornam aparentes, entre eles a falta de predisposição ao cuidado, uma vez que para prestá-lo é necessário, entre outros quesitos a paciência e disponibilidade⁴.

Além disso, torna-se relevante ressaltar que a realização do cuidado exige do cuidador preparo técnico e emocional, pois o paciente necessita de observação constante e uma assistência com divisão de tarefas entre os familiares. Esta função é bastante complexa e de grande responsabilidade, devendo ser realizada, sobretudo com dedicação, carinho, respeito e amor, uma vez que essa atividade gera grande desgaste físico e emocional para aqueles que lidam diretamente com o paciente³.

Contudo na realização de suas atividades, o cuidador pode desenvolver desequilí-



brios psicológicos e físicos, passando a apresentar sentimentos como angústia, culpa, inversão de papéis, ira e agressividade. Podendo, ainda, os familiares sentirem-se limitados, com sentimentos de desespero, raiva e frustração que se alternam com a culpa de não estar fazendo o bastante por um parente amado. Todos esses fatores podem afetar tanto a saúde física quanto a mental do cuidador¹⁵.

Sendo assim, a equipe de enfermagem tem um papel primordial de dar orientações aos familiares e cuidadores bem como ouvi-los terapêuticamente em suas necessidades. Essas orientações permitam tanto a família quanto ao cuidador aplicá-las durante a evolução da doença, sobre a adaptação dos cuidados à medida que vai aumentando a dependência do idoso e também estimulando o cuidador a adaptação de mecanismos reguladores de enfrentamento necessários ao ato de cuidar; a instrumentalização do familiar /cuidador para o cuidado prático; e o estímulo a cuidar de sua saúde e autoestima é importante para sua saúde física e mental. Todas as orientações devem ser discutidas e planejadas com o cuidador para garantir sua aplicação no dia a dia e possibilitar ao idoso uma assistência mais sistematizada e eficaz²³.

Portanto, a responsabilidade, o esforço, a doação dos cuidadores que mesmo com tantas dificuldades têm o conforto de saber que estão oferecendo uma velhice digna a esses idosos, oferecendo cuidados que vão além do tecnicismo, um cuidado que envolve atenção, bom humor, bom relacionamento, segurança e carinho¹⁵.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que há necessidade de se aprimorar a atenção que será prestada ao público idoso, pois as doenças crônico-degenerativas seguem uma tendência de ocorrência com o aumento da população referida. Torna-se fundamental que o enfermeiro juntamente com a equipe de enfermagem e de saúde enquanto equipe de apoio interdisciplinar e multidisciplinar se mantenham atualizados para facilitar a condução dos pacientes acometido pela Doença de Alzheimer. Pois, tanto o paciente quanto família e cuidador(es) demandam um cuidado direcionado, com o intuito de minimizar os impactos diversos que a DA causa no núcleo social envolvido.

Pensar em estratégias para facilitar o manejo da situação é imprescindível na atuação desse cuidado. Cada vez mais o enfermeiro e sua equipe devem procurar se capacitar e trabalhar suas habilidades de paciência, tolerância e respeito, praticando o ato de educar e direcionar com conhecimento e destreza aos familiares e cuidadores submetidos em condição de vulnerabilidade ao stress causado pela grande mudança em seu estilo de vida, já que além de ser responsável pelo seu bem-estar passa a responsabilizar-se pelo indivíduo doente.

Os cuidadores e familiares precisam desse apoio bem como o direito de terem preservada sua saúde física e emocional. Para isso, requerem orientações de como proceder nas situações mais difíceis e receber em casa visitas domiciliares periódicas.

A visita domiciliar é um instrumento que deve ser utilizado para intervir no processo do cuidar, pois o contribui para conhecer profundamente o paciente dentro do seu contexto e ambiente familiar, que é caracterizado pelas condições de habitação, higiene, saneamento básico e pelas relações socioafetivas, entre os vários membros da família. Ela possibilita também ao profissional a observação *in locus* e permite registrar as atividades importantes e necessárias direcionadas ao cuidador e família, proporcionando, assim, oportunidades de planejar e promover uma assistência que estimule o desenvolvimento

do autocuidado de acordo com a própria realidade.

Os cuidados de enfermagem prestados, deve considerar a assistência integral de saúde, oportunizando a promoção do relacionamento humanizado e profissional com a família, assegurando uma prática menos formal, indicando terapias e formas alternativas do autocuidado com recursos do próprio ambiente familiar. Assim, potencializa o entendimento e à aplicabilidade de suas orientações no cotidiano da assistência ao paciente, favorecendo o fortalecimento dos vínculos paciente/família/equipe de enfermagem e saúde. Deste modo, cria-se um espaço de interação saudável e assistência preventiva e amenizadora dos sinais e sintomas de uma doença que não tem cura e possibilitando, dessa forma, a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- SERENIKI, Adriana; VITAL, Maria Aparecida Barbatto Frazão. A Doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n1s0/v30n1a02s0.pdf>. Acesso em: 08.maio.2024.
- KNOPMAN, David S. Doença de Alzheimer e Outras Demências Significativas. 2014. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp-medicine/5726/doenca_de_alzheimer_e_outras_demencias_significativas.htm. Acesso em: 18.maio.2024.
- ENGELHARDT, Elias et al. Tratamento da Doença de Alzheimer: recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. Arq Neuropsiquiatr. 2015;26(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/anp/v63n4/a20v15n4.pdf>. Acesso em: 17.abr.2024.
- CAYTON, Harry; WARNER, James; GRAHAM, Nori. Tudo sobre a Doença de Alzheimer. 10. ed. São Paulo: Andrei, 2010.
- MATOS, V, Schinider L. A Importância da Assistência de Enfermagem ao Idoso Portador da Doença de Alzheimer. Ministério da Saúde, 2018.
- SMITH, Marília de Arruda Cardoso. Doença de Alzheimer. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-444619990002019. Acesso em: 10.maio.2024.
- OLIVEIRA, M. F et al. Doença de Alzheimer: perfil neurológico e tratamento. 2015. 21f. Trabalho de licenciatura. Universidade Lusíada do Porto. 2005.
- SAYEG, N. et al Doença de Alzheimer Como Diagnosticar e Tratar. Rev. Bras. Med. V. 50, n. 11, pp. 1429-1450, Nov. 2013.
- BREMENKAMP, M. G. et al. Sintomas neuropsiquiátricos na doença de Alzheimer: frequência, correlação e ansiedade do cuidador. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia Brasileira, Rio de Janeiro, v. 17 n. 4, p. 763-773, 2014.
- FERNANDES, Janaína da Silva Gonçalves; ANDRADE, Márcia Siqueira de. Revisão Sobre a Doença de Alzheimer: diagnóstico, evolução e cuidados. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde – SPPS. 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000100011. Acesso em: 09.jun. 2024.
- I. D, Barros, H. L.; FORLENZA, O. V. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. Revista de Psiquiatria Clínica, 2015. 32(3), 131-136.
- RIBEIRO, Cléris Ferreira. Doença de Alzheimer: a principal causa de demência nos idosos e seus impactos na vida dos familiares e cuidadores. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. 2010.
- FERGUSON, E.; HOWARD, R. Donepezil para o tratamento de psicose na demência com corpos de Lewy. Int J Geriatr Psychiatry. 2010;15(3):280-1.
- DIAS, E. B. O Cuidador da Pessoa com Doença de Alzheimer: revisão de literatura. 37f. Trabalho de Conclusão do Curso em Enfermagem Psiquiátrica em Saúde Mental. Marília – SP: Faculdade de Medicina em Marília, 2013.
- LEITE, C. D. S. M. et al. Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da



- literatura. J. Bras. Psiquiatr. Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 48-56, 2014.
16. REITZ, C.; BRAYNE, C.; MAYEUX, R. Epidemiologia da doença de Alzheimer. *Nat Rev Neurol* 2011; 7:137-52.
 17. LOPES, A.C. Tratado de Clínica Médica. 10. ed. São Paulo: Roca Ltda., 2016. 2245 p.
 18. RAMOS, J. L. C.; MENEZES, M. R. Cuidar de idosos com doença de Alzheimer: um enfoque na teoria do cuidado cultural. *Rev Rene*. 2012. n. 13(4):805-15. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-679894>> Acesso em: 20.maio.2024.
 19. GROSSBERG, G. T. Inibidores da colinesterase para o tratamento da doença de Alzheimer: seguir em frente e continuar. *Curr The Res*. 2013;87(9):216-35.
 20. ALMEIDA, O. P. Tratamento da doença de Alzheimer: avaliação crítica sobre o uso de anticolinesterásicos. *Arq Neuropsiquiatr*. 2018;21:613-16.
 21. LEVIN, E. D.; REZVANI, A. H. Desenvolvimento de terapia com drogas nicotínicas para distúrbios cognitivos. *Eur J. Pharmacol*. 2019;123(7-9):112-8.
 22. ZHANG, Z.; WANG, X.; CHEN, Q.; SHU, L.; WANG, J.; SHAN, G. Eficácia Clínica e Segurança de Huperzine Alfa no Tratamento da Doença de Alzheimer Leve a Moderada, um Placebo Controlado, Duplo-cego, Teste aleatório. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2017;36(18):922-25.
 23. TEIXEIRA, Jane Blanco et al. Doença de Alzheimer: estudo da mortalidade no Brasil, 2000-2009. *Cad. Saúde Pública*. vol.31 no.4 Rio de Janeiro abr. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n4/pt_0102-311X-csp-31-04-00850.pdf. Acesso em: 17. maio.2024.
 24. BANDEIRA, Roberto Silva. Gene faz Mulheres com Alzheimer Viverem Mais que Homens, diz Estudo nos EUA. 2020. Disponível em: https://www.uol.com.br/viva_bem/noticias/redacao/2020/09/04/gene-faz-mulheres-com-alzheimer-viverem-mais-que-homens-diz-estudo-nos-eua.htm?. Acesso em: 15.maio.2024.
 25. VARELLA, Mariana. Doença de Alzheimer afeta mais Mulheres que Homens. 2014. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/mulher-2/doenca=-de-alzheimer-afeta-mais-mulheres-que-homens/#:~:text=O%20risco%20estimado%20de%20desenvolver,de%2085%20anos%20ou%20mais>> Acesso em: 09.jun.2024.
 26. MURAHOVSKI, Ana Claudia Sayeg Freire et al. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. 2013. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-doenca-de-alzheimer-livro-2013.pdf>. Acesso em: 10.jun.2024.

FATORES QUE INFLUENCIAM O SURGIMENTO DE DISTÚRBIOS ALIMENTARES RELACIONADOS COM A INSATISFAÇÃO CORPORAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

FACTORS THAT INFLUENCE THE ONSET OF EATING DISORDERS RELATED TO BODY DISSATISFACTION: A LITERATURE REVIEW

Keyla Liana Bezerra Machado¹

Jonas Felipe Bonato²

Paulo Gomes do Nascimento Corrêa³

Geverson Oliver de Assis Oliveira⁴

João Ricardo Cavalcanti do Nascimento⁵

Ana Paula Fernandes Batista⁶

Livya Dy Paolla Sousa Paz Silva⁷

Nilma Amaral Andrade⁸

Luiza Ranyele Gonçalves Resende⁹

Bruno de Barros Miguez⁹

Gracenilde Rodrigues de Alcantara Lima¹⁰

Antônio Fabrício Alves Ferreira¹¹

- 1 Farmacêutica e Mestranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Piauí – UFPI
- 2 Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas
- 3 Discente do Programa de Pós-Graduação em Tecnologias Aplicadas a Animais de Interesse regional.
- 4 Mestrando em Tecnologias Emergentes em Educação
- 5 Graduando em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba
- 6 Graduanda em Medicina pela Universidade Ceuma de Imperatriz
- 7 Graduada em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras de São Luís
- 8 Especialista em Saúde Pública pela Universidade Católica Dom Bosco
- 9 Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina de Olinda
- 10 Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Teresinha
- 11 Graduado em Odontologia pela Faculdade Anhanguera de São Luís

Resumo

A imagem corporal é considerada como a forma que o corpo se apresenta para cada sujeito. Sua determinação é formada tanto em relação a si mesmo como em relação às outras pessoas. A insatisfação corporal está diretamente ligada a preocupações com o peso, forma do corpo e gordura corporal. Tal comportamento pode afetar aspectos da vida do indivíduo no que diz respeito ao seu comportamento alimentar, autoestima e desempenhos psicossocial, físico e cognitivo. Esse é um dos motivos pelo qual a temática foi elencada, tendo-se o esmero de demonstrar a relação entre a insatisfação corporal dos indivíduos e o comportamento alimentar destes, sendo discutida à luz da literatura e com a intervenção do profissional nutricionista. Deste modo, o estudo segue a seguinte problemática: Quais são os fatores que influenciam para o desenvolvimento desses distúrbios alimentares? Outrossim, seu objetivo geral permeia por conhecer os fatores que influenciam o surgimento de distúrbios alimentares relacionados com a insatisfação corporal e os objetivos específicos primam por destacar a relação entre a cultura do corpo perfeito e a insatisfação corporal, além de identificar os principais fatores que influenciam os distúrbios alimentares relacionados a insatisfação corporal e a sua interferência no comportamento alimentar, bem como descrever a atuação dos nutricionistas diante dos distúrbios alimentares. O estudo tem o caráter descritivo com o uso da metodologia qualitativa, com referencial teórico, sendo que o teor do estudo se refere a obras que embasam o seu bojo e alicerçam os conceitos e concepções da referida temática em questão, exceto publicações com dados e marcos históricos. Como critérios de exclusão tem-se as obras que não contemplam a temática, tendo como base seus prescritores. Para isso, foi realizada uma revisão literária utilizando-se as bases dos dados LILACS e MEDLINE, além da biblioteca eletrônica SciELO com o intuito de identificar os artigos científicos relacionados ao tema publicados no período que compreende os anos de 2011 a 2020. Ao término do estudo constatou-se que na Contemporaneidade, é notório que os padrões de beleza que são impostos pela mídia ou por influenciadores digitais são cada vez mais inatingíveis especialmente por mulheres que buscam o considerado corpo perfeito, logo a cada época a concepção de um modelo de corpo considerado padrão muda segundo a concepção de quem influencia ou estimula essa busca, o que tem levado a ocorrência de altos índices de insatisfação corporal. Neste exposto, é importante a atuação do Nutricionista que tem a função essencial de auxiliar no controle das doenças crônicas não transmissíveis através da promoção da mudança nos hábitos alimentares e no estilo de vida das pessoas, respeitando suas individualidades, crenças, situação financeira, faixa etária e outras particularidades para que o comportamento alimentar seja adequado segundo esses fatores e a concepção de que a estética não é a meta mais importante para ser alcançada, mas sim a saúde.

Palavras-Chave: Alimentares; Insatisfação corporal; Fatores de influência.

Abstract

Body image is considered as the form that the body presents to each subject. Your determination is formed both in relation to yourself and in relation to other people. Body dissatisfaction is directly linked to concerns about weight, body shape and body fat. Such behavior can affect aspects of the individual's life with regard to their eating behavior, self-esteem and psychosocial, physical and cognitive performances. This is one of the reasons why the theme was listed, taking care to demonstrate the relationship between the individuals' body dissatisfaction and their eating behavior, being discussed in the light of the literature and with the intervention of the nutritionist. Thus, the study follows the

following problem: What are the factors that influence the development of these eating disorders? Furthermore, its general objective permeates by knowing the factors that influence the emergence of eating disorders related to body dissatisfaction and the specific objectives stand out by highlighting the relationship between the culture of the perfect body and body dissatisfaction, in addition to identifying the main factors that influence eating disorders related to body dissatisfaction and their interference in eating behavior, as well as describing the role of nutritionists in the face of eating disorders. The study has a descriptive character with the use of qualitative methodology, with theoretical framework, and the content of the study refers to works that support its core and underpin the concepts and conceptions of the aforementioned theme in question, except publications with data and historical landmarks. Exclusion criteria include works that do not include the theme, based on their prescribers. For this, a literary review was carried out using the databases of LILACS and MEDLINE, in addition to the electronic library SciELO in order to identify the scientific articles related to the theme published in the period between the years 2011 to 2020. At the end of the study found that in Contemporaneity, it is notorious that the standards of beauty that are imposed by the media or by digital influencers are increasingly unattainable especially by women who seek the considered perfect body, then every time the design of a body model considered standard changes according to the conception of who influences or stimulates this search, which has led to the occurrence of high levels of body dissatisfaction. In this exposed, it is important the performance of the Nutritionist who has the essential function of assisting in the control of chronic non-communicable diseases by promoting change in people's eating habits and lifestyle, respecting their individualities, beliefs, financial situation, age group and other particularities so that eating behavior is adequate according to these factors and the conception that aesthetics is not the most important goal to be achieved, but health.

Key-words: Eating disorders; Body dissatisfaction; Influencing factors.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, é preconizado que o que é belo e deve ser seguido como padrão é um corpo magro, cheio de curvas e bem definido e que isso é o sinônimo de beleza, fazendo com que mesma seja mais valorizada pela sociedade e o seu oposto, seja fortemente rejeitado. Embora os ideais de beleza variem muito em função dos padrões estéticos que são adotados em cada época, os estudos demonstram que as mulheres, por exemplo, têm buscado mudar seus corpos de modo a seguir esses padrões o que pode gerar insatisfação com sua própria imagem.

Assim, a imagem corporal é considerada como a forma que o corpo se apresenta para cada sujeito. Sua determinação é formada tanto em relação a si mesmo como em relação às outras pessoas. A insatisfação corporal está diretamente ligada a preocupações com o peso, forma do corpo e gordura corporal. Tal comportamento pode afetar aspectos da vida do indivíduo no que diz respeito ao seu comportamento alimentar, autoestima e desempenhos psicossocial, físico e cognitivo. Esse é um dos motivos pelo qual a temática foi elencada, tendo-se o esmero de demonstrar a relação entre a insatisfação corporal dos indivíduos e o comportamento alimentar destes, sendo discutida à luz da literatura e com a intervenção do profissional nutricionista.

Deste modo, o estudo segue a seguinte problemática: Quais são os fatores que influenciam para o desenvolvimento desses distúrbios alimentares? Outrossim, seu objetivo geral permeia por conhecer os fatores que influenciam o surgimento de distúrbios



alimentares relacionados com a insatisfação corporal e os objetivos específicos primam por destacar a relação entre a cultura do corpo perfeito e a insatisfação corporal, além de identificar os principais fatores que influenciam os distúrbios alimentares relacionados a insatisfação corporal e a sua interferência no comportamento alimentar, bem como descrever a atuação dos nutricionistas diante dos distúrbios alimentares.

2. METODOLOGIA

Ressalta-se ainda que o estudo tem caráter descritivo com o uso da metodologia qualitativa, com referencial teórico, sendo que o teor do estudo se refere a obras datadas de 2011 aos dias atuais que embasam o seu bojo e alicerçam os conceitos e concepções da referida temática em questão. Para isso, foi realizada uma pesquisa de revisão literária utilizando bases dos dados como o Google acadêmico, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e a biblioteca eletrônica SciELO no intuito de identificar em seus resultados artigos científicos que foram publicados com esta temática. Utilizou-se também a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que integra essas bases acima citadas.

A busca nas fontes supracitadas procedeu-se com o uso dos termos indexadores distúrbios alimentares, insatisfação corporal e fatores de influência e seus correspondentes em inglês *eating disorders, body dissatisfaction and influencing factors*. As publicações foram então pré-selecionadas através de seus títulos, que deveriam conter como critério o termo completo e/ou referências à relação aos fatores que influenciam o surgimento de distúrbios alimentares relacionados com a insatisfação corporal. Foram incluídas publicações da Língua Portuguesa que atenderam aos critérios de se tratar de uma pesquisa, ou um estudo de intervenção; de apresentar como metodologia a descrição.

3. A CULTURA DO CORPO PERFEITO E A INSATISFAÇÃO CORPORAL

Ao longo do tempo, a imagem de padrão corporal sofreu várias mudanças, sendo que em momentos diversos da história percebe-se uma mudança brusca da figura humana como sendo o padrão, ou seja, o tipo ideal. A própria evolução histórica da figura das mulheres no qual a obesidade era tida em tempos remotos como um padrão de beleza, sendo esta valorizada e muito representada nas artes, fato que começou a mudar a partir da década de 1960 quando então iniciou uma busca desenfreada pelo corpo atlético, magro e por formas mais definidas¹.

Este padrão, tão visto atualmente leva muitas pessoas a não respeitarem os diversos biótipos existentes e acabam induzindo homens e mulheres a se sentirem insatisfeitos e a desejarem o emagrecimento. Para isso, caem na armadilha de diversas dietas e aderem práticas inadequadas, como o uso de remédios, laxantes, jejum prolongado, excesso de atividade física, entre outros métodos sem se preocupar com os danos que podem causar a sua saúde².

Desta maneira, é muito comum que relações com o corpo sejam amplamente influenciadas por diversos fatores como os socioculturais, econômicos, afetivos, a idade, crenças, a mídia ou até mesmo o meio profissional. Estes fatores conduzem homens e mulheres a apresentarem um conjunto de preocupações e insatisfações com a imagem corporal, induzindo-os a se exercitarem, a cuidarem de seus corpos de forma excessiva, a fazer comparações com outras pessoas e muitas vezes terem uma péssima relação com a

alimentação³.

A cultura corporal cria um certo excesso de preocupação com a imagem corporal, influenciando diretamente no desencadeamento de transtornos alimentares graves como, por exemplo, a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BL) que são caracterizadas por um tipo padrão de comportamento alimentar onde os indivíduos são gravemente perturbados pela prática de um controle patológico do peso corporal e também por distúrbios da percepção do formato corporal. Está também presente nesses transtornos um inexplicável medo de ganhar peso ou de tornar-se obeso, mesmo estando abaixo do peso, ou mais intensamente, uma supervalorização da forma corporal como um todo ou de suas partes, classicamente descrito como distorção da imagem corporal⁴.

A insatisfação corporal está amplamente relacionada ainda com o tipo de investimento em excesso no corpo, seja por conta da adesão a dietas restritivas, pelo excesso de atividades físicas, investimento em cirurgias plásticas ou mesmo com o comportamento alimentar que afetam diretamente na qualidade da saúde física e mental dos indivíduos, podendo levá-los a sérios distúrbios ou transtornos alimentares⁵.

A insatisfação corporal vem sendo estudada há décadas, pois é muito frequente, em especial nos indivíduos jovens que cultuam o corpo perfeito, sendo considerada um grave problema de saúde pública no mundo, porém, em geral, as pesquisas são realizadas intensamente com o público feminino, que, supostamente, é o que mais se importa com a beleza estética. Neste caso, segundo os autores, é importante buscar os fatores que influenciam os distúrbios alimentares e assim tentar soluções com o auxílio dos profissionais Nutricionistas⁶.

4. PRINCIPAIS FATORES QUE INFLUENCIAM OS DISTÚRBIOS ALIMENTARES

O conceito ou concepção da imagem corporal é considerado um fenômeno psicológico que inicialmente foi estabelecido a partir de 1935, pelo psiquiatra austríaco Paul Ferdinand Schilder (1886-1940), basicamente o indivíduo tem uma imagem do seu próprio corpo em sua mente e é dessa forma com que este é apresentado a ele. Assim, a imagem corporal que é então formada na mente e estabelecida pelos sentidos, ideias e sentimentos, que na maioria das vezes, são consideradas inconscientes. Essa representação é construída e reconstruída ao durante a vida, por isso muitas vezes as pessoas mudam de opinião em relação a sua imagem corporal⁷.

Destarte à imagem corporal é a insatisfação corporal que existe em grande parte da população, no qual tem sido associada a vários fatores, sejam eles sociais, socioculturais, de opinião pública ou pela pressão da mídia que acentua a busca pelo corpo perfeito sem se importar com as consequências, incentivando os indivíduos a atingirem o corpo ideal através de técnicas, dietas, consumo de medicamentos para emagrecimento ou para suplementação mineral, alimentar, aumento muscular etc. proporcionando a sensação de fracasso e insatisfação com os resultados alcançados⁸.

Aliada a isso, tem-se o comportamento dos indivíduos diante da insatisfação corporal, que gera funcionamento psicológico inadequado, negativo, com a presença de ansiedade, baixa autoestima, depressão e, principalmente, a ocorrência dos distúrbios ou transtornos alimentares, reduzindo a qualidade de vida e da saúde dos indivíduos, podendo, inclusive, levá-los a eventos de suicídio⁴.



4.1 Depressão

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), trata-se de um transtorno mental de alta prevalência na população mundial e está associada largamente com a ansiedade, sendo, podendo ambas as condições ser diagnosticadas precocemente através do comportamento dos indivíduos que demonstram tristeza, medo, baixa autoestima, estresse acentuado, além da perda de interesse a atividades da vida diária (AVDs), demonstrando falta de prazer, baixa concentração, cansaço, falta de apetite que influencia no comportamento alimentar e pode direcionar a patologias como a anorexia nervosa, bulimia nervosa dentre outras e insatisfação corporal⁹.

Um estudo com universitários teve achados que traduzem a insatisfação corporal e a sua estreita relação com os problemas de saúde e o desenvolvimento da depressão e esses transtornos alimentares, no qual os acadêmicos destacaram insatisfação corporal causada pelo comportamento alimentar inadequado e quadros de depressão e ansiedade, causando, inclusive, o afastamento familiar, déficit de atenção e fracasso acadêmico¹⁰.

4.2 Ansiedade

A ansiedade é considerada por muitos estudiosos o mal do século, é um estado emocional que é voltado sempre ao futuro. Ela passa a ser patológica quando acontece sem nenhum motivo específico ao qual se direcione. A ansiedade é uma patologia complexa e minuciosa, ela é mais que um simples transtorno, e uma emoção negativa que deixa um sentimento constante de angústia e medo. Então a ansiedade ela caracterizada como o estudo do humor negativo por sintomas corporais de tensão física e apreensão em relação ao futuro. Nos humanos ela pode ter um sentido subjetivo de inquietação e é considerada por muitos estudiosos o mal do século, é um estado emocional que é voltado sempre ao futuro⁹.

A ansiedade pode provocar várias reações físicas, como a alimentação em excesso e, conseqüentemente, o aumento do peso. O estresse negativo, ou angústia, gera alto grau de ansiedade. Os agentes causadores são denominados “estressores” e podem ser: físicos (ruídos, frios ou calor excessivos) ou de clima relacional (entre trabalhadores ou entre trabalhadores e suas chefias, por dificuldades na execução das tarefas, devido à sobrecarga no trabalho, formas exercidas de cobrança de resultados e repreensões em público)¹¹.

Ela passa a ser patológica quando acontece sem nenhum motivo específico ao qual se direcione. De um modo geral pode-se diferenciar a ansiedade normal da patológica, fazendo uma avaliação da reação ansiosa, que é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não¹².

Os doentes não comem por terem fome, mas pelo efeito reconfortante que a comida lhes promove, numa atitude compulsiva que colmata a ansiedade provocada por uma determinada tarefa, atividade ou situação. No entanto, após o momento de conforto são inundados de uma culpabilidade atroz, pela assunção de não terem autocontrole o que provoca um forte ataque à autoestima e autoconceito, ora porque não apreciam o seu físico, ora porque não acreditam serem capazes. É, no entanto, importante referir, que o comportamento se torna patológico pela sua repetição, o que não acontece numa experiência isolada que possa ter um cariz algo mais ansiogénico¹³.

Está amplamente aceito que o comportamento alimentar nos humanos altera-se de acordo com suas emoções, como ansiedade, raiva, alegria, depressão e tristeza. Emoções negativas têm sido estudadas e sugerem que elas podem influenciar o consumo de ali-

mentos. Assim, o ato de comer não está relacionado apenas ao cognitivo, devem-se levar em consideração as emoções do indivíduo, o aspecto social, a situação econômica e cultural, dentre outros. Apesar da mídia, atualmente, facilitar as informações sobre hábitos alimentares saudáveis, observa-se que não tem sido suficiente para que a população mude o comportamento alimentar, isto é, os seus hábitos alimentares¹⁴.

4.3 Mídia

Em geral os conteúdos que são veiculados pelas mídias afetam as escolhas dos indivíduos, trazendo consequências negativas para a saúde física e mental destes através de várias vertentes que vão desde a propagação do culto ao corpo perfeito, magro, que desvaloriza a alimentação adequada e a falta de exercícios, incentivando o consumo de medicamentos considerados milagrosos e dissemina informações sobre dietas que prometem o emagrecimento em um curto período de tempo favorecendo, assim o comportamento alimentar inadequado e práticas alimentares duvidosas que influenciam os distúrbios alimentares, demonstrando a carência de informações dos indivíduos e o cuidado nutricional dos profissionais de nutrição na intervenção, prevenção e combate aos distúrbios alimentares¹⁵.

5. O CUIDADO NUTRICIONAL NA INTERVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES

De acordo com a American Psychiatric Association (APA) os chamados transtornos alimentares (TA) ou distúrbios alimentares caracterizam-se por serem perturbações que persistem na alimentação ou estão relacionados ao comportamento alimentar e resultam em alterações no consumo dos alimentos causando comprometimento na saúde física e mental, trazendo consequências no convívio psicossocial dos indivíduos³². Dentre os mais comuns tem-se a bulimia, anorexia nervosa, o transtorno de compulsão alimentar, transtorno de ruminação e outros¹.

Esses distúrbios são de origem multifatorial, surgindo, no qual esses fatores geralmente se traduzem no comportamento, personalidade dos indivíduos e também na adesão a dietas e tratamentos medicamentosos influenciados pelas mídias, além de eventos como a ansiedade e a depressão que podem influenciar no descontrole alimentar e assim causar insatisfação corporal. Mas não se descarta, também, fatores hereditários e socio-culturais, que se traduzem na imposição dos padrões corporais e estéticos, ou seja, o culto pelo corpo belo¹⁶.

Esses padrões corporais e estéticos estão relacionados à beleza que é tida como um tipo de estrutura padronizada que tem profunda relação entre o que a mídia quer que seja o conceito de beleza e o corpo das pessoas. Assim, a busca pelo corpo considerado perfeito está relacionado tanto com o comportamento alimentar quanto com o cuidado nutricional no qual os indivíduos descartam auxílio dos profissionais mais adequados, no caso, os Nutricionistas e buscam sozinhos ou com outros profissionais de outras áreas alcançar seus objetivos, tendo grande chance de fracassar pela falta de informação profissional adequada².

O papel do Nutricionista na intervenção e orientação nutricional com relação aos transtornos alimentares destacando que cabe a esse profissional identificar os fatores de risco dos TAs e assim direcionar os indivíduos quanto aos cuidados necessários para a plena



manutenção da sua saúde, incentivando quanto ao comportamento alimentar adequado e a evitar dietas restritivas ou medicamentos que possam causar danos à saúde destes¹⁷.

Quanto à insatisfação corporal, os nutricionistas deverão incentivá-los a buscarem orientação de outros profissionais para o advento de atividades físicas e influenciá-los a dietas que venham a contemplar o equilíbrio nutritivo e favoreça o alcance dos objetivos de maneira individual, primando pela saúde e a qualidade de vida de cada um¹.

6. A INSATISFAÇÃO CORPORAL E SUA INTERFERÊNCIA NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

A formação da imagem corporal varia de indivíduo para indivíduo e pode causar satisfação ou insatisfação tendo uma grande interferência no comportamento alimentar, influenciado por fatores diversos como por exemplo a religiosidade, a cultura, a faixa etária e a própria sociedade e também pela época em que os indivíduos vivem. Assim, a relação entre a satisfação e a insatisfação com a imagem corporal e os sintomas de possíveis transtornos alimentares é bastante identificada, em especial nos indivíduos mais jovens que tentem a cultivar o corpo¹⁸.

É comum que os jovens cultuem o corpo nos dias atuais, assim como no passado quando a imagem era ligada à beleza e ao poder, hoje ela tem a função de mobilidade social, entretenimento e interação social, fato que gera o aumento da insatisfação dos indivíduos quando estes se deparam com uma imagem que consideram inadequada para si próprio. Deste modo, a imagem corporal é tida como a maneira como o corpo se apresenta para cada pessoa, como este se enxerga, ou seja, como vê seu corpo e qual a percepção que tem desta imagem¹⁹.

Os jovens sofrem grande influência no que diz respeito à indústria cultural do corpo, pois os meios de comunicação e a mídia em geral criam um modelo padronizado do corpo, no qual os olhares na atualidade estão voltados para corpos moldados por atividades físicas intensas, a difusão das cirurgias plásticas reparadoras e o uso das tecnologias estéticas aumentando a possibilidade da ocorrência de transtornos alimentares quando a imagem corporal é vista como distorcida desta realidade²⁰.

Discordando com o exposto, existe na concepção da valorização do culto da magreza, em especial aos jovens que decidem seguir carreira como modelos de marcas famosas, o que faz com que a magreza e até mesmo o corpo esbelto ou atlético sejam descartados por esse público em questão, havendo assim uma busca frenética pelo corpo ideal, sendo um fator de risco para o desenvolvimento de doenças relacionadas com a insatisfação corporal como a bulimia e a anorexia, por exemplo²¹.

Além disso, tem-se ainda a obesidade que, quando está presente, geralmente influencia os indivíduos a buscarem o uso de maneira irracional dos medicamentos para emagrecimento. Quando estes são consumidos sem a devida prescrição do profissional adequado e adquiridos para serem utilizados como se realizassem milagres corporais em um curto tempo²².

Sobre um dos motivos para que os indivíduos busquem o auxílio dos medicamentos para emagrecer, Bernardino et al. (2019) destacam ser muito comum a insatisfação com o próprio corpo por conta dos distúrbios alimentares, como a obesidade, logo o consciente destes é influenciado por fatores socioculturais, afetivos, econômicos, crenças, a própria mídia que criou um tipo perfeito, ideal do corpo ou até mesmo o meio profissional pode influenciar as pessoas a buscarem mudanças drásticas como no caso do segmento da

moda, por exemplo, onde as modelos mais destacadas exigem uma magreza sem igual. Tais fatores conduzem homens e mulheres a apresentarem um conjunto de preocupações e insatisfações com a imagem corporal, induzindo-os a cuidarem de seus corpos de forma excessiva, a fazer comparações com outras pessoas e muitas vezes terem uma péssima relação com a alimentação.

Não existe medicamento já pré-definido e adequado para a realização do tratamento farmacológico da obesidade, pois o melhor medicamento deve ser prescrito de maneira individual no qual deve-se analisar os hábitos alimentares, os sinais e sintomas desta patologia, além da possível presença da depressão ou outros distúrbios ligados à obesidade, como a ansiedade ou os relacionados à autoimagem, também as condições e as complicações associadas com a obesidade, e a possibilidade da ocorrência de efeitos colaterais no uso de um ou outro medicamento²³.

Quanto aos tipos de medicamentos, os chamados de anorexígenos, anoréticos ou anormirineronéticos, são os fármacos cuja finalidade é de induzir a aversão ao alimento, ou seja, à falta de apetite, popularmente conhecidos como remédios para o emagrecimento. Em geral são do tipo anfetaminas ou metanfetaminas e medicamentos similares, que, inclusive, fazem parte da classe das drogas crack e cocaína²⁴.

É importante citar que a utilização de medicamentos para o emagrecimento deve passar por uma equipe técnica qualificada no qual o Farmacêutico deverá estar presente para que seja então conhecida a história clínica, os antecedentes patológicos, a história e comportamento alimentar, juntamente com o estudo laboratorial para que sejam comparados os parâmetros bioquímicos, hormonais, hematológicos, metabólicos, cardiológicos e também psicológicos. Esta prática permite um melhor diagnóstico dos indivíduos para que então seja realizado um plano terapêutico individual e integral, baseando-se ainda na intervenção nutricional, em atividades físicas periódicas e o acompanhamento do tratamento farmacológico se for necessário²⁵.

Alguns estudiosos têm buscado investigar as razões pelas quais há a interferência no comportamento alimentar por conta da insatisfação corporal, no qual os achados têm revelado que eventos de depressão e a baixa autoestima contribuem diretamente para esses resultados negativos, incentivando a ocorrência dos transtornos alimentares e seus sinais e sintomas²¹.

A busca fracassada por seguidores em redes sociais, a visão de que o poder de influência e o culto por corpos sarados ou magros aumentam esse comportamento elevam o grau de insatisfação dos indivíduos que não estão neste tipo de modelo estético fazendo com que vários indivíduos se comportem de maneira inadequada realizando práticas como a anorexia e até mesmo com a bulimia²¹.

Alguns estudos que os casos de anorexia e bulimia aumentaram a partir da elevação da prevalência da insatisfação corporal em adolescentes, sendo encontrado um número alto desses indivíduos com obesidade que desenvolveram distúrbios como esses relacionados com a conduta alimentar inadequada e a distorção e não aceitação da sua imagem corporal. Outros achados como os resultados de outro estudo, desta vez no Rio Grande do Sul com um total de 325 adolescentes apresentou que 246 (75,8%) destes demonstraram estar insatisfeitos com a sua imagem corporal, principalmente relacionados com o sobrepeso e a obesidade².

Os estudos realizados com uma amostra de 211 acadêmicos dos cursos de Estética, Nutrição e Educação Física de faculdades de Juiz de Fora – MG, sendo 170 do sexo feminino e 41 do masculino sobre insatisfação corporal, quando esses autores obtiveram resultados que demonstraram que a maioria das mulheres relatou não estar satisfeitas com seu pró-

prio corpo, adotando, com isso, mudanças no comportamento alimentar que chegaram a prejudicar a sua saúde com a prática de dietas inadequadas, busca por cirurgias estéticas e, no caso das acadêmicas de Educação Física, a realização de exercícios físicos por um maior tempo, uso de termogênicos e testosterona para assim alcançar a magreza ou um corpo musculoso²⁶.

A presença da insatisfação corporal ocorre principalmente à medida que a idade dos indivíduos se eleva, sendo uma predisposição nos jovens, resultado das alterações decorrentes do comportamento alimentar, logo neste período ocorrem mudanças físicas, biológicas, hormonais, mas também as psíquicas que aliadas a uma formação ideológica pautada no padrão de beleza proveniente da mídia influencia e interfere totalmente no consumo alimentar podendo além de trazer à tona os transtornos alimentares, também os transtornos psicológicos diante do fracasso pela busca do corpo perfeito²⁷.

Um estudo comparativo com mulheres diagnosticadas com e sem algum tipo de distúrbio relacionado com o comportamento alimentar no qual houve em ambos os grupos a prevalência da insatisfação corporal elevada, demonstrando a necessidade de uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde, no qual o Nutricionista está enquadrado para esta questão²⁸.

Foi encontrada uma estreita associação entre a compulsão alimentar e a imagem corporal no qual houve um destaque maior nas mulheres obesas com a compulsão estando estas insatisfeitas com seu corpo, mais que as obesas sem a presença da compulsão alimentar².

Tudo isso aponta a necessidade da atuação dos nutricionistas como profissionais que disseminam as informações para todos os públicos em questão, mas que, principalmente entre os jovens fazem a diferença no tocante a prevenir os fatores que influenciam os distúrbios alimentares através do cuidado com este público em questão.

7. A ATUAÇÃO DOS NUTRICIONISTAS DIANTE DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES

O Nutricionista é o profissional adequado com conhecimentos técnico-científicos que pode direcionar aos indivíduos ações que irão contribuir para a prevenção e o tratamento dos distúrbios alimentares. Ele pode trabalhar em conjunto com uma equipe multidisciplinar no sentido de realizar a avaliação, monitoramento nutricional e propor planos alimentares que incluam a dietoterapia, além do aconselhamento nutricional, o uso de suplementos alimentares nutricionais específicos se for o caso e a educação nutricional para que a população realize as práticas alimentares adequadas²¹.

Tudo isso é possível por conta da aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) no ano de 1999 e atualizada em 2012 quando passou por um processo amplo e participativo dos vários profissionais de saúde com a presença dos Nutricionistas que organizaram juntos as diretrizes para a atenção nutricional do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo o foco na promoção, vigilância, prevenção e o cuidado integral a possíveis agravos que possam estar relacionados à alimentação e nutrição com a realização de atividades integradas a outras que visem ações de saúde junto à Atenção Primária à Saúde³³.

Sobre as diretrizes do PNAN no qual aponta as principais ações dos nutricionistas capazes de mudar o comportamento alimentar e influenciar na prevenção dos distúrbios alimentares, que estão no Quadro 1 a seguir¹.

Quadro 1. Diretrizes do PNAN relacionadas com os distúrbios alimentares.

1. Organização da Atenção Nutricional;
2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;
3. Vigilância Alimentar e Nutricional;
4. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição;
5. Participação e Controle Social;
6. Qualificação da Força de Trabalho;
7. Controle e Regulação dos Alimentos;
8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição;
9. Cooperação e Articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional.

Em 2006 o MS aprovou a Política Nacional de Atenção Básica em saúde (PNAB) e também o Pacto pela Vida, sendo estes instrumentos legais que passaram a expressar as intenções e os possíveis compromissos dos gestores em todos os âmbitos, seja federal, estadual ou municipal tendo como foco a responsabilidade sanitária, mas sem se verificar ações explícitas e objetivas quanto à alimentação e nutrição em seus programas e ações, bem como a prevenção de patologias ligadas ao comportamento alimentar²⁸.

Somente a partir da concepção da Portaria Ministerial Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, é que foram criados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) que são regulamentados atualmente pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 e que dispõem em seus Art. 1º e 2º a respeito da importância da atuação integrada e da parceria dos diversos profissionais de várias áreas de atuação, inclusive a Nutricional, que passaram a constituir esses núcleos de apoio à Estratégia Saúde da Família²⁹.

Dentre esses profissionais o Nutricionista faz parte e integra as equipes do NASF tipo 1, 2, 3 devendo atuar prioritariamente nos âmbitos comunitário e familiar onde a atenção nutricional de maneira individual deve ser apoiada por este profissional de forma indireta, tendo como suas funções primordiais o planejamento, a organização, a elaboração de vários tipos de protocolos de atendimento e de encaminhamento, além da formação de grupos de profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família (ESF) para a realização de ações de educação continuada em sua área de abrangência²⁸.

Em relação aos distúrbios alimentares, o Nutricionista deve trabalhar de maneira efetiva sobre possíveis agravos nutricionais que possam acometer a população local visando contribuir para as ações de segurança alimentar e nutricional no qual a incorporação dessas ações, dentro da atenção primária dá uma resposta positiva às demandas assistenciais e amplia a qualidade da assistência voltada para os distúrbios alimentares através da realização de ações estratégicas voltadas para a melhoria da qualidade da saúde da população¹⁹.

Nestes termos, segundo Brasil (2018) as competências do Nutricionista em prol da prevenção dos distúrbios alimentares estão dispostos no Quadro 2.

Quadro 2. Competências do Nutricionista no âmbito da prevenção contra os distúrbios alimentares²⁸.

- Realizar o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população com a identificação de áreas geográficas e segmentos de maior risco aos agravos nutricionais, grupos em situação de insegurança alimentar e nutricional com base no sistema de vigilância alimentar e nutricional e em inquéritos locais e outras fontes de informação pertinentes, considerando a intersectorialidade e a multicausalidade da situação alimentar e nutricional.
- Favorecer a inclusão social por meio da ampliação do acesso à informação sobre programas sociais e direitos relacionados à alimentação e ao estabelecimento de parcerias locais interinstitucionais e comunitárias, incentivando a inserção das famílias e indivíduos nos programas e nos equipamentos sociais disponíveis e a busca de redes de apoio.
- Auxiliar na identificação de características domiciliares e familiares que orientem a detecção precoce de dificuldades que possam afetar o estado nutricional e a segurança alimentar e nutricional da família;
- Avaliar, em conjunto com as Equipes Saúde da Família e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações de saúde e de alimentação e nutrição e seu impacto na população.
- Desenvolver ações de distintas naturezas para a promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do curso da vida e em respostas às principais demandas assistenciais quanto aos transtornos e aos distúrbios alimentares, estabelecendo estratégias conjuntas com diferentes setores e atuando nos espaços sociais da comunidade.
- Socializar o conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como desenvolver estratégias de resgate de hábitos e práticas alimentares regionais relacionadas ao consumo de alimentos saudáveis.
- Elaborar, em conjunto com a equipe de saúde, rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à alimentação e à nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contrarreferência.
- Atuar na formação e na educação continuada das equipes de saúde e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, Doenças Crônicas Não-Transmissíveis e desnutrição;
- Elaborar planos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pela equipe de saúde, realizando ações multiprofissionais e interdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.
- Desenvolver, coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras.

Além dessas atribuições, o Nutricionista é um dos profissionais de saúde que pode intervir na prevenção dos distúrbios alimentares que são fatores de risco para a insatisfação corporal e que alteram o comportamento alimentar, psicológico e social dos indivíduos, em especial os mais novos, como os adolescentes. Eles são responsáveis diretos por direcionarem esforços para prevenir a ocorrência dessas patologias e assim nortear a melhoria do quadro psicológico desses indivíduos contribuindo para a manutenção da qualidade da saúde e de vida destes³¹.

Um exemplo da atuação dos Nutricionistas diante dos distúrbios alimentares é a prática da Nutrição Comportamental no qual esses profissionais auxiliam os indivíduos a melhor gerenciar suas preocupações a respeito da sua imagem, encorajando a desenvolver uma autoimagem corporal de maneira mais positiva através da educação em saúde que visa uma mudança comportamental tanto nos hábitos alimentares quando na conscientização destes sobre a valorização da sua imagem³.

Mudanças na dieta com o acompanhamento do Nutricionista é outra medida pro-

videncial para que os indivíduos possam alcançar seus objetivos estéticos e uma melhor qualidade de vida, no qual deve-se evitar as dietas restritivas para que não ocorram consequências negativas ao organismo destes, sendo função deste profissional acompanhá-los de maneira adequada para que as reações adversas não ocorram com esse tipo de dieta³⁰.

Os Nutricionistas devem ainda levar em conta conselhos sobre a adesão de dietas influenciadas pelas mídias sociais que incentivam a busca pelo corpo perfeito através de modismos de dietas que colocam em risco a saúde corporal e a saúde emocional no qual é comum que vários indivíduos, em especial os mais jovens sigam um tipo de perfil/imagem que consideram ideal para si e quando não alcançam seus objetivos tendem a comportar-se de maneira patológica, sendo um risco para a ocorrência dos DAs e da insatisfação corporal podendo, inclusive, levar à ansiedade e depressão, podendo até mesmo ocasionar o suicídio em alguns casos mais graves³⁴.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na Contemporaneidade, é notório que os padrões de beleza que são impostos pela mídia ou por influenciadores digitais são cada vez mais inatingíveis especialmente por mulheres que buscam o considerado corpo perfeito, logo a cada época a concepção de um modelo de corpo considerado padrão muda segundo a concepção de quem influencia ou estimula essa busca, o que tem levado a ocorrência de altos índices de insatisfação corporal.

Esta sensação, por sua vez, é estudada há décadas, sendo muito frequente em indivíduos mais jovens pela influência da busca por um corpo perfeito, uma estética que possa chamar a atenção pelo que a opinião da mídia e dos outros tem em relação a um tipo de padrão corporal pré-estabelecido. No entanto, este comportamento é considerado como um grave problema de saúde pública sendo necessária a atenção dos profissionais de saúde como o Nutricionista para direcionar esforços ao atuarem com este público em questão, tendo ainda o conhecimento que indivíduos de outras faixas etárias também sofrem com esse tipo de comportamento negativo quanto ao seu corpo, principalmente o público feminino.

Neste exposto, é importante a atuação do Nutricionista que tem a função essencial de auxiliar no controle das doenças crônicas não transmissíveis através da promoção da mudança nos hábitos alimentares e no estilo de vida das pessoas, respeitando suas individualidades, crenças, situação financeira, faixa etária e outras particularidades para que o comportamento alimentar seja adequado segundo esses fatores e a concepção de que a estética não é a meta mais importante para ser alcançada, mas sim a saúde.

Outro ponto importante a se discutir é que a insatisfação corporal tem como um de seus fatores de risco a associação à baixa autoestima e em consequência disto a depressão e ansiedade, condições clínicas que elevam a ocorrência de compulsão alimentar e outros comportamentos inadequados causados ainda pelo estresse carecendo um olhar mais atento dos Nutricionistas que devem atuar em conjunto com outros profissionais de saúde, ou seja, somar esforços de uma equipe multiprofissional para que possam direcionar esses indivíduos à melhoria do seu quadro clínico e assim restabelecer a saúde mental e corporal auxiliando na qualidade de vida destes.

Diante do exposto, percebeu-se que os objetivos propostos para o presente estudo foram alcançados, trazendo conhecimentos acerca da temática voltada para os fatores que influenciam o surgimento de distúrbios alimentares relacionados com a insatisfação



corporal, servindo de base de dados que contribuíram para alicerçar a formação acadêmica, podendo ser complementado e discutido por profissionais ou acadêmicos do curso de Nutrição.

REFERÊNCIAS

1. LEGNANI, Rosimeide Francisco Santos et al. Transtornos Alimentares e Imagem Corporal em Acadêmicos de Educação Física. *Motriz*, Rio Claro, v. 18. n. 1, p. 84-91, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/motriz/v18n1/v18n1a09.pdf>. Acesso em: 10.mar.2021.
2. ZORDÃO, Olivia Pizetta et al. Associação da Imagem Corporal e Transtornos Alimentares em Adolescentes de Minas Gerais (Brasil). 2015. Disponível em: <https://revista.nutricion.org/PDF/352pizetta.pdf>. Acesso em: 09.mar.2021.
3. BERNARDINO, M. R.; SOUZA, C. T.; FRANCISQUETI, F. V.; SOUZA, D. T. Avaliação da insatisfação da imagem corporal e possíveis transtornos alimentares em estudantes de áreas da saúde de uma faculdade particular de Bauru-SP. *RBONE*. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. 13(82), 888-897. 2019. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1083>. Acesso em: 14.abr.2021.
4. MOREIRA, D. E. et al. Transtornos alimentares, percepção da imagem corporal e estado nutricional: estudo comparativo entre estudantes de nutrição e de administração. *Revista da Associação Brasileira de Nutrição*. São Paulo, Ano 8, n. 1, p. 18-25. 2017. Disponível em: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/232/153>. Acesso em: 05.mar.2021.
5. COELHO, FERNANDA DIAS et al. Cirurgia Plástica Estética e (in) satisfação corporal: uma visão atual. *Rev. Bras. Cir. Plást*, v. 32, n. 1, p. 135-140, 2017.
6. SOUZA, Aline Cavalcante de; ALVARENGA, Marle dos Santos. Insatisfação com a imagem corporal em estudantes universitários—Uma revisão integrativa. *J Bras Psiquiatr*, v. 65, n. 3, p. 286-99, 2016.
7. COSTA, Larissa da Cunha Feio; VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. Influência de fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais na insatisfação com a imagem corporal de universitárias em Florianópolis, SC. *Rev. Bras. Epidemiol*. São Paulo, v. 26, n. 12, pp. 621-623, Mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2018400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10.mar.2021.
8. BENTO, Karine Maria et al. Transtornos Alimentares, Imagem Corporal e Estado Nutricional em Universitárias de Petrolina-PE. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. Volume 20 Número 3 Páginas 197-202 2016. Disponível em: <bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>. Acesso em: 09.mar.2021.
9. MEIRELES, Juliana Fernandes Filgueiras et al. Imagem Corporal, Atitudes Alimentares, Sintomas Depressivos, Autoestima e Ansiedade em Gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(2):437-445, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0437.pdf>. Acesso em: 11.mar. 2021.
10. GRANER, Karen Mendes; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos. Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 1327-1346, 2019.
11. MEDEIROS, Palloma Prates; BITTENCOURT, Felipe Oliveira. Fatores associados à Ansiedade em Estudantes de uma Faculdade Particular. *Id on Line Rev. Psic*. V.10, N. 33, Janeiro/2017 - ISSN 1981-1179. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/594/855>. Acesso em: 11.mar.2021.
12. PAULA, J. A.; et al. Prevalência e fatores Associados à Depressão em Estudantes de Medicina. *Journal of Human Growth and Development*, n. 24(3), 2014.
13. PEREIRA, S. M.; LOURENÇO, L. M. O estudo bibliométrico do transtorno de ansiedade social em universitários. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, n. 64, 2012.
14. BITTENCOURT, Liliâne de Jesus; NUNES, Mônica de Oliveira. Transtorno Alimentar em Estudantes Negras de Salvador: a relação com a imagem corporal. *Demetra*; 2017; 12(1); 169-192. Disponível em: www.e-publicacoes.uerj.br/article/download. Acesso em: 28.fev.2021.
15. TIGGEMANN, Marika et al. O Efeito das “Curtidas” do Instagram na Comparação Social e na Insatisfação Corporal das Mulheres. *Imagem Corporal*, v. 26, pp. 90-97, 2018.
16. OLIVEIRA, Tatiane Cortezi. A Relação Entre a Auto imagem Corporal e o Risco de Transtornos Alimentares

- em Estudantes do Curso de Nutrição em Cuiabá – MT. 2019. Disponível em: https://bdm.ufmt.br/bitstream/1/1627/1/TCC_2019_Tatiane%20Cortezzi%20Oliveira.pdf. Acesso em: 10.mar.2021.
17. MENON, Amanda Magnano; BLANCO, Marília Bazan; BERNARDELLI, Marlize Spagolla. Ações de Intervenção e Orientação Nutricional para Estudantes com Transtornos Alimentares no Brasil: uma revisão sistemática de literatura. 2018. Disponível em: periodicos.feevale.br/seer/article/download. Acesso em: 09.mar.2021.
 18. RIBEIRO, L. G.; VEIGA, G. V. Imagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos profissionais. *Revista Brasileira Medicina e Esporte*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 19, ago/set. 2018.
 19. BOSI, M. L. M et al. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v. 78, n. 23. pp. 216-19, 2016.
 20. RUSSO, R. Imagem corporal: construção através da cultura do belo. *Movimento e Percepção*, Espírito Santo de Pinhal-SP, v. 33, n. 17, fev/mar. 2015.
 21. NÓBREGA, F. J. *Distúrbios da Nutrição: na infância e na adolescência*. 14. ed. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 2017.
 22. ANGELIS, Rebeca C. de. *Riscos e Prevenção da Obesidade*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2013.
 23. OLIVEIRA, R. C.; BARÃO, F. M.; FERREIRA, E.; OLIVEIRA, A. F. M. A farmacoterapia no tratamento da obesidade. *Rbone: Rev. Bras. Obes. Nutr. Emagr.* 2019; N. 8, pp. 375-388. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/170/166>. Acesso em: 15.abr.2021.
 24. NONINO-BORGES, C. B.; BORGES, R. M.; SANTOS, J. E. Tratamento Clínico da Obesidade. *J. Medicina*. 2016; n. 39, pp. 246-52.
 25. GERLACK, L. F.; MORRONE, F. B. Perfil de Utilização de Composto Emagrecedor em Farmácia de Manipulação de Porto Alegre. *Pharm Bras.* 2016;54(1):21-4.
 26. BATISTA, A. et al. Dimensão atitudinal da imagem corporal e comportamento alimentar em graduandos de educação física, nutrição e estética da cidade de Juiz de Fora-MG. *Revista de Educação Física, Maringá*, v. 26, n. 1, p. 69-77, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/refuem/v26n1/1983-3083-refuem-26-01-00069.pdf>. Acesso em: 10.maio.2021.
 27. DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev Nutr.* 2013, v. 36, n. 16, pp. 51-60.
 28. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social – MDS Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SESAN. *Princípios e Práticas para Educação Alimentar e Nutricional*. Brasília, 2018. Disponível em: artigo%20-%20nutricao%20comportamental/CADERNO%20E%20PRÁTICA%20EM%20_EAN_semmarca.pdf. Acesso em: 22.abr.2021.
 29. CASTRO, Inês Rugani Ribeiro. Desafios e perspectivas para a promoção da alimentação adequada e saudável no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, jan. 2015. Disponível em: artigo%20-%20nutricao%20comportamental/Desafios%20e%20perspectivas%20para%20a%20promoção%20da%20alimentação%20adequada%20e%20saudável%20no%20Brasil.pdf. Acesso em: 09. mar.2021.
 30. BRECHAN, I; KVALE, I. L. Relação entre Insatisfação Corporal e Alimentação Desordenada: papel mediador da autoestima e da depressão. *Comportamentos alimentares*, 2015; (17): 49–58.
 31. FARIAS, Claudia Torquato Scorsafava; ROSA, Rafaela Henriques. A Educação Alimentar e Nutricional como Estratégia no Tratamento dos Transtornos Alimentares. 2020. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10611-10620. Jul./ago. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/viewFile/15623/12853>. Acesso em: 15.abr.2021.
 32. APA – American Psychiatric Association. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora, 2014.
 33. RECINE, Elisabetta, LEÃO Marília, CARVALHO, Maria de Fátima. *O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde*. [organização Conselho Federal de Nutricionistas]. 3. ed. Brasília, DF : Conselho Federal de Nutricionistas, 2015.
 34. VARGAS, Eliza Garonci Alves. A Influência da Mídia na Construção da Imagem Corporal. *Rev Bras Nutr Clin.* 2014; 29 (1): 73-5. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/12/12-A-influencia-da-midia-na-construcao-da-imagem.pdf> Acesso em: 11.mar.2021.

REVISÃO DAS EVIDÊNCIAS EXISTENTES PARA O TRATAMENTO DA ESCLOROSE MÚLTIPLA COM DROGAS IMUNOMODULADORAS

REVIEW OF EXISTING EVIDENCE FOR THE TREATMENT OF MULTIPLE SCLEROSIS WITH IMMUNOMODULATING DRUGS

Keyla Liana Bezerra Machado¹

Jonas Felipe Bonato²

Paulo Gomes do Nascimento Corrêa³

Geverson Oliver de Assis Oliveira⁴

João Ricardo Cavalcanti do Nascimento⁵

Ana Paula Fernandes Batista⁶

Livya Dy Paolla Sousa Paz Silva⁷

Nilma Amaral Andrade⁸

Luiza Ranyele Gonçalves Resende⁹

Bruno de Barros Miguez⁹

Gracenilde Rodrigues de Alcantara Lima¹⁰

Dalhane Stephany da Conceição Coutinho¹¹

João Vichthor Sousa Chagas¹²

- 1 Farmacêutica e Mestranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Piauí – UFPI
- 2 Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas
- 3 Discente do Programa de Pós-Graduação em Tecnologias Aplicadas a Animais de Interesse regional.
- 4 Mestrando em Tecnologias Emergentes em Educação
- 5 Graduando em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba
- 6 Graduanda em Medicina pela Universidade Ceuma de Imperatriz
- 7 Graduada em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras de São Luís
- 8 Especialista em Saúde Pública pela Universidade Católica Dom Bosco
- 9 Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina de Olinda
- 10 Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Teresinha
- 11 Graduanda em Farmácia pela Universidade Federal do Piauí
- 12 Graduando em Farmácia pela Universidade Federal do Piauí – UFPI

Resumo

A esclerose múltipla (EM) é uma doença que, até o momento, não possui cura, recentemente, está disponível uma ampla gama de tratamentos fitoterápicos e outra modalidades que são atestados nos pacientes com variedades de morbididades ou não, sendo estas adequadas aos pacientes de acordo com sua necessidade, uma vez que se trata de uma doença cujos sintomas variam de paciente a paciente e com a progressão da mesma. A observação da incidência da EM, bem como a sua importância dentro do contexto da saúde fez com que se tivesse o esmero em abordar esta temática que é essencial para a aquisição de conhecimentos acerca dos cuidados com os pacientes diagnosticados com esta patologia, assim como a participação do profissional Farmacêutico neste contexto. Desta forma o presente estudo tem como problema: Quais os principais medicamentos utilizados para o tratamento eficaz da esclerose múltipla? Seu objetivo geral pretendeu destacar os benefícios comprovados dos medicamentos utilizados no tratamento da esclerose múltipla e seus objetivos específicos primaram por conceituar e caracterizar a esclerose múltipla destacando seus sinais e sintomas, além de explanar os principais métodos medicamentosos no tratamento da esclerose múltipla e apontar estudos sobre os benefícios do tratamento e medicamento dos indivíduos com esclerose múltipla. O estudo tem o caráter descritivo com o uso da metodologia qualitativa, caracterizando-se como um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) com referencial teórico, sendo que o teor do estudo refere-se a obras que embasam o seu bojo e alicerçam os conceitos e concepções da referida temática em questão, exceto publicações com dados e marcos históricos. Como critérios de exclusão tem-se as obras que não contemplam a temática, tendo como base seus prescritores. Para isso, foi realizada uma revisão literária utilizando-se as bases dos dados LILACS e MEDLINE, além da biblioteca eletrônica SciELO com o intuito de identificar os artigos científicos relacionados ao tema publicados no período que compreende os anos de 2011 a 2020. Utilizou-se ainda a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), para integrar as bases bibliográficas citadas. A EM é considerada uma doença autoimune proveniente do SNC no qual desenvolve autoanticorpos que combatem a bainha de mielina dos axônios neuronais. Isto faz com que ocorram sítios inflamatórios e também estresse oxidativo culminando na neurodegeneração e desmielinização dos neurônios provocando lesões que se transformam em transtornos de ordem cognitiva, física e neurológica nos indivíduos diagnosticados com esta patologia, dificultando principalmente as AVDs destes, sendo mais comum a incapacidade neurológica em adultos. Um ponto importante é o uso dos medicamentos que devem ser prescritos por profissionais adequados como médicos com especialidade em Neurologia e dispensados pelos Farmacêuticos que têm ainda o papel da educação em saúde para os pacientes e sua família, direcionando e difundindo informações que serão úteis para o tratamento paliativo desta patologia, assim como os cuidados com a administração medicamentosa e os efeitos adversos que possam ocorrer, auxiliando na melhoria da qualidade de vida destes.

Palavras-chave: Esclerose múltipla. Tratamento. Medicamentos.

Abstract

Multiple sclerosis (MS) is a disease that, until now, has no cure, recently, a wide range of herbal treatments and other modalities are available that are attested in patients with varieties of morbidities or not, which are suitable for patients with according to their need, since it is a disease whose symptoms vary from patient to patient and its progression. The observation of the incidence of MS, as well as its importance within the



context of health, made it necessary to take care to address this issue, which is essential for the acquisition of knowledge about the care of patients diagnosed with this pathology, as well as the participation of the Pharmaceutical professional in this context. Thus, the present study has the problem: What are the main drugs used for the effective treatment of multiple sclerosis? Its general objective was to highlight the proven benefits of the drugs used in the treatment of multiple sclerosis and its specific objectives were to conceptualize and characterize multiple sclerosis by highlighting its signs and symptoms, in addition to explaining the main drug methods in the treatment of multiple sclerosis and pointing out studies on the benefits of treatment and medication for individuals with multiple sclerosis. The study has a descriptive character with the use of qualitative methodology, being characterized as a Course Conclusion Work (TCC) with theoretical framework, and the content of the study refers to works that support its core and support the concepts and conceptions of the aforementioned subject in question, except publications with data and historical landmarks. Exclusion criteria include works that do not include the theme, based on their prescribers. For this, a literary review was carried out using the LILACS and MEDLINE databases, in addition to the SciELO electronic library in order to identify the scientific articles related to the theme published in the period from 2011 to 2020. It was used also the Virtual Health Library (VHL), to integrate the bibliographic bases cited. MS is considered an autoimmune disease originating from the CNS in which it develops autoantibodies that fight the myelin sheath of neuronal axons. This causes inflammatory sites and oxidative stress to occur, culminating in neurodegeneration and demyelination of neurons, causing lesions that turn into cognitive, physical and neurological disorders in individuals diagnosed with this pathology, making their ADLs more difficult, with disability being more common. neurological disorder in adults. An important point is the use of medications that must be prescribed by appropriate professionals such as doctors specializing in Neurology and dispensed by Pharmacists, who also have the role of health education for patients and their families, directing and disseminating information that will be useful for the palliative treatment of this pathology, as well as care with medication administration and adverse effects that may occur, helping to improve their quality of life.

Key-words: Multiple sclerosis. Treatment. Medications

1. INTRODUÇÃO

A esclerose múltipla (EM) é uma doença que, até o momento, não possui cura, recentemente, está disponível uma ampla gama de tratamentos fitoterápicos e outras modalidades que são atestados nos pacientes com variedades de morbidades ou não, sendo estas adequadas aos pacientes de acordo com sua necessidade, uma vez que se trata de uma doença cujos sintomas variam de paciente a paciente e com a progressão da mesma. Portanto, a escolha do tratamento adequado é complexa: muitas vezes, o paciente deverá fazer testes com diversos tratamentos até encontrar o mais adequado para ele.

É considerada a doença mais comum do Sistema Nervoso Central (SNC) sendo ainda autoimune no qual as células T ativadas costumam atravessar a barreira hemato-encefálica iniciando então um tipo de resposta que causa a inflamação conduzindo à lesão axonal e desmielinização. Geralmente seus sintomas duram até cindo dias a uma semana, começando de maneira sutil em sua fase inicial, trazendo consequências como a fadiga, por exemplo, atrapalhando os indivíduos em suas atividades da vida diária (AVDs).

A observação da incidência da EM, bem como a sua importância dentro do contexto da saúde fez com que se tivesse o esmero em abordar esta temática que é essencial para

a aquisição de conhecimentos acerca dos cuidados com os pacientes diagnosticados com esta patologia, assim como a participação do profissional Farmacêutico neste contexto, servindo de base de conhecimentos técnico-científicos para a formação dos acadêmicos de Farmácia. Desta forma o presente estudo tem como problema: Quais os principais medicamentos utilizados para o tratamento eficaz da esclerose múltipla?

Seu objetivo geral pretendeu destacar os benefícios comprovados dos medicamentos utilizados no tratamento da esclerose múltipla e seus objetivos específicos primaram por conceituar e caracterizar a esclerose múltipla destacando seus sinais e sintomas, além de explicar os principais métodos medicamentosos no tratamento da esclerose múltipla e apontar estudos sobre os benefícios do tratamento e medicamento dos indivíduos com esclerose múltipla.

Ressalta-se ainda que o estudo tem caráter descritivo com o uso da metodologia qualitativa, caracterizando-se como um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) com referencial teórico, sendo que o teor do estudo refere-se a obras datadas de 2011 aos dias atuais que embasam o seu bojo e alicerçam os conceitos e concepções da referida temática em questão, exceto publicações com dados e marcos históricos. Para isso, foi realizada uma revisão literária utilizando-se as bases dos dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), além da biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) com o intuito de identificar os artigos científicos relacionados ao tema publicados no período que compreende os anos de 2011 a 2020 no qual utilizou-se ainda a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), para integrar as bases bibliográficas citadas.

A busca nas fontes foi realizada utilizando como termos indexadores esclerose múltipla, tratamento e medicamentos e seus correspondentes da Língua Inglesa *multiple sclerosis, treatment and medications*. As publicações foram assim pré-selecionadas pelos seus títulos, no qual deveriam conter como critério o termo completo ou referência ao tratamento e medicamento da esclerose múltipla. Foram incluídas também publicações em Língua Portuguesa que pudessem atender aos critérios pré-selecionados de que se trata uma pesquisa, ou um estudo de intervenção; apresentando-se como metodologia a descrição.

2. A ESCLEROSE MÚLTIPLA (EM)

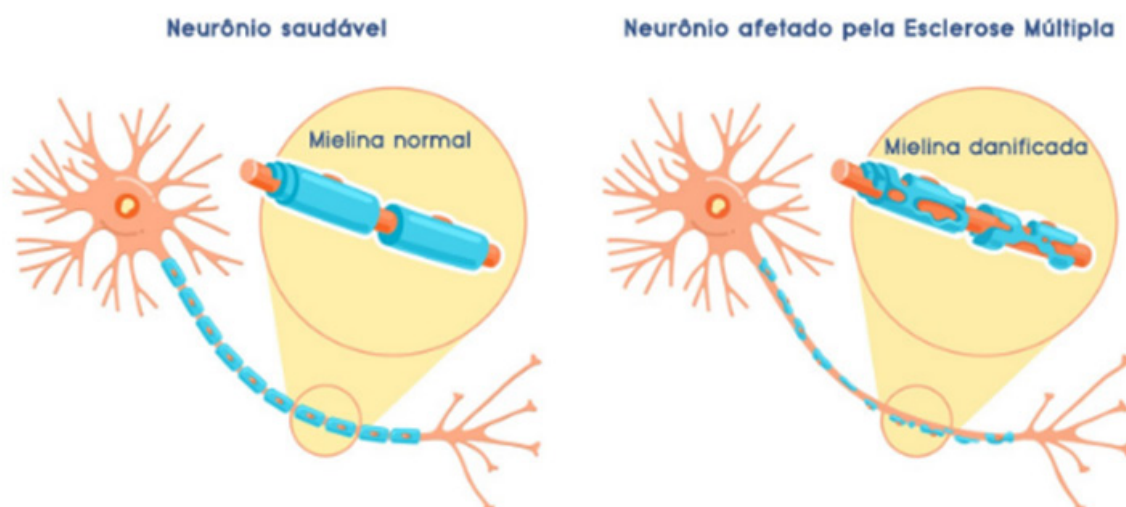
A chamada Esclerose múltipla (EM) é uma patologia com característica autoimune que ocorre no Sistema Nervoso Central (SNC) tendo maior incidência em pessoas que vivem em países norte-europeus. Trata-se de uma substância de coloração branca que causa desmielinização e processos inflamatórios afetando indivíduos na faixa etária dos 18 a 55 anos, tendo ainda pouca incidência em idades superiores no qual sua taxa de prevalência chega a até 15 casos a cada cem mil habitantes no Brasil. Sua classificação no (CID-10) é a G35 Esclerose Múltipla¹.

Em outro conceito sobre a EM, esta é uma patologia progressiva e crônica que costuma afetar as fibras nervosas existentes no cérebro e na medula espinhal. Essas fibras são então recobertas por um tipo de estrutura denominada mielina que é produzida pelos oligodendrócitos e que tem como função criar facilidades na transmissão dos sinais elétricos nervosos dentro do SNC. A EM tem ainda como característica a destruição total ou parcial da mielina, a chamada desmielinização, por esta razão a EM é chamada de doença desmielinizante, apesar de não ser a única. Após o processo inflamatório, há a cicatrização e o endurecimento dos locais inflamados, a esclerose, então, as áreas ou regiões atingidas



são chamadas de placa de desmielinização.

Figura 1. Ilustração da ocorrência da Esclerose Múltipla (EM)².



O que ocorre é que em condições consideradas normais, as células mielinizadas demonstram potencial de ação satisfatória, promovendo a informação de maneira adequada, porém quando a mielina está danificada acaba por prejudicar a condução dos axônios tendo como consequência alterações fisiológicas que provocam a perda das propriedades saltatórias da condução elétrica, havendo ainda a redução na velocidade da condução e uma predisposição no bloqueio da condução nervosa³.

Existem quatro tipos de formas de evolução clínica da EM que são a remitente-recorrente (EM-RR), a primariamente progressiva (EM-PP), a primariamente progressiva com ocorrência de surto (EM-PP com surto) e a secundariamente progressiva (EM-SP), sendo que a mais comum é EM-RR totalizando cerca de até 85% dos casos diagnosticados, em especial no início da sua apresentação. A EM-SP é considerada uma evolução natural da EM-RR tendo 50% dos casos identificados principalmente após os 10 primeiros anos do seu diagnóstico. Já a do tipo EM-PP e a EM-PP com surto totalizam geralmente 10% a 15% dos casos no país⁴.

A classificação da EM em quatro formas de acordo com a sua evolução clínica, que são⁵:

- **Surto recorrente ou remitente recorrente:** é considerada a forma mais comum caracterizando-se pela ocorrência de surtos agudos que geralmente duram vários dias para depois o indivíduo se recuperar;
- **Progressiva primária:** neste tipo de EM não há a presença de surtos, mas sim um tipo de alteração que ocorre gradualmente e de maneira progressiva no que se refere aos sinais neurológicos. As estimativas são de até 15% de ocorrência dos casos deste tipo de EM;
- **Progressiva secundária:** este tipo de EM se caracteriza pela sua ocorrência logo após a apresentação dos surtos, sendo que até 50% dos casos aparecem logo após 10 anos do diagnóstico;
- **Progressiva recidivante:** representa poucos casos, caracterizando-se pela sua progressão desde o início apresentando-se em fases sem sintomas.

É importante ressaltar que vários estudiosos dão crédito às causas da EM e sua relação com fatores ambientais, já outros acreditam que há uma intensa influência genética,

levando à predisposição desta patologia desencadeada por doenças virais⁶.

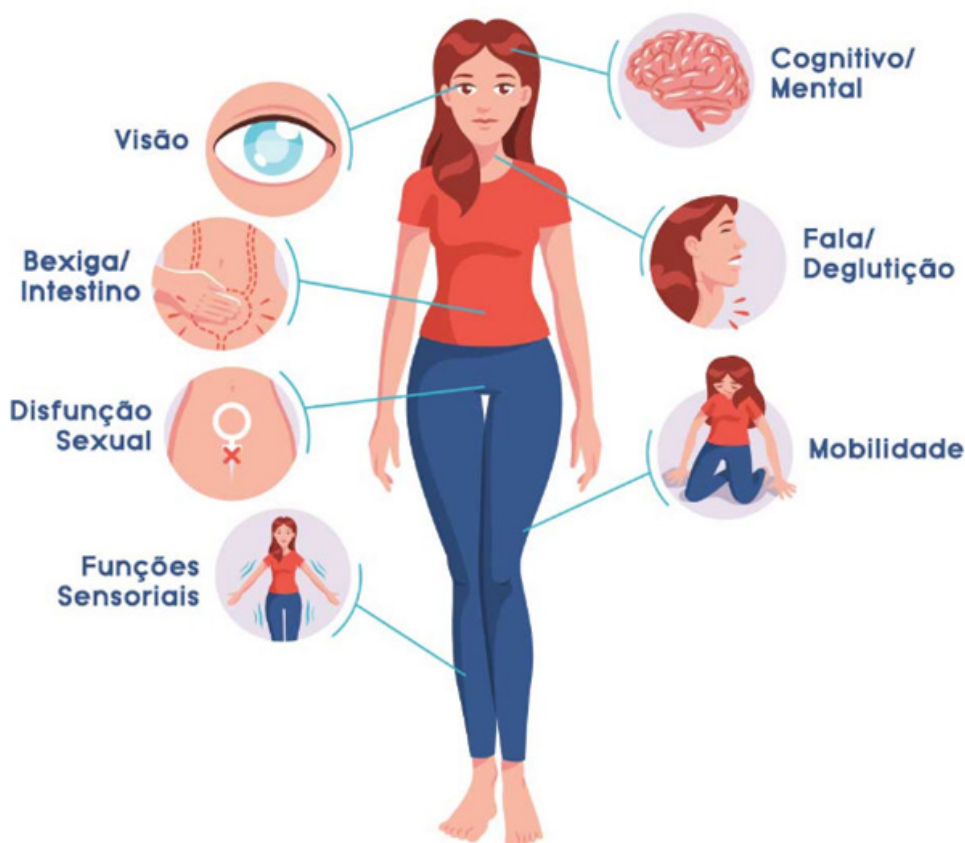
2.1 Incidência, sinais e sintomas da EM

A EM acomete pelo menos aproximadamente 2,5 milhões de indivíduos no mundo, sendo a faixa etária que mais ocorre é a dos 20 a 45 anos, na maioria mulheres tendo maior prevalência em países cujo clima é o temperado. Já no Brasil, a região Sudeste é a que apresenta maiores índices da EM tendo uma proporção de 15 casos a cada cem mil habitantes³.

A EM tem sua etiologia ainda desconhecida, mas é considerada como um evento multifatorial provavelmente causado pela predisposição genética ou por fatores ambientais, tais como infecções, como no caso do vírus Epstein-Barr, além do tabagismo e o déficit de vitamina D. Comportamentos como o estresse, por exemplo, ou pela presença de distúrbios psicológicos como a depressão, sendo uma doença autoimune que apresenta sintomas como fraqueza motora, parestesias neurite retrobulbar, visão dupla, marcha instável, distúrbios de micção e vertigens⁷.

A Figura 2 demonstra os sinais e sintomas da EM.

Figura 2. Imagem ilustrativa dos sintomas da EM⁸.



Sobre os sintomas, estes podem apresentar restrições numerosas para as pessoas com a EM, iniciando-se com a fadiga incontrolável, seguindo até a paresia ou hemiparesia. Eles podem apresentar espasticidade, além de alterações da marcha, falta de coordenação motora e possíveis tremores de forma involuntária. Em algumas pessoas há a ocorrência da perda visual monocular por consequência da neurite óptica, também a visão dupla por conta da disfunção do tronco cerebral e perda sensorial pela mielite transversa ou ataxia

ocasionada possivelmente por um tipo de lesão cerebelar⁸.

Outros tipos de manifestações, enfatizando a disfunção cognitiva que tem como consequência a falta de atenção ou a dificuldade desta, além das alterações na comunicação de maneira fluente, redução da capacidade do processamento de informações com a presença de problemas na memória⁴. Ocorrem também a disartria ou afasia que são alterações na linguagem, sintomas intestinais como a constipação, sintomas vesicais, alterações cardiovasculares causado pela disreflexia autonômica, desregulação na sensibilidade ao calor, ou seja, térmica, dificuldades para engolir, incontinência urinária e descontrole no ato de defecar, perda da libido, dores nos membros superiores e inferiores e outros que estão relacionados na Figura 3.

Figura 3. Outras consequências da EM⁴.



Esses sintomas podem ainda variar ou mudar de intensidade segundo a evolução da doença e o tempo de seu diagnóstico, sendo, portanto, importante que o mesmo seja realizado o quanto antes. Destacam ainda que sintomas como a depressão, ansiedade, estresse, presença de dores, além da disfunção sexual e as alterações no padrão do sono não são perceptíveis aos profissionais de saúde, sendo interessante que os mesmos realizem periodicamente a anamnese desses pacientes com EM para que possam ser realizados tratamentos de maneira individual para assim obterem o sucesso terapêutico⁴.

A EM atinge os nervos que são responsáveis por comandar o cérebro e outras partes do corpo, o que provoca o descontrole interno do corpo através do SNC, tendo como característica principal acometer as partes do cérebro e medula espinhal. Ainda que não seja uma doença fatal ela leva os indivíduos a reduzirem a qualidade de sua saúde e de vida embora alguns tenham uma vida normal mesmo com a presença dos seus sintomas e algumas incapacidades que são medidas pela Escala de Kurtzke destacada na Figura 4 que apresenta a progressão de incapacidades dos indivíduos com EM¹⁷.

Figura 4. Imagem ilustrativa da Escala Expandida do Estado de Incapacidade de Kurtzke⁹.

EDSS = Expanded Disability Status Scale.

A Escala Expandida do Estado de Incapacidade de Kurtzke (EDSS), ou comumente chamada de Escala de Kurtzke é um tipo de método utilizado para quantificar ou classificar o grau de incapacidade dos indivíduos diagnosticados com EM determinando seu grau de incapacidade ou mobilidade dos pacientes. A pontuação é variada com números de 0 a 5 ou 6 e dependente do Sistema Funcional (SF) no entanto, a sua classificação final varia de 0 a 10 no qual 0 é normal, sem nenhum tipo de incapacidade e 10 é classificado como óbito do indivíduo⁹.

É importante salientar que o tratamento deve ser realizado o quanto antes, logo após o diagnóstico da EM no qual a atuação do Farmacêutico tem grande relevância principalmente na prática da adesão dos pacientes que é considerada ainda baixa no país, assim como na prescrição dos medicamentos e no esclarecimento das informações inerentes ao tratamento e possíveis reações adversas no qual a presença do farmacêutico clínico junto à equipe interdisciplinar de saúde garante o sucesso terapêutico em indivíduos com esta patologia¹⁰.



Percebe-se, portanto que uma das grandes dificuldades no que diz respeito à EM é a adesão ao tratamento desta patologia, sendo necessário um maior incentivo dos profissionais de saúde quanto à busca por consultas que venham a, de maneira precoce, diagnosticar a presença desta patologia para que seja realizado de forma mais rápida o devido tratamento.

3. OS PRINCIPAIS MÉTODOS MEDICAMENTOSOS NO TRATAMENTO DA ESCLEROSE MÚLTIPLA (EM)

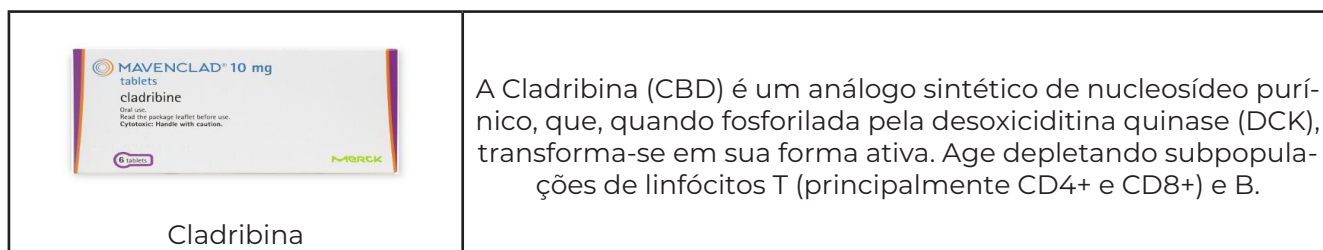
A EM é uma patologia imunomediada que ocorre no SNC e atinge um número imensurável de pacientes pelo mundo, sendo caracterizada por manifestar eventos de surto-remissão com sintomas como o formigamento no braço e dormência agravando o estado geral dos indivíduos causando a dificuldade da sua mobilidade, mas que pode desaparecer a qualquer momento. O tratamento é medicamentoso e deve ser indicado e acompanhado por profissionais adequados como os médicos e os Farmacêuticos respectivamente⁵.

Estão disponíveis na indústria farmacêutica várias medicações com vias de administração, mecanismos e eficácia diferenciadas para o tratamento da EM tem como destaque a necessidade da aprovação pelas agências reguladoras como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ao qual tem-se¹¹:

Quadro 1. Medicamentos utilizados para o tratamento da Esclerose Múltipla (EM).

MEDICAMENTO	ESPECIFICAÇÃO
 <p>Betainterferona (IFN)</p>	<p>Foram as primeiras drogas criadas e aprovadas para tratar indivíduos com EM. Elas incentivam a produção de citocinas anti-inflamatórias e reduzem a produção das pós-inflamatórias atenuando a inflamação no SNC. São bem toleradas pelo organismo.</p>
 <p>Acetato de Glatirâmer (AG)</p>	<p>O AG é um tipo de polímero muito parecido com a mielina sendo utilizado com o propósito de imunomodulação periférica, central e de neuroproteção. Tem o potencial de envolver o bloqueio do dano à mielina atenuada pelas células T reparando os processos inflamatórios e promovendo o efeito neuroreparador.</p>
 <p>Natalizumabe</p>	<p>É um tipo de anticorpo monoclonal que impede a migração da célula linfocitária agindo como anti-inflamatório. Tem por alvo a integrina $\alpha 4\beta 1$ expressa na membrana das células endoteliais.</p>

 <p>Fingolimode</p>	<p>Age diretamente sobre os linfócitos T naïve ou ativados tendo como mecanismo de ação a internalização dos receptores de esfingosina-1-fosfato (EIF), presentes na superfície linfocitária. Age sobre a inflamação do SNC.</p>
 <p>Teriflunomida</p>	<p>É um tipo de imunossupressor, que contém propriedades anti-inflamatórias. Age inibindo a enzima mitocondrial diidroorotato desidrogenase no organismo, sendo essencial para sintetizar a pirimidina que inibe a proliferação de linfócitos B e T ativos.</p>
 <p>Fumarato de dimetila (DMF)</p>	<p>O DMF é utilizado somente na EM remitente (EMRR). Tem propriedades imunomoduladoras e anti-inflamatórias que influenciam a composição das células T reduzindo as células B da memória madura em circulação. Causa efeito neuroprotetor reduzindo o estresse celular oxidativo.</p>
 <p>Alentuzumabe</p>	<p>É mais um anticorpo monoclonal IgG que atua sobre o antígeno CD52, um tipo de glicoproteína expressa na membrana de linfócitos T e B envolvidos na fisiopatologia da EM. Possui a função de reduzir a quantidade de surtos da EM.</p>
 <p>Ocrelizumabe</p>	<p>É um anticorpo monoclonal humanizado que provoca depleção das células B através de lise celular. Reduz a progressão de incapacidades decorrentes da doença na EMPP e na EMRR, assim como reduz a TAA na EMRR.</p>



Dentre todos os demais medicamentos estão aprovados pela ANVISA para serem utilizados no tratamento da EM com exceção da Cladribina que ainda necessita de estudos mais aprofundados para a sua liberação nesta agência¹¹.

Em geral, os medicamentos utilizados para o tratamento da EM servem apenas para controlar e aliviar os sintomas desta patologia, no qual tem-se os analgésicos, relaxantes musculares, antidepressivos e anticonvulsivantes, além de medicamentos utilizados para a fadiga muscular, disfunção erétil, incontinência urinária, dificuldade de controle do intestino e insônia, sintomas clássicos desta condição clínica⁶.

Existem outras possibilidades de tratamentos que não sejam os medicamentosos, ou seja, os naturais como o advento de uma dieta balanceada que tem a função de aliviar sintomas como o cansaço, prisão de ventre, além do consumo de alimentos ricos em vitamina D que é indicada para a EM, pois reduzem os riscos das crises e a atividade desta patologia. Preconiza-se também o advento de terapias alternativas como a acupuntura e a acupressão, sendo estes acompanhados por profissionais adequados para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos diagnosticados com esta patologia¹.

O fato é que diversos estudos dão conta dos benefícios dos tratamentos da EM, no qual os Farmacêuticos podem e devem estar presentes, pois possuem conhecimentos científicos para atuarem no combate aos sinais e sintomas desta patologia que aflige centenas de milhares de pessoas espalhadas pelo mundo.

4. ESTUDOS SOBRE OS BENEFÍCIOS DO TRATAMENTO DA ESCLEROSE MÚLTIPLA

A EM não tem cura, mas com o tratamento adequado é perfeitamente possível manter a estabilidade dos sinais e sintomas desta patologia, reduzindo surtos e retardando a progressão desta garantindo mais qualidade de vida para os indivíduos diagnosticados com esta condição clínica. O autor enfatiza que vários tipos de tratamentos que podem ser utilizados e que todos trazem algum benefício para o organismo das pessoas. Dentre eles tem-se o tratamento medicamentoso, além da fisioterapia, terapia ocupacional, terapia de Ozônio, o uso da maconha (*Cannabis sativa*), da vitamina D, plantas medicinais e outros métodos terapêuticos¹¹.

A fisioterapia auxilia no fortalecimento dos músculos, melhora a maneira de andar, ajuda no equilíbrio e coordenação motora e é indicada para os eventos de crise quando os sintomas pioram e provocam a dificuldade nos movimentos dos braços e pernas e fraqueza muscular. Neste caso indica-se a fisioterapia motora que é utilizada para combater as retrações musculares e a dormência. Ela reduz a dor, fortalece os músculos e auxilia na prática da caminhada criando mais autoestima para os pacientes³.

A fisioterapia respiratória que é indicada em uma fase mais avançada da EM quando o sistema respiratório se encontra comprometido. Com esse tratamento utiliza-se o flutter que fortalece os músculos respiratórios e faz com que o catarro preso no peito seja expe-

lido. Isso é importante para os pacientes terem uma respiração mais saudável. Os autores afirmam ainda que cabe à equipe de saúde estabelecer outros tipos de atividades para um melhor tratamento, tais como a prática da terapia ocupacional, arteterapia, fonoaudiologia, além de atividades que envolvam o psicológico e outras⁹.

Segundo a Associação Brasileira de Esclerose Múltipla (ABEM) existem mais de 35 mil pacientes com a EM no Brasil, o que faz com que os tratamentos auxiliares sejam ainda mais importantes. Dentre estes tem-se uma nova modalidade de tratamento, que é a Terapia de Ozônio que é o uso deste gás de maneira medicinal ou paliativa. Dentre os benefícios que o Ozônio traz aos pacientes com EM tem-se a melhoria da qualidade de vida destes, pois reduz os efeitos colaterais dos medicamentos tradicionais, além de combater o estresse e a depressão, sintomas característicos nos casos de EM, reduz os custos do tratamento, elimina as dores, recupera a capacidade motora e previne o avanço da patologia.

Por ser um tratamento considerado novo e afim de comprovar os benefícios do Ozônio, foi publicado o resultado de um estudo na Revista Espanhola de Ozonioterapia ao qual realizaram-se análises sobre os registros científicos que demonstraram a ação imediata deste gás no combate à EM. Ainda assim a divulgação dos benefícios da Ozonioterapia ainda são pouco revelados, pois tem baixo custo terapêutico e incomoda a indústria farmacêutica que visa lucratividade com os tratamentos tradicionais¹².

Sobre o uso da maconha, *Cannabis sativa*, o Canabidiol (CBD) é um dos vários princípios ativos encontrados na *Cannabis*, foi isolado na década de 1940 pelo pesquisador Raphael Mechoulam e sua equipe o canabidiol corresponde cerca de 40% da planta com atividade farmacológica ampla¹³.

Com a descoberta do Canabidiol o estudo vem sendo cada vez mais crescente destacando seus efeitos farmacológicos e terapêuticos apresentados em várias patologias, começando assim, uma nova etapa para o uso da *Cannabis sativa* como medicamento, porém com novas atualizações do que nos anos anteriores. Agora com suas estruturas conhecidas, seus mecanismos estão sendo cada vez mais estudados e compreendidos com a descoberta de um novo sistema canabinoide endógeno, e os medicamentos que estão sendo formados estão sendo comprovados cientificamente juntamente com sua eficácia¹⁴.

Sobre o mecanismo de ação da *Cannabis sativa* que esta se dá pela ativação das proteínas-G, que são os primeiros componentes que se modificam através do processo de transdução de sinais, proporcionando as mudanças intercelulares que são caracterizadas pela ação da abertura ou bloqueio dos canais de cálcio e potássio, ocasionando desta forma alterações nas funções das células¹⁵.

Dentre os benefícios da *Cannabis* no tratamento da EM tem-se que a mesma tem propriedades anti-inflamatórias, combate a dor, relaxa os músculos, auxilia na digestão, no sono e protege a visão. No entanto, o seu uso no tratamento da EM deve ser acompanhado por profissionais habilitados para que não surjam efeitos adversos¹³.

A captação da vitamina D se faz através da exposição ao sol, mas no tratamento da EM essa substância é administrada via medicamentosa em comprimidos sendo necessária a realização de exames de sangue para se ter a noção se o paciente tem a deficiência nesta vitamina⁸.

A terapia ocupacional abrange áreas ocupacionais que agem sobre as atividades da vida diária (AVDs) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) atuando diretamente na prática do lazer, trabalho, educação e outras que reduzem as incapacidades e auxiliam na reabilitação cognitiva e motora criando oportunidades ainda para que os pacientes não



se tornem inativos e ocorra nestes eventos de depressão, ansiedade e outros comportamentos psicológicos que reduzem a qualidade de vida destes¹⁶.

É importante que estejam integrados neste contexto profissionais de várias áreas como Enfermeiros, Farmacêuticos, profissionais de Educação Física e outros para melhor direcionarem as atividades em prol da melhoria da intervenção terapêutica nos casos de pacientes com EM. Outro ponto importante a se destacar é a educação em saúde no qual os Farmacêuticos podem direcionar o paciente e a família quanto aos cuidados com os fatores de risco e os benefícios e efeitos adversos que tratamentos medicamentosos podem trazer para a vida desses indivíduos, sendo um profissional indispensável para os cuidados com este público em questão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A EM é considerada uma doença autoimune proveniente do SNC no qual desenvolve autoanticorpos que combatem a bainha de mielina dos axônios neuronais. Isto faz com que ocorram sítios inflamatórios e também estresse oxidativo culminando na neurodegeneração e desmielinização dos neurônios provocando lesões que se transformam em transtornos de ordem cognitiva, física e neurológica nos indivíduos diagnosticados com esta patologia, dificultando principalmente as AVDs destes, sendo mais comum a incapacidade neurológica em adultos.

Apesar de ser conhecida há décadas, a EM não possui um tratamento que se possa dizer que há uma cura, mas sim a redução dos sintomas, o que faz com que os indivíduos voltem a viver de maneira normal, mesmo com alguns tipos de sequela. Assim torna-se importante que os profissionais de saúde, dentre eles os Farmacêuticos tenham um olhar mais atento para direcionar a esses pacientes, voltando seus esforços para tratamentos paliativos que contemplem a redução da sintomatologia.

Outro ponto importante é o uso dos medicamentos que devem ser prescritos por profissionais adequados como médicos com especialidade em Neurologia e dispensados pelos Farmacêuticos que têm ainda o papel da educação em saúde para os pacientes e sua família, direcionando e difundindo informações que serão úteis para o tratamento paliativo desta patologia, assim como os cuidados com a administração medicamentosa e os efeitos adversos que possam ocorrer, auxiliando na melhoria da qualidade de vida destes.

REFERÊNCIAS

- FRAGOSO, Y. D.; PERES, M. Prevalência de esclerose múltipla na cidade de Santos, SP. **Rev Bras Epidemiol.** 2017; 29:425–32.
- ARRUDA, Walter Oleschko. Esclerose Múltipla. 2020. **Jornal de Neuroimunologia**; 293:91-99.
- OLIVEIRA-KUMAKURA, Ana Railka de Souza *et al.* Capacidade Funcional e de Autocuidado de Pessoas com Esclerose Múltipla. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** vol. 27. Ribeirão Preto. 2019. Epub. Oct. 07, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1169201900010000367&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 29.mar.2024.
- ARAÚJO, Sônia Maria Leonardo; OLIVEIRA, Larissa Mariana V. de; RIESCO, Thaís Bandeira. Tratamentos Fisioterapêuticos Utilizados para Fadiga em Pacientes com Esclerose Múltipla. 2019. Disponível em: <https://ceafi.edu.br/site/wp-content/uploads/2019/05/tratamentos-fisioteraputicos-utilizados-para-fadiga-em-pacientes-com-esclerose-mltipla.pdf>. Acesso em: 12.mar.2024.
- OLIVEIRA, Enedina Maria Lobato de; SOUZA, Nilton Amorim de. **Esclerose Múltipla.** 2019. Disponível em: <https://ceafi.edu.br/site/uploads/2019/05/esclero-semultipla.pdf>. Acesso em: 25.mar.2024.

6. TILBERY, C. P. **Esclerose Múltipla no Brasil: aspectos clínicos e terapêuticos**. 10. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.
7. ZEYDAN, B.; KANTARCI, O. H. Formas Progressivas de Esclerose Múltipla: Entidade Distinta ou Fenômenos Dependentes da Idade. **Neurol Clin.** 2018; 36 (1): 163-71. doi:10.1016/j.ncl.2017.08.006.
8. HANSEN, M. R.; OKUDA, D. T. Esclerose Múltipla na Idade Contemporânea: Compreendendo o Paciente Milenar com Esclerose Múltipla para Criar Cuidados de Próxima Geração. **Neurol Clin.** 2018; 36 (1): 219-30. doi: 10.1016 / j.ncl.2017.08.012.
9. RIBAS, Marcos Lázaro Vasquez; RIBEIRO, Nildo Manoel da Silva. Análise da fadiga em pacientes com esclerose múltipla: um estudo preliminar. **Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv.** Vol. 17. n. 1. São Paulo, jun. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpdd/v17n1/v17n1a09.pdf>. Acesso em: 29.mar. 2024.
10. LEFKOVITS, Jaqueline Cristina; ANDRADE, Viviane; HEINEN, Renata Correa. Atenção Farmacêutica na Esclerose Múltipla: reflexão e crítica do papel do farmacêutico. **Revista Saúde Física & Mental (SFM)**. v. 7, n. 1, 2019.
11. BRITO, Guilherme Camargo *et al.* **Tratamento Farmacológico da Esclerose Múltipla: uma revisão atualizada**. 2018. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivres/periodicos/acta-medica/assets/edicoes/2018-1/arquivos/pdf/35.pdf>. Acesso em: 19.abr.2024.
12. DUARTE, Alan. **Por que usar a terapia de ozônio no tratamento da Esclerose Múltipla?** 2019. Disponível em: <https://www.saudecomoazonio.com.br/por-que-usar-a-terapia-de-ozonio-no-tratamento-da-esclerose-multipla/>. Acesso em: 15.abr.2024.
13. MATOS, R. L. A. *et al.* O Uso do Canabidiol no Tratamento da Epilepsia. **Revista Virtual de Química**. Brasília, v. 9, n. 2, p. 786-814, mai./2017. Disponível em: <http://rvq-sub.sbq.org.br/index.php/rvq/article/view/1991>. Acesso em: 1.abr.2024.
14. ZUARDI, Antonio Waldo. History of *cannabis* as a medicine: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 28, n. 2, pp. 153-157, jun./2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200015%20&lng=e%20n&nr%20m=isso. Acesso em: 10.abr.2024.
15. GUILHERME, Camila Guedes *et al.* *Cannabis sativa* (maconha): uma alternativa terapêutica no tratamento de crises convulsivas. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v. 12, n. 2, pp. 96-103, dez./2014. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2018/10/v.12-n.2-2014.pdf>. Acesso em: 17.abr.2024.
16. CAMPOS, Luana Aparecida Barbosa; TOLDRÁ, Rosé Colom. Intervenções de Terapia Ocupacional com Pessoas com Esclerose Múltipla: revisão integrativa da literatura. **Cad. Bras. Ter. Ocup.** vol. 27. n. 4. São Carlos, Oct./Dec. 2019. Epub, Nov, 14, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102019000400885. Acesso em: 25.abr.2024.
17. ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA. **O que é a Esclerose Múltipla?** São Paulo, 2014. Disponível em: [http://www.cadastro.abneuro.org/site/conteudo.asp?id_secao=31&id_conteudo=59&ds_secao=Peruntas%](http://www.cadastro.abneuro.org/site/conteudo.asp?id_secao=31&id_conteudo=59&ds_secao=Peruntas%20). Acesso: 30.mar. 2024.

CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS CAMINHONEIROS: ANÁLISE DOS ÍNDICES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

TRUCK DRIVERS' HEALTH CONDITIONS: ANALYSIS OF ARTERIAL HYPERTENSION INDEXES

Keyla Liana Bezerra Machado¹

Jonas Felipe Bonato²

Paulo Gomes do Nascimento Corrêa³

Geverson Oliver de Assis Oliveira⁴

João Ricardo Cavalcanti do Nascimento⁵

Ana Paula Fernandes Batista⁶

Livya Dy Paolla Sousa Paz Silva⁷

Nilma Amaral Andrade⁸

Luiza Ranyele Gonçalves Resende⁹

Bruno de Barros Miguez⁹

Gracenilde Rodrigues de Alcantara Lima¹⁰

Lorena Rebouças da Silva¹¹

-
- 1 Farmacêutica e Mestranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Piauí – UFPI
 - 2 Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas
 - 3 Discente do Programa de Pós-Graduação em Tecnologias Aplicadas a Animais de Interesse regional.
 - 4 Mestrando em Tecnologias Emergentes em Educação
 - 5 Graduando em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba
 - 6 Graduanda em Medicina pela Universidade Ceuma de Imperatriz
 - 7 Graduada em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras de São Luís
 - 8 Especialista em Saúde Pública pela Universidade Católica Dom Bosco
 - 9 Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina de Olinda
 - 10 Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Teresinha
 - 11 Graduanda em Medicina pela UNIT de Maceió- AL

Resumo

No Brasil existe aproximadamente uma frota de 1,8 milhões de caminhoneiros. E por seu excesso de trabalho originam-se vários problemas de saúde, como a hipertensão arterial, que é a elevação da pressão exercida pelo sangue dentro dos vasos sanguíneos. Considera-se atualmente a hipertensão como um dos fatores que designa “doença das responsabilidades”, e sabe-se que grande maioria dos caminhoneiros tem dia e horário para entrega de suas cargas, portanto enfrentam uma rotina de trabalho na qual apresentam horários irregulares para descansar e alimentar-se corretamente. Então tornam-se uma clientela de difícil acesso para os profissionais da saúde. Tem como objetivo principal analisar as condições de saúde dos caminhoneiros, cuja metodologia consiste em uma pesquisa de campo descritiva com enfoque quantitativa no qual seus resultados servem de base para a realização da avaliação das condições de saúde dos caminhoneiros, que transitam pela BR-316 Maranhão, com aplicação de questionário como instrumento de coleta de dados ao qual obteve-se que dos 115 motoristas caminhoneiros entrevistados, 98% eram do sexo masculino, 29% com idade maior 41 anos, 44% fazem uso de medicamentos para alterar o sono, 61% se alimentam com comida enlatada, 84% só vão a Unidade Hospitalar quando estão doentes, 51% fez sua última consulta há alguns anos, 22% referiram praticar atividades físicas. Diante disto, conclui-se que 64% dos caminhoneiros não sofrem de hipertensão, mas a grande maioria está exposta a riscos que venham contribuir para que os mesmos adquiram a patologia

Palavras-chave: Saúde. Caminhoneiros. Hipertensão Arterial.

Abstract

In Brazil there is approximately a fleet of 1.8 million truck drivers. And due to overwork, several health problems arise, such as high blood pressure, which is the increase in pressure exerted by the blood within the blood vessels. Hypertension is currently considered to be one of the factors designated as a “disease of responsibilities”, and it is known that the vast majority of truck drivers have a day and time to deliver their loads, therefore they face a work routine in which they have irregular times to rest. and eat correctly. Therefore, they become a clientele that is difficult for healthcare professionals to access. Its main objective is to analyze the health conditions of truck drivers, whose methodology consists of descriptive field research with a quantitative focus in which its results serve as a basis for carrying out the assessment of the health conditions of truck drivers, who travel along the BR-316 Maranhão, using a questionnaire as a data collection instrument, which revealed that of the 115 truck drivers interviewed, 98% were male, 29% were over 41 years of age, 44% use medication to alter their sleep, 61% eat canned food, 84% only go to the Hospital Unit when they are sick, 51% had their last appointment a few years ago, 22% reported practicing physical activities. Given this, it can be concluded that 64% of truck drivers do not suffer from hypertension, but the vast majority are exposed to risks that may contribute to them acquiring the pathology.

Key-words: Health. Truck drivers. Arterial hypertension.



1. INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo dados do IBGE (2012) existe aproximadamente uma frota de 1,8 milhões de caminhoneiros. E por seu excesso de trabalho origina-se vários problemas de saúde, entre eles a hipertensão arterial, que é a elevação da pressão exercida pelo sangue dentro dos vasos sanguíneos, que pode ser causado pelos desequilíbrios entre algumas substâncias. Os fatores de risco predominantes são: fumo, estresse, genética, aumento da idade, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, obesidade, entre outros. Manifesta-se por cefaleia, zumbido no ouvido, dor no peito, formigamento nos membros, tonturas, visão turva, sangramento nasal, etc. Entretanto na maioria das vezes é assintomática. Considera-se atualmente a hipertensão como um dos fatores que designa “doença das responsabilidades”, e sabe-se que grande maioria dos caminhoneiros tem dia e horário para entrega de suas cargas, portanto enfrentam uma rotina de trabalho na qual apresentam horários irregulares para descansar, dormir e alimentar-se corretamente. Então tornam-se uma clientela de difícil acesso para os profissionais da saúde, e um desafio de planejar estratégias que possam incluir essa população na promoção da saúde e prevenção de enfermidades.

Busca-se com essa pesquisa caracterizar o perfil dos usuários hipertensos cadastrados e acompanhados por uma unidade de saúde, um tema que envolve muitos contrastes, pois os diagnósticos da doença estão baseados no procedimento simples e de baixo custo que é a medida da pressão arterial e a sua elevação traduz alterações em complexos mecanismos de controle, sujeitos à influência de fatores genéticos e ambientais ainda não plenamente elucidado. Tendo em vista o planejamento de ações em saúde que possam contribuir para a melhoria do atendimento e da qualidade de vida desse grupo de usuários.

2. A HIPERTENSÃO ARTERIAL (HA)

Atualmente a hipertensão arterial é considerada um problema de saúde pública pelas altas taxas de prevalência na população. No entanto, sabe-se que apesar da facilidade do diagnóstico, seu controle ainda continua sendo um dos principais desafios. Infelizmente, a disponibilidade do tratamento não garante a adesão dos usuários (TEODOSIO, 2004).

A hipertensão arterial ou pressão alta é o aumento da pressão que o sangue exerce nas paredes das artérias para se movimentar, além dos valores considerados normais. Geralmente a pessoa com pressão alta não tem sintomas, entretanto, alguns hipertensos podem sentir dor de cabeça, cansaço, tonturas, sangramento pelo nariz. Por isso é importante verificar regularmente a pressão arterial em ambulatórios ou centros de saúde (BRETAS, 2013, p. 02).

Ela caracteriza-se pelo aumento da pressão exercida pelo sangue dentro dos vasos sanguíneos, que pode ser decorrente de alterações no débito cardíaco provocado pelo desequilíbrio entre as substâncias vasodilatadoras e vasoconstritoras, ou quando a resistência periférica apresenta algum tipo de anormalidade. Os fatores de risco predisponentes são: o estresse, baixo nível educacional, fumo, ansiedade, predisposição genética e fatores ambientais (SMELTZER; BARE, 2002).

Este é um tema que envolve muitos contrastes, pois o diagnóstico da doença está baseado no procedimento simples e de baixo custo que é a medida da pressão arterial e a sua

elevação traduz alterações em complexos mecanismos de controle, sujeitos a influência de fatores genéticos e ambientais ainda não plenamente elucidados (BRANDÃO *et al.*, 2003).

A HA é assintomática na maioria dos casos e é reconhecida como “assassina silenciosa”, pelas taxas de morbidade e mortalidade cardiovasculares relacionadas, envolvendo todas as faixas etárias. No entanto, apesar de dispormos de um número considerável de drogas para o seu tratamento, ainda nos deparamos com a triste realidade de que apenas cerca de 10% dos hipertensos tem a sua pressão arterial controlada no Brasil (ARAÚJO; GUIMARAES, 2007).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 13).

Em outro conceito, segundo o Ministério da Saúde a HAS é uma das principais doenças do grupo das doenças cardiovasculares e nos últimos anos vem crescendo de forma significativa. Nesse contexto ressalta que, aproximadamente, 17 milhões de brasileiros, são portadores da doença e sua prevalência varia de 22,3% a 43,9% na população adulta (BRASIL, 2006).

É uma doença que afeta cerca de 20% da população brasileira e chega a 50% entre os idosos, segundo dados do Ministério da Saúde. A pressão alta está relacionada com a quantidade de sangue que o coração bombeia e a resistência das artérias ao fluxo sanguíneo (EXAME, 2014).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, continua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 07).

Vários fatores implicados no aumento da pressão arterial já foram identificados: obesidade, resistência à insulina, consumo aumentado de álcool, ingestão aumentada de sal (pelo menos em indivíduos sal-sensíveis), idade, sedentarismo, estresse, baixo consumo de potássio e cálcio, entre outros. O reconhecimento destes fatores de riscos pode levar a um diagnóstico mais precoce, instalação de medidas de prevenção não-farmacológicas, ou o melhor tratamento quando da condição já instalada (PAIVA *et al.*, 2006).

Postula-se, também, que variações genéticas podem contribuir na determinação dos níveis de pressão arterial de um indivíduo, não apenas pela herdabilidade elevada pressão arterial definida como um fenótipo ou ao caráter quantitativo de sua distribuição populacional, mais principalmente ao grande impulso que trabalhos envolvendo modelos animais de hipertensão – estes sim, geneticamente determinando o desenvolvimento de hipertensão (LIMA, 2007).

Não se deve subestimar, ainda, a contribuição dos fatores genéticos na própria definição dos outros fatores de riscos ditos ambientais, como diabetes, obesidades ou mesmo consumo de álcool. Outro aspecto importante que deve ser considerado nesse complexo modelo são as possíveis interações, aditivas ou mesmo sinérgicas, entre fatores de risco ditos ambientais com fatores de risco geneticamente determinados (SORNO, MONTEIRO, 2007).

É justamente a elucidação de quais são as variáveis genéticas importantes nesta enorme equação que pode ajudar a melhorar o diagnóstico e o tratamento dos pacientes. Dessa maneira, identificar que hipertensão de um indivíduo se deve sobremaneira a presença de resistência à insulina, obesidade, idade e a interação destas condições com

outros tantos fatores de risco genéticos podem ser muito mais importantes no futuro para o manejo clínico de um paciente do que o conceituar unicamente como hipertenso essencial (LESSA *et al.*, 2006).

2.1 Diagnóstico e Classificação

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual. A PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 16).

A pessoa é considerada hipertensa quando a sua pressão arterial estiver maior ou igual a 140/90 mmHg (ou 14 por 9). Para ter certeza do diagnóstico é indicado que a aferição seja realizada várias vezes, em situações diferentes, de forma correta, com aparelhos calibrados e por profissional capacitado (BRETAS, 2013, p. 02).

Conforme mencionado por Júnior e Pierin (2001 *apud* SOUSA *et al.*, 2007, p. 152):

Definir valores normais para a pressão arterial não é fácil porque, quanto maior a pressão, maior o risco cardiovascular e menor a sobrevida, não havendo uma linha divisória entre normotensão e hipertensão. O limite arbitrário adotado operacionalmente é que um indivíduo adulto é considerado hipertenso quando os níveis de pressão arterial são iguais ou maiores do que 140/90 mmHg.

Os procedimentos de aferição da pressão são simples e de fácil realização. Contudo, nem sempre são realizados de forma adequada. Algumas condutas podem evitar erros, como, por exemplo, o preparo apropriado do paciente, o uso de técnica padronizada e de equipamento calibrado (RABELLO; PIERIN; MION JR. 2003).

Uma outra maneira de detectar e diagnosticar se a pessoa é hipertensa é realizar o teste ergométrico que visa verificar o comportamento da pressão antes, durante e após o esforço físico, com a utilização da monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), que efetua medidas de seus valores por 24 horas ao longo das atividades cotidianas e durante o sono, é um dos recursos mais usados para confirmar o diagnóstico de HAS. Em determinados casos pode ser útil uma avaliação psicológica, bem como do nível de estresse do paciente (EXAME, 2014).

Sobre a classificação da pressão arterial, existem diversos valores que podem expressar a condição das pessoas em relação à pressão arterial, conforme consta abaixo:

Tabela 1. Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe *	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	180	110
Hipertensão sistólica isolada	140	90

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010.

2.2 Prevenção, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006), estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%) (ROSÁRIO *et al.*, 2009).

Calcula-se que essas taxas devem estar superestimadas, graças, principalmente, a heterogeneidade dos trabalhos realizados. A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos de 35 países, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do PSF, mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (JARDIM *et al.*, 2007).

Gus *et al.* (2004 *apud* GERMINO *et al.*, 2009 p. 153) explicam que acumula-se na literatura científica evidência substancial demonstrando que ações preventivas e terapêuticas direcionadas a HAS reduzem a morbimortalidade associada às doenças cardiovasculares.

Tem como finalidade o controle da pressão arterial, valores inferiores a 140 para sistólica e 90 mmHg para diastólica, visando a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares decorrentes da hipertensão e inclui medidas farmacológicas e não-farmacológicas. O tratamento não-farmacológico está indicado para todos os hipertensos e para normotensos com risco cardiovascular elevado. A adoção do tratamento não-farmacológico requer mudanças de hábitos de vida. O tratamento medicamentoso a base de drogas anti-hipertensivas objetiva a redução não só da pressão arterial, mas também dos eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (BRASIL, 2010, p. 278).

2.4 O Hiperdia e os Caminhoneiros

O hiperdia, que é um plano de reorganização da atenção á hipertensão arterial e ao diabetes mellitus que permite cadastrar e acompanhar os hipertensos e diabéticos em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS) e que garante o recebimento dos medicamentos prescritos. Além disso, é uma útil que gera informações para os gestos de saúde e ministério de saúde a respeito do perfil epidemiológico da população, a fim de propor estratégias, visando á melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2007).

É importante frisar que a maioria dos caminhoneiros brasileiros apesar de terem endereço fixo, não procura se cadastrar neste sistema e isso faz com que os índices destes profissionais com hipertensão arterial não sejam computados, dificultando as ações de prevenção e tratamento do SUS (CAVAGIONI, 2006).

Varella (2013) relaciona a seguir diversos sistemas que podem ajudar a manter a pressão arterial dentro de valores adequados:

1. Coração: quanto mais forte a pressão que o músculo cardíaco fizer para bombear o sangue, maior a pressão exercida no interior das artérias;



2. Artérias: as artérias são dotadas de uma camada muscular que, ao contrair (vasoconstrição), dificulta a passagem do sangue, e, ao relaxar (vasodilatação), facilitam-na. Além disso, suas paredes internas são revestidas pelo endotélio, tecido delicado que secreta substâncias vasoativas cruciais para a contração e a dilatação dos vasos;
3. Óxido nítrico e a endotelina: o primeiro é um gás que dilata os vasos e diminui a pressão; a segunda é uma proteína que exerce a função inversa, para aumentá-la;
4. Barorreceptores: são estruturas sensíveis às variações de pressão, estrategicamente distribuídas no interior do coração, artérias e veias, por meio das quais o cérebro monitora a cada segundo os valores da pressão no sistema circulatório;
5. Adrenalina: quando os barorreceptores detectam algum valor anormal de pressão, o cérebro imediatamente envia ordens (hormônios) para corrigir o problema. O hormônio mais importante nessas situações é a adrenalina, mas existem outros, como o cortisol, que também está envolvido no mecanismo de estresse;
6. Outros hormônios: entre eles a renina, que o organismo converte em outro hormônio, chamado angiotensina I. Quando a angiotensina I cai na circulação, é convertida em angiotensina II, que contrai os vasos sanguíneos e avisa as glândulas adrenais (suprarenais) para produzir aldosterona. A aldosterona dá ordem aos rins para reter mais água e sódio, e aumentar a pressão.

2.5 Condições de Saúde dos Caminhoneiros e a Hipertensão Arterial e Fatores de Risco

A profissão de motorista profissional de transporte de carga (classificada pelo Manual de Classificação Brasileira de ocupação pelo Código 7825-05) pode expor seus profissionais aos riscos de doenças cardiovasculares devido as suas particularidades (CAVAGIONI, 2006).

Idade

Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos. Entre metalúrgicos do Rio de Janeiro e de São Paulo, a prevalência de HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para essa condição (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 08).

Outro estudo realizado na cidade de Lavras da Mangabeira-CE demonstrou que:

A média de idade dos pacientes encontrada na amostra foi de 65 (+13,95) anos, com predomínio de hipertensos na faixa etária de 50 aos 69 anos (48,1%) seguida pelas demais faixas de 30 aos 49 anos (13,0%), 70 aos 89 anos (37,0%) e 90 anos ou mais (1,9%) (SOUSA *et al.*, 2007).

Segundo o Manual Merck (2014): a idade avançada é uma das condições que faz com que haja o aparecimento da hipertensão sistólica isolada. Neste caso, quase em todas as pessoas a pressão arterial aumenta com a idade, com uma pressão sistólica que aumenta até os 80 anos pelo menos e uma pressão diastólica que aumenta até os 55 a 60 anos, para depois estabilizar-se e inclusive descer.

Embora possa instalar-se em qualquer idade, o diagnóstico costuma ser feito ao redor

dos 35 anos. Ao atingir 50 anos, porém, metade da população sofre de pressão alta; daí em diante a incidência cresce sem parar (VARELLA, 2013).

Gênero e etnia

A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Em relação a cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 08).

Dados de prevalência da HAS por sexo, na literatura, são discordantes havendo estudos em que se verifica predominância na população feminina e na masculina e, ainda, aqueles em que se relata uma prevalência semelhante em ambos os sexos após os 60 anos ou discreto predomínio entre as mulheres (LIMA *et al.*, 2005).

Talvez esse alto índice de prevalência de HAS em mulheres se deva ao fato de que elas, principalmente em nosso país, procuram bem mais os serviços de saúde do que a população masculina (LIMA *et al.*, 2005).

A respeito do gênero, entre as pessoas de meia idade, os homens são mais propensos à hipertensão. No entanto, depois dos 55 anos – quando as mulheres atingem a menopausa – a relação se inverte, e a doença se torna mais prevalente no sexo feminino, já sobre a etnia, a hipertensão é mais comum em negros do que em brancos. Nos negros, a doença costuma surgir em idade mais precoce, tende a ser mais pronunciada e a progredir mais rapidamente (VARELLA, 2013).

Obesidade

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 08).

Quanto maior a massa corpórea, maior a frequência cardíaca e mais esforço o coração deve executar para que o sangue chegue aos tecidos. Além disso, o excesso de gordura aumenta os níveis de insulina no sangue, o que provoca retenção de sódio e de água. O aumento do volume líquido circulante faz a pressão subir no interior do sistema (VARELLA, 2013).

Os hipertensos com excesso de peso devem ser orientados para redução até atingir índice de massa corporal inferior a 25 Kg/m² e relação cintura/quadril inferior a 0,8 para mulheres e 0,9 para homens. A redução de peso pode ser obtida com dieta hipocalórica balanceada e atividade física programada (BRASIL, 2010, p. 277).



Alta ingestão de sódio

A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 08).

A redução de sal na alimentação deve ser enfatizada para consumo de 100 mEq/dia = 6 g de sal (1 colher de chá). Evitar alimentos industrializados, enlatados, embutidos, carnes/peixes secos, defumados, charque, conservas, aditivos à base de glutamato de sódio, queijos, adição de sal aos alimentos prontos e abolir saleiro da mesa. O uso de substitutos do sal com cloreto de potássio deve ser evitado em pacientes com comprometimento renal. O aumento da ingestão de potássio pode ser obtido com uso de grãos (feijão, ervilha), vegetais verde-escuros, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa, laranja (BRASIL, 2010, p. 278).

A Organização Mundial da Saúde recomenda um consumo máximo de 2000 mg (2 g) de sódio por pessoa ao dia, o que equivale a 5 g de sal (lembrando que 40% do sal é composto de sódio). As informações sobre consumo de sal provêm da indústria brasileira e indicam que a média de consumo de sal é de 12 g por dia. A média de consumo dos países industrializados é de 8 a 9 g por dia. Isso significa que a população brasileira deveria diminuir o consumo do sal em dois terços, a fim de se aproximar do limite recomendável. A maioria do sal está contida nos alimentos industrializados, a redução substancial no consumo desses produtos exigirá mudanças nas práticas de industrialização de alimentos (GLOBO.COM, 2013).

Consumo de álcool

A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular e geral. Em populações brasileiras, o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 08).

Álcool em pequena quantidade não afeta significativamente a pressão; seu efeito relaxante pode eventualmente reduzi-la. Enquanto um ou dois drinques (1 drink = uma taça de vinho = 1 lata de cerveja = 50 ml de destilados) por dia podem ser tomados com segurança, os estudos deixam claro que o consumo diário de três ou mais praticamente dobra o risco de hipertensão. E mais, o excesso de álcool pode lesar o coração, além do fígado e outros órgãos (VARELLA, 2013).

O consumo de bebida alcoólica não deve exceder a 30 ml de etanol/dia, o que equivale a 60 ml de destilados (pinga, uísque, vodca), 240 ml de vinho ou 720 ml de cerveja (BRASIL, 2010, p. 278).

As bebidas alcoólicas elevam a pressão arterial. Portanto, a redução do consumo de álcool é eficaz para diminuir a pressão arterial e pode prevenir a pressão alta. Sabe-se que entre cinco e dez por cento dos homens com pressão alta têm como causa do problema o alto consumo de bebidas alcoólicas. As bebidas alcoólicas possuem etanol, substância tóxica que lesa órgãos como o cérebro, o coração, o fígado e o pâncreas. Além disso, elas

podem piorar a gastrite, dificultar a perda de peso (pois possuem muitas calorias) e retardar os reflexos, dificultando dirigir automóvel. E quem exagera corre o risco de desenvolver dependência e arruinar a própria vida (BRASIL, 2013).

Sedentarismo

A atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV. A prática de exercícios físicos regulares, além de reduzir a pressão arterial, auxilia na redução de peso, tratamento das dislipidemias, resistência à insulina, controle do estresse e abandono do tabagismo. Atividades como caminhada, natação, ciclismo, 30 a 45 min/semana são indicadas para hipertensos. Exercícios isométricos são contraindicados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 09).

De acordo com Varella (2013):

Mulheres e homens inativos apresentam batimentos cardíacos mais acelerados para o sangue vencer a resistência das artérias, que a falta de atividade física tornou endurecidas. Além disso, a vida sedentária acha-se ligada à obesidade, causa importante da doença;

Genética

A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de desenvolver HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 09).

Sobre a genética, Varella (2013) explica a respeito da história familiar no qual, se um de seus pais tem hipertensão, você tem 25% de probabilidade de desenvolvê-la no decorrer da vida. Quando pai e mãe são hipertensos, essa probabilidade sobe para 60%.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O desenvolvimento deste estudo utilizou-se de meios de pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa, cujos dados receberam tratamento estatístico para a análise dos resultados. Haber (2002 apud LEOPARDI, 2011, p. 72) corroboram que a pesquisa exploratória e descritiva consiste respectivamente em explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema visando criar maior familiaridade em relação ao fato ou fenômeno.

A pesquisa consistiu em fazer uma avaliação das condições de saúde dos caminhoneiros, que transitam pela BR-316 MA, com aplicação de questionário como instrumento de coleta de dados por parte das pesquisadoras com o público alvo em questão.

Na coleta de dados foram entrevistados 115 motoristas de ambos os sexos que aceitaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido fornecido pelas pesquisadoras.



4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 115 motoristas caminhoneiros, sendo que 98% deles eram do sexo masculino e 2% do sexo feminino, com 20% com idade entre 25 a 30 anos, 22% de 31 a 36 anos, 29% de 37 a 41 anos, 29% maior que 41, 49% relatam ser fumantes e 51% não fumantes, 62% consomem bebida alcoólica e 38% não consome 44% fazem uso de medicamentos para alterar o sono e 56% não fazem uso do mesmo, 42% se irritam facilmente e 58% não se irritam com facilidade, 87% já trabalhou doente e 13% não, 84% bebem água com frequência e 16% não consome água com frequência, 61% se alimentam com comida enlatadas e 39% não fazem uso desse tipo de alimento, 36% são hipertensos e 64% não são hipertensos, 84% só vão a Unidade Hospitalar quando estão doentes e 16% vão sem estar doentes, 4% fez sua última consulta há alguns dias, 5% há algumas semanas, 40% há alguns meses e 51% há anos, 25% possuem outras doenças além de hipertensão e 11% não sabem que possuem e 54% não possuem, 18% dizem ser diabéticos e 82% não são diabéticos, 22% praticam atividade física e 78% não praticam atividade física.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial está estreitamente relacionada com o estilo de vida. Os efeitos a saúde acontecem em qualquer idade, portanto, mudar os hábitos melhora a qualidade de vida, gera benefícios físicos e psicossociais e reduz o risco e morte.

Sobre os resultados da pesquisa, percebeu-se que nem todos os caminhoneiros sofrem de hipertensão, mas que grande maioria estão expostos a riscos que venham contribuir para que os mesmos adquiram a patologia. Então é de fundamental importância uma alimentação saudável, com momentos de lazer e prática de atividade física.

Um dos grandes agravantes da hipertensão arterial sistêmica em caminhoneiros é o alto consumo de sódio nos alimentos, principalmente os industrializados, como os enlatados, macarrões instantâneos, biscoitos e salgadinhos que são consumidos durante as viagens destes profissionais. Há ainda um descontrole no consumo de alimentos com alto índice de uso de sal como os churrascos e comidas feitas nas beiras das estradas, sem que haja um controle nutricional para este público em questão.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial**. 2013. Disponível em: <<http://www.minsaude.gov.br/index.php/sua-saude/hipertensao-arterial>> Acesso em: 02 de maio de 2023.

BRETAS, Solange Lage. **Hipertensão**. Belo Horizonte - MG: Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, 2013.

EXAME. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. 2014. Disponível em: <<http://www.laboratorioexame.com.br/clientes/artigo/hipertensao-arterial-sistêmica>> Acesso em: 03 de maio de 2023.

GERMINO, Germano Coutinho de Souza; SOARES, Germana de Melo; MEDEIROS, Victório de Oliveira; VALENÇA, Ana Maria Gondim. **Aspectos Epidemiológicos da Hipertensão Arterial em Lavras da Mangabeira – Ceará – Brasil**. 2007. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/3375/2768>. Acesso em 21 de junho de 2023.

GLOBO. COM. **Sódio: seu consumo excessivo está associado à hipertensão e doenças**. 2013. Disponível: <<http://globoesporte.globo.com/eu-atleta/nutricao/noticia/2013/06/sodio-seu-consumo-excessivo-esta-associado-hipertensao-e-doencas.html>> Acesso em: 22 de junho de 2023.

JARDIM, P. C. V.; PEIXOTO, M. R.; MONEGO, E.; MOREIRA, H.; VITORINO, P. V. O.; SOUZA, W. S. B. S.; *et al.* Hiper-

- tensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Card.** 2007; 88(4): 452-7.
- LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa e Saúde.** 12. ed. Rio Grande do Sul (RS): Editora Pallotti, 2011.
- LIMA, S. G.; NASCIMENTO, L. S.; FILHO, C. N. S.; ALBUQUERQUE, M. F. P. M.; VICTOR, E. G. Hipertensão Arterial Sistêmica no Setor de Emergência. O Uso de Medicamentos Sintomáticos como Alternativa de Tratamento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** São Paulo, 85(2): 115-123, 2005.
- MERCK, Manual. **Hipertensão Arterial.** 2014. Disponível em: <<http://www.manualmerck.net/?id=51>> Acesso em: 22 de junho de 2023.
- PENTEADO, R. Z.; GONÇALVES, C. G. O.; COSTA, D. D.; MARQUES, J. M. **Trabalho e Saúde em Motoristas de Caminhão no Interior de São Paulo.** Saúde Soc. 2008;17(4): 35-45.
- RABELLO, C. C.; PIERIN, A. M.; MION JR. D. Healthcare professionals' knowledge of blood pressure measurement. **Rev Esc Enferm USP.** 2004;38(2):127-34.
- ROSÁRIO, T. M.; SCALA, L. C. N. S.; FRANCA, G. V. A.; PEREIRA, M. R. G.; JARDIM, P. C. B. V. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq Bras Card.** 2009; 93(6): 672-8.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** 2006. Disponível: <<http://tiny.cc/jrdhs>> Acesso em 23 de junho de 2023.
- SOUZA, Germano Coutinho de; SOARES, Germino Germana de Melo; MEDEIROS, Victório de Oliveira; VALENÇA, Ana Maria Gondim. **Aspectos Epidemiológicos da Hipertensão Arterial em Lavras da Mangabeira – Ceará – Brasil.** 2007. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/3375/2768>> Acesso em: 23 de junho de 2023.
- VARELLA, Drauzio. **Diabetes, Hipertensão, Obesidade.** 2013. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/diabetes/hipertensao-2/>>. Acesso em : 24 de junho de 2023.

IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO PARA O DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO E A RELAÇÃO COM HÁBITOS DELETÉRIOS

IMPORTANCE OF BREASTFEEDING FOR THE DEVELOPMENT OF THE STOMATOGNATHIC SYSTEM AND ITS RELATIONSHIP WITH DELETERIOUS HABITS

Keyla Liana Bezerra Machado¹

Jonas Felipe Bonato²

Paulo Gomes do Nascimento Corrêa³

Geverson Oliver de Assis Oliveira⁴

João Ricardo Cavalcanti do Nascimento⁵

Ana Paula Fernandes Batista⁶

Livya Dy Paolla Sousa Paz Silva⁷

Nilma Amaral Andrade⁸

Luiza Ranyele Gonçalves Resende⁹

Bruno de Barros Miguez⁹

Gracenilde Rodrigues de Alcantara Lima¹⁰

Igor Marcel Caffarena Jorge¹¹

Juliana de Fátima da Conceição Veríssimo Lopes¹²

- 1 Farmacêutica e Mestranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Piauí – UFPI
- 2 Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas
- 3 Discente do Programa de Pós-Graduação em Tecnologias Aplicadas a Animais de Interesse regional.
- 4 Mestrando em Tecnologias Emergentes em Educação
- 5 Graduando em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba
- 6 Graduanda em Medicina pela Universidade Ceuma de Imperatriz
- 7 Graduada em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras de São Luís
- 8 Especialista em Saúde Pública pela Universidade Católica Dom Bosco
- 9 Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina de Olinda
- 10 Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Teresinha
- 11 Especialização em Pediatria Clínica pelo CAEPP/Cr HCFMUSP
- 12 Graduanda em Nutrição pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO

Resumo

O aleitamento materno se constitui como a forma mais sensível, econômica e eficaz de intervir no que desrespeito em relação a alterações ósseas, musculares e dentárias no desenvolvimento de hábitos parafuncionais infantil. E se torna um ótimo ponto no avanço de fatores nutricionais, cognitivo, psicossociais nas primeiras semanas de vida. Por conta desse e outros fatores os profissionais da área da saúde podem estar ajudando a melhorar esse cenário, atentando e promovendo que as mulheres deem mais importância para a amamentação, superando assim uma série de obstáculos e estimulando uma amamentação bem-sucedida. Esse trabalho de conclusão de curso tem esse objetivo a se tratar.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Sistema estomatognático; Hábitos.

Abstract

Breastfeeding is the most sensitive, economical and effective way of intervening with respect to bone, muscle and dental changes in the development of children's parafunctional habits. And it also becomes a great point in the advancement of nutritional, cognitive, psychosocial factors in the first weeks of life. Because of this and other factors, health professionals can be helping to improve this scenario, paying attention and promoting that women give more importance to breastfeeding, thus overcoming a series of obstacles and encouraging successful breastfeeding. This course conclusion work has this objective to address.

Key-words: Breastfeeding; Stomatognathic system; habits.



1. INTRODUÇÃO

O primeiro contato com a alimentação que a espécie humana tem é o aleitamento materno como forma ideal de alimentação, que garantira a sobrevivência nutricional inicial, no qual possui em sua composição carboidratos, lipídios, proteínas, água e agentes imunológicos, que são ideais para o desenvolvimento do bebê nos seus primeiros meses de vida, pois o leite materno é o alimento mais rico em nutrientes e completo, para a alimentação¹.

Além dos fatores nutricionais superimportantes, também entra nessa questão a importância do desenvolvimento dos músculos da mastigação que são empregados na amamentação, que terão influência direta no processo de evolução da mastigação, fala e deglutição. Esse processo também tem relação no desenvolvimento ósseo direto da mandíbula e maxila, e a conformação dentária que ficara disposta nesses arcos dentários³.

O método de amamentação natural desencadeia o trabalho de um conjunto de músculos que estimulam o crescimento e o desenvolvimento ósseo que influenciam no formato da face e na harmonia da arcada dentária⁴. O ato da amamentação poderá implicar no avanço correto desses sistemas. De acordo com a importância que é dado pela progenitora, e todos os cuidados realizados na frequência e tempo dessa nutrição iram ditar se essa futura criança/adulto, terá problemas orofaciais com necessidade de correção e preservação, para obter uma melhora. E também tendo influência com algum hábito nutritivo ou não nutritivo adquirido, com o intuito de suprir aquela amamentação que não foi realizada corretamente².

Qual a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento do sistema estomatognático e a relação com hábitos deletérios? É fundamental discutir sobre o aleitamento materno nas consultas gestacionais odontológicas. Problemas que são vistos na ortodontia com frequência como falta de espaço no arco dentário, por conta que o osso que o comporta ser muito atresico, e causar apinhamento dental, pode ter relação com uma amamentação realizada de forma inadequada, e que esse caso poderia nem ter ocorrido se tivesse acontecido um aleitamento adequado. Lactantes que não podem proporcionar uma amamentação adequada podem buscar outros meios para que o bebê realize movimentos de ordenha e sucção, como por exemplo, preparando a mistura em um recipiente e pondo uma sonda fina estéril no recipiente e antes que a criança pegue o peito da mãe, colocar a sonda em conjunto ou seio, para que assim ele possa estar realizando os mesmos movimentos. E assim, garantir o desenvolvimento orofacial da criança. Tem o objetivo de trazer as seguintes discussões: a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento do sistema estomatognático e a relação com hábitos deletérios. Descrever o sistema estomatognático e seu desenvolvimento. Explanar sobre os principais hábitos deletérios infantis e a relação com má-oclusões dentárias. Apresentar a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento do sistema estomatognático e a influência no desenvolvimento de maloclusões dentárias.

2. METODOLOGIA

Foram analisados artigos científicos que abordam a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento do sistema estomatognático e a relação com hábitos deletérios. A pergunta norteadora foi definida como: Qual a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento do sistema estomatognático e a relação com hábitos de-

letérios? A pesquisa bibliográfica foi realizada por quatro pesquisadores independentes, utilizando como base de dados as plataformas PubMed/MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram incluídos nesta revisão trabalhos como revisões sistemáticas e de literaturas publicados no período de 2012 a 2022, nos idiomas português e inglês, e excluídos revisões integrativas, narrativas, monografias, e estudos que não seguissem os critérios de inclusão. Sendo assim, os pesquisadores, guiados pela leitura do título e do resumo, eliminaram os artigos à medida que eles corresponderam à temática pesquisada; em seguida leram o corpo do texto, selecionando, desta forma, os artigos relevantes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Sistema estomatognático e seu desenvolvimento

Um aspecto muito importante sobre o desenvolvimento facial normalmente está no estudo das funções bucais do bebê, apesar do crescimento craniofacial estar relacionado a fatores genéticos, os mesmos sofrem influência pelo padrão da musculatura buco-facial. Se fazendo importante o conhecimento do desenvolvimento das funções bucais e de como vai se estabelecer as atividades neuromusculares na região bucal, facial, craniofacial e das dentições³.

O sistema estomatognático tem suas estruturas interligadas formando um sistema com características próprias, que também realiza funções em comum, ele “possui uma unidade morfofuncional, o centro está localizado na cavidade oral”. Suas divisões são as estruturas ativas que possuem um alto gasto metabólico, pois são responsáveis por mobilizar as estruturas estáticas, sendo assim, podemos citar os músculos, gânglios e nervos. E as estruturas passivas que possuem um baixo gasto metabólico, que são os tendões, ligamentos, ossos, articulações, dentes, periodonto e mucosa⁴.

A partir da 7^a a 10^a semanas de vida intrauterina, a dentição decídua inicia sua formação da lâmina dental, esse processo é conhecido como odontogênese. Por volta da 15^a semana, encontra em processo inicial a dentinogênese, com a diferenciação dos tecidos dentários. Conforme os processos dentais iniciais avançam, a diferenciação tecidual e mineralização das estruturas e dos tecidos dentários também estão se desenvolvendo³. Logo no nascimento os bebês apresentam sua cavidade oral desdentada e a há presença dos processos alveolares, que estão cobertos por uma mucosa gengival que apresenta uma tonalidade rosada, firmemente aderida, cujo nome é rodetes gengivais. A fase desde o nascimento até o início da erupção dental é chamada de período dos rodetes gengivais, e eles se segmentam para indicar o local de desenvolvimento dental. Os arcos alveolares ou rodetes gengivais têm formato de ferradura no osso maxilar, e de “U” no mandibular e ambos possuem abaulamentos em seu arco, que indicam onde está localizado a dentição decídua⁷.

Pode-se dizer que funções alteradas em uma ou várias estruturas do sistema estomatognático, podem causar um desequilíbrio que se manifesta na formação e desenvolvimento de um desses componentes². No desenvolvimento da face é do crânio consistem além das características genéticas, a dependência do trabalho dos músculos mastigatórios, da língua, dos músculos periorais, da deglutição, dos dentes; e essas respectivas funções estão relacionadas a amamentação. Se tornando importante a amamentação natural, no aspecto mecânicos do trabalho muscular durante a ordenha do seio materno, quando a o amadurecimento neural e da evolução e adaptação das funções orais estimuladas na prática da ordenha⁵. A face acaba sendo o componente do corpo humano mais mutável pela natureza, pelo ambiente e pelos movimentos que são executados ao longo da vida;



por conta disso ela é a parte com a maior prevalência de deformidades, principalmente na região dento- -alveolar. A certa relação entre o formato das arcadas que dependem da face; e a face, das arcadas: sendo uma relação que depende da outra¹³.

A fisiologia por trás da sucção do seio materno, tem uma relação normal com a função gástrica do bebê, que possui uma ação psicológica de alívio no contato materno no qual é gerado calor do corpo da mãe, assim evitando a superalimentação e diminui a ingestão de ar³, e exercer importante papel de prevenção nas alterações miofuncionais e ortodônticas, estimulando um correto desenvolvimento e crescimento⁶. A forma fisiológica do aleitamento promove uma estimulação neural que ocasiona um crescimento ósseo e desenvolvimento muscular fisiológico, causando a prevenção das más-oclusões por hipodesenvolvimento⁷.

No aleitamento é observados 3 aspectos que são, estimulação do crescimento e desenvolvimento facial, através da respiração que é exclusiva pelo nariz, reforçando o circuito de respiração nasal; o segundo seria um grande trabalho muscular realizado quando o bebê abocanha o seio, observado no avanço e retração da mandíbula, fazendo com que todo sistema muscular, principalmente os músculos masseteres, temporais e pterigóideos, adquiram o desenvolvimento e o tônus musculares; e a terceira seria os movimentos protrusivos e retrusivos mandibulares, realizados várias vezes no dia, estimulando assim as partes posteriores dos meniscos e superiores das articulações têmporo-mandibulares, ocasionando como consequência o crescimento anteroposterior dos ramos mandibulares, juntamente com a modelação do ângulo mandibular, fazendo com que a mandíbula se encontre em posição ideal para a erupção dos dentes decíduos na classe I⁸.

O reflexo da sucção é preciso e controlado pelo cérebro, que é responsável por regula a sequência de movimentação de determinados músculos, apresentando um mecanismo de funcionamento muito complexo que tem uma perfeita sincronia, tendo modificação na respiração postural e deglutição, que ocorre quase simultâneos. Os músculos faciais, línguas e orais agem juntos sem haver carga indevida sobre os ossos da face, que ainda são frágeis. A ausência desse esforço muscular para o recém-nascido poderá gerar distúrbios miofuncionais da face¹.

Os músculos que estão envolvidos na ordenha do seio materno são: pterigoideo lateral, pterigoideo medial, masseter, temporal, digástrico, gênio-hióideo e milo-hióideo. Essa dinâmica muscular é diferenciada na amamentação e no aleitamento artificial. O leite materno é conseguido por ordenha e requer quatro movimentos mandibulares para a expulsão do leite, são eles: a abertura, protrusão, fechamento e retrusão. O ponto de sucção é localizado na junção do palato duro com o palato mole. A língua recebe o leite em concha e, com movimentos rápidos e vibratórios, o encaminha para o palato, onde é estimulado a deglutição. A tonicidade e a postura certa da língua são conseguidas por meio desses movimentos e quando isso não ocorre, a língua torna-se hipotônica, flácida e mais posteriorizada⁵.

A amamentação é um ótimo exercício tanto muscular quanto respiratório, pois é sincronizado a respiração e atividades musculares pelo bebê, sendo favorável então a evolução do terço médio da face. A quantidade de sucções durante o aleitamento pode variar de cinco a trinta por minuto, entretanto a cada 2 ou 3 sucções a criança inspira, deglute e expira⁹.

A quantidade de leite que entra na cavidade oral do bebê é equivalente à força exercida na sucção, o que diminui as chances dela se engasgar, dispensando a necessidade de movimentação da língua de sua posição normal para realizar o controle do fluxo do leite, enquanto deglute. A língua na posicionada correta durante a amamentação, o mamilo

deverá encostar na região onde serão articulados os fonemas na fala futuramente⁵.

A posição de amamentação correta é a ortostática, onde o bebê deverá ficar de frente para o corpo da mãe, no sentido horizontal na vertical ou inclinado, com a região do tórax em contato direto com ela, garantindo uma sucção adequando⁸.

Na sucção do seio materno, a criança abocanha o bico da mama e mantém os lábios fixos no peito, o bebê movimenta a mandíbula para baixo, para frente e para cima; sendo assim terá um aumento na região interna da boca, criando uma pressão negativa que irá fazer o leite ser expulso da mama e entrar na cavidade bucal⁹.

3.2 Principais hábitos deletérios infantis e a relação com maloclusões dentárias

Hábitos deletérios orais são divididos em: sucção não nutritiva, que pode ser feito o uso de chupetas ou dos dedos; sucção nutritiva que seria a sucção por mamadeira e hábitos funcionais como respiração bucal ou deglutição atípica¹⁰. Ao desenvolver um hábito, a criança pode estar causando alterações morfológicas dependendo de 3 fatores: frequência, intensidade e duração do hábito, que seria a tríade de Glauber¹¹. Uma tentativa para a interrupção do aleitamento natural pode ser o aleitamento artificial com o uso de mamadeiras, o uso desse método pode saciar a fome do bebê e acalmar a ansiedade dos pais¹².

Porém com o passar do tempo o aleitamento por mamadeira se tornou mais prático. Assim não se tornando tão necessário a presença dos pais, e outra pessoa pode se encarregar de cuidar do bebê tanto na alimentação, quanto em todos os outros cuidados⁴. E essa substituição pode causar alterações na mastigação, sucção e deglutição, podendo causar más oclusões dentária. Crianças que fazem sucção mista, tanto do seio como da mamadeira têm maior chance de desenvolver uma forma inadequada de sucção do seio materno¹³. A sucção digital causa diversas alterações na dentição, na musculatura peri-bucal, oclusão e até mesmo no osso. Da mesma forma, a sucção de chupeta apresenta alterações parecidas, mas o aspecto da mordida aberta anterior é mais comum¹⁴. Sugere-se que por conta da dificuldade de remoção desses hábitos de sucção não nutritiva, eles podem resultar em maiores problemas deletérios¹⁵.

A respiração bucal é um hábito deletério que representa uma disfunção na respiração, pois ocorre alguma obstrução na cavidade nasal¹⁶. O tamanho uniforme das vias aéreas e sua não obstrução proporciona a manutenção da mandíbula no sentido anteroposterior e a estabilização da língua na parede posterior da faringe. Quando o bebê passa a respirar pela boca, deixa de excitar as terminações neurais do nariz. O ar chega aos pulmões por uma via mais curta, dando início a uma atrofia funcional na capacidade respiratória e o desenvolvimento das fossas nasais e seus anexos. Isto repercute no desenvolvimento adequado da maxila². A amamentação se relaciona, com um baixo índice de hábitos orais deletérios e a redução as anormalidades vinculadas às funções estomatognáticas⁶. Como no aleitamento natural não há excesso de leite isso possibilita que a satisfação alimentar seja adquirida em conjunto com a sensação de prazer da sucção e com isso a criança dispensa o uso da chupeta¹¹.

O aleitamento materno toda via pode ser substituída por um método artificial (como colher, copo ou mamadeira,) quando ocorre da mãe não conseguir amamentar. O uso desses métodos chega a ser duvidoso, por conta de não realizar um correto desempenho e não contribuir no desenvolvimento psicológico e do sistema mastigatório ou estomatognático do bebê⁶. No aleitamento artificial, os estímulos neuro motora por completo do

complexo craniofacial ocorre de forma diferente do que no método natural⁹.

Hábitos de sucção digital e de chupeta podem ocasionar tantos problemas na oclusão como na dentição. A literatura sugerindo que os efeitos são considerados maiores provocados pela sucção digital, seja por conta da dificuldade de remover esse hábito quando em comparação aos de remoção da chupeta¹⁵. O tempo de permanência dos hábitos sem que ocasionem problemas mais gerais para o sistema estomatognático, quando este hábito de sucção permanece por até os quatro anos de idade, acontece uma prevalência maior de mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e sobressaliência excessiva. Incluindo a possibilidade de ocorrer a reversão da mal-oclusão, é aceito como satisfatória quando o hábito é retirado. Se a criança larga o hábito no período da 1ª dentição, entre três e quatro anos de idade, existindo a possibilidade da mordida aberta anterior se corrigir por se só¹⁷.

A prevalência da deglutição atípica na fase de dentição decídua em crianças é alta e pode ser justificada pelo diferencial crescimento entre a língua e a cavidade bucal, por consequência a língua irá seguir a curva de crescimento dos tecidos de desenvolvimento neural do corpo, possuindo o crescendo estável, o tamanho máximo será atingido aos oito anos de idade. Entretanto a mandíbula já possui um crescimento um tanto quanto lento. Os ossos maxilares e a língua só obterão uma relação de tamanho e equilíbrio quando estiver completo o crescimento ósseo e muscular, esse diferencial já é uma tendência fisiológica da língua se posicionar a frente na cavidade oral nos 1º anos de desenvolvimento⁹.

A língua projetada é uma mudança que pode transformar o espaço orofaríngeo. Ela está envolvida em vários movimentos, como a fala, mastigação, deglutição dentre outros. A deglutição se relaciona diretamente com o crescimento e desenvolvimento dos maxilares, na dentição e manutenção da oclusão. Tendo assim então a posição da língua no interior da cavidade oral que é algo muito importante para o equilíbrio da musculatura orofacial, e sua postura mais anterior podem proporcionar vários problemas, sendo o mais comum a mordida aberta anterior, por conta da pressão lingual anormal na região posterior dos dentes anteriores¹⁸.

As alterações respiratórias, como a respiração bucal, estão intimamente ligadas as alterações oclusões e craniofaciais, podendo ser causadas pela presença de hábitos bucais deletérios, ou serem considerados como um deles. Eles podem ter origem emocional, fisiológica ou adquirida e os seus malefícios serão determinados, por conta da frequência, intensidade, duração e o objeto que foi utilizado; bem como a idade do indivíduo no período de instalação dos hábitos. A ocorrência de hábitos bucais, independentemente do tipo, é um ponto maléfico para o correto desenvolvimento da oclusão e das funções do Sistema Estomatognático, sendo coadjuvante para a instalação da respiração bucal⁹.

Para pessoas respiradores bucais possuem um perfil diferente, cujas principais características são, possuir a boca semiaberta, protrusão de dentes anteriores superiores, linguoversão de dentes anteriores inferiores, distorelação, ou seja, classe II de Angle, olhar distraído, narinas estreitas, face alongada e falta de tônus na musculatura facial¹⁵. Então conclui-se que os hábitos bucais deletérios, como a deglutição atípica, hábitos de sucção e respiração bucal são comuns e essas condições ocasionem o desenvolvimento e instalação de más oclusões. E por conta disso o Cirurgião-Dentista deve orientar os pais a respeito dos mal hábitos orais, para que eles sejam removidos o quanto antes e para que fisiologicamente as más oclusões voltem ao normal⁹.

3.3 Importância do aleitamento materno para o desenvolvimento do sistema estomatognático e a influência nas más oclusões dentárias

O leite materno tem todos os nutrientes que o bebê necessita até o sexto mês de vida. E nesse período, é dispensável a ingestão de chás, sucos ou água. O leite materno já contém a água de que o bebê necessita. Os bebês que são amamentados de forma correta adoecem menos e são bem mais nutridos, em comparação aqueles que consomem qualquer outro tipo de alimento. Ele é de fácil digestão e promove um melhor crescimento e desenvolvimento para a criança¹³.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno seja exclusivo durante os primeiros seis meses de vida e que ele seja disponibilizado para a criança por até os dois anos de sua vida¹⁹.

Quando o bebê realiza movimentos de retrusão e protrusão da mandíbula durante a obtenção do leite, está sendo proporcionado uma formação e desenvolvimento orofacial e mandibular correto. A importância do aleitamento para o bebê é o crescimento de uma correta relação maxilo-mandibular, que irá estimular a Articulação Temporomandibular (ATM), a preparando assim para receber alimentos sólidos, quando a criança for mais velha¹².

Essa fase é essencial para a ampliação óssea da mandíbula e maxila, para que a pessoa não desenvolva alterações dentárias ou se torne respirador bucal e até mesmo tenha uma falta de harmonia facial, por conta da atrofia óssea. Os hábitos deletérios orais podem causar uma alteração no crescimento normal, e assim danificar a oclusão, causando desequilíbrio de forças musculares que, durante o desenvolvimento, distorcem o formato do arco dentário assim alterando a morfologia normal. No início o hábito irá se instalar por ser agradável e gerar satisfação à criança, ele será consciente, porém por conta do ato de repetição, este hábito se tornará inconsciente e constante²⁴.

Quando a criança faz a sucção pela mamadeira, ela recebe uma pequena quantidade de estimulação motora e oral, causando consequências como: flacidez dos músculos perioral e da língua, causando uma deglutição instável, e deformidade dental e da face, podendo causar uma mordida aberta anterior ou posterior e disfunções respiratórias¹⁹.

A literatura relata como resposta a sucção digital persistente, ela é uma forma de suprir a carência a despeito do aleitamento, que após os 4 anos de idade, se observa: retrognatismo mandibular, prognatismo maxilar, mordida aberta, musculatura labial superior hipotônica, musculatura labial inferior hipertônica, atresia do palato, interposição de língua, atresia do arco superior, respiração bucal. É por conta disso e outros fatores que as pessoas precisam ter acesso a informações a respeito dos benefícios da amamentação¹⁰.

Na amamentação não há ausência de leite materno o que possibilita que a saciedade nutricional consiga ser alcançada, junto com o prazer que a sucção proporciona e por conta disso a criança dispensa a necessidade da utilização de chupeta²⁰.

A sucção tem uma finalidade nutritiva e sua forma mais recomendada e realizada através do seio materno. Por outros motivos, algumas vezes o aleitamento natural é substituído pelo aleitamento artificial por meio de mamadeira; ela por sua vez permite que um fluxo bem maior de nutrientes passasse pelo bico, permitindo que a criança alcance, em pouco tempo, a sensação de saciedade, no entanto, o bebê não realiza um tempo de sucções apropriada para alcançar êxtase emocional, e mais pra frente ele(a) busca obter uma satisfação na sucção de dedos ou chupeta. As crianças que receberam aleitamento artificial mais cedo, desenvolvem com mais facilidade hábitos orais nocivos em comparação aquelas nas quais receberam aleitamento natural por mais tempo²¹.



E crianças que tiveram um maior tempo de aleitamento natural e exclusivo mostram menor frequência de hábitos de sucção persistentes em comparação aos que obtiveram um período de aleitamento natural menor. Então é tentado suprir essa carência através de hábitos bucais, pois a uma necessidade neural de desenvolvimento como for possível²².

Comparando as formas de amamentação, existe o mecanismo que promove melhor evolução orofacial, garantindo a satisfação e posterior substituição do padrão de deglutição infantil pelo chamado padrão de deglutição maduro melhorando a capacidade de absorção interna, previne alergias e problemas respiratórios, propicia um desenvolvimento psicológico mais favorável, e melhorando as defesas imunológicas, esse fato exerce um papel importante na redução da mortalidade infantil, além dos aspectos afetivos entre a mãe e o bebê²¹.

A amamentação natural é essencial para o crescimento normal do bebê que representa o bom desenvolvimento dento facial, proporcionando a obtenção de uma oclusão dentária normal e, como consequência, uma mastigação correta futuramente. É estimulado também o desenvolvimento anteroposterior da mandíbula. E determina uma relação correta entre estruturas duras e moles do sistema estomatognático, permitindo uma tonicidade e postura certa da língua, um vedamento labial adequando e propiciando o estabelecimento da respiração¹⁵.

Os hábitos bucais são classificados como fisiológicos (funcionais) e não fisiológicos, também chamados de deletérios ou parafuncionais. Se definem como hábitos fisiológicos aqueles que ajudam para o estabelecimento de uma oclusão normal. Quando as funções orais constituem fatores etiológicos em potencial na deterioração da oclusão e na alteração do padrão normal de crescimento facial, elas são consideradas hábitos orais deletérios¹⁹.

Quando a sucção é feita com uma mamadeira, a criança obtém uma pequena quantidade de estimulação oral e motor, que pode causar problemas como: flacidez dos músculos perioral e da língua, gerando uma instabilidade na deglutição, deformidade dos dentes e da face, gerando uma mordida aberta anterior ou lateral e disfunções respiratórias¹⁹.

A criança demora de 5 a 10 minutos para realizar o processo de sucção da mamadeira, mas esse tempo não se torna suficiente para suprir todas as necessidades fisiológicas e neurológicas de sucção da criança, não podendo substituir o aleitamento materno por essas opções²³.

O uso da chupeta ou sucção digital também considerados como hábitos de sucção, porém não nutritivos. Possíveis fatores que podem ser causadores do uso da chupeta, entre eles: dificuldades, problemas e insegurança da mãe em amamentar, conduta em relação a alguns profissionais quanto à orientação incorreta sobre o uso da chupeta, e associação à pausa do aleitamento materno exclusivo, por conta da “confusão de bicos”. No, mas o processo de sucção dos dedos, mãos e chupetas pode iniciar também por conta da nutrição da criança sendo realizada com uma mamadeira, pois sua necessidade fisiológica será saciada, porém sua necessidade natural de sucção não será alcançada¹⁴.

Dentro desta situação, o que se observa é que para a remoção dos hábitos deve ter uma abordagem e não ser feita apenas pelas odontopediatras, mas também um acompanhamento psicológico, proporcionando a criança um bom atendimento multidisciplinar²³.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É indispensável a importância que deve ser dada para o aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida da criança, para que seja possível diminuir as chances do desenvolvimento de hábito bucal deletério, como uso de mamadeira, chupeta, sucção digital, posição atípica da língua, respirador bucal. Pois quando instalados, estes hábitos podem levar a modificações no padrão de crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático, já na amamentação acontece uma certa estimulação das funções orais, instigando a não ocorrência para a instalação de más-oclusões. E criando um padrão adequado para o correto crescimento ósseo, muscular, tecidual e nervoso do indivíduo futuramente. Pois no aleitamento materno não há ausência de leite o que acaba possibilitando que a saciedade nutricional consiga ser alcançada, junto ao prazer que a sucção proporciona a criança.

REFERÊNCIAS

1. CORRÊA, M. S. N. P. et al. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Editora Santos, 1998.
2. MEYERS, A., HERTZBERG, J. Bottle-feeding and mal-occlusão: is there association? Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop., St. Louis, v.93, n.2, p.149-152, 1988.
3. CORREA MSNP. Odontopediatria na primeira infância. 2a reimpressão. São Paulo: Santos, 2001. CAMARGO, M. C. F. de. Programa Preventivo de Másoclusões para Bebês. In: GONÇALVES, E. A. N.; FELLER, C. Atualização na Clínica Odontológica. São Paulo: Apcd. Cap. 17, p. 405-442, 1998.
4. ENY EM, NASCIMENTO MJP. Causas e consequências do desmame precoce: uma abordagem histórico-cultural. Rev Enferm Unisa, v. 2, p. 52-6, 2001.
5. CARVALHO, G. D.; BRANDÃO, G.; VINHA, P. P. Os Respiradores Bucais e as Desordens Buco-dentais. In: CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. N. (Ed.). Odontopediatria, Prevenção. São Paulo: Apdc. Cap. 11, p. 179-93, 2002.
6. BALDRIGHI, S. E. Z. M. et al. A Importância do Aleitamento Natural na Prevenção de Alterações Miofuncionais e Ortodônticas. Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial. Maringá. v. 6. n. 5, p. 111-21, set./out. 2001.
7. QUELUZ, D.P.; GIMENEZ, C.M.M. A síndrome do respirador bucal. Revista do CROMG, Belo Horizonte, 2000 QUELUZ, D. P.; GIMENEZ, C. M. M. Aleitamento e Hábitos Deletérios Relacionados à Oclusão. Rev. Paul. de Odontol. São Paulo, v. 22, n. 6, p. 16-20, out./nov. 2000.
8. PLANAS, P. Reabilitação Neuro-oclusal. 2.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1988. PRAETZEL, J.R. et al. A Importância da Amamentação no Seio Materno para a Prevenção de Distúrbios Miofuncionais da Face. Pró-Fono: Rev. de Atualização Científica. Barueri. v. 9. n. 2, p. 69-73, jul./ago. 1997
9. CARVALHO, M. P.; SIES, M. L. Prevenção Fonoaudiológica dos Distúrbios Miofuncionais Bucofaciais. In: CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. N. (Ed.). Odontopediatria, Prevenção. São Paulo: Apcd. Cap. 10, p. 169-177, 2002.
10. SERRA-NEGRA JMC, POR DEUS IA, ROCHA JR JF. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e mal oclusões. Rev. Odontol. Univ. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 79-86, 1997.
11. ALMEIDA RR, SANTOS SCB, SANTOS ECAS. Mordida aberta anterior – considerações e apresentação de um caso clínico. Rev Dental Press Ortodon Ortop. Facial. v. 3, n. 2, p. 17-29, 1998.
12. VINHA PP. et al. Alterações morfofuncionais decorrentes do uso da mamadeira. In: Issler, H. O aleitamento materno no contexto atual – políticas, práticas e bases científicas. Ed. Sarvier, p.444-6, 2008.
13. FRANÇA MCT, GUIGLEAN ERJ, OLIVEIRA LD, WEINGTN EML, SANTOS LCE, KONLER CV, et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. Rev Saúde Pública, v. 42, n. 4, p. 607-14, 2008.
14. SILVA FILHO OG, OKADA T, SANTOS SD. Sucção digital: abordagem multidisciplinar: ortodontia x psicologia x fonoaudiologia. Estômato. Cult, v. 16, n. (2), p. 38-44, 1986.
15. QUELUZ, D.P.; GIMENEZ, C.M.M.; Aleitamento e Hábitos Deletérios relacionados à oclusão Rev. Paulista de

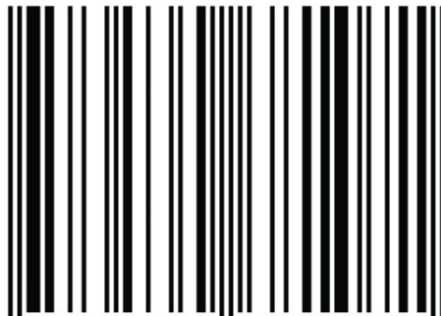


Odontologia 2000; 05 :11-18 QUELUZ DP, GIMENEZ CMM. Aleitamento e hábitos deletérios relacionados à oclusão. Rev Paul Odontol, v. 17, n. 6, p. 16-20, 2000.

16. FERREIRA, M.I.D.T, TOLEDO, O.A. Relação entre tempo de aleitamento materno e hábitos bucais. Revista ABO nacional.1997, 5(6): 317-320, São Paulo. LEMOS, C.M. et al. Estudo da Relação entre a Oclusão Dentária e a Deglutição no Respirador bucal. Arq Int Otorrinolaringol, São Paulo, 2006.
17. ADAIR, O.; STEVEN M.- Non –nutritive sucking. In: Annual Session American Academy of Pediatric Dentistry, 50. Philadelphia, May,1997
18. VIEIRA, M.D.; VILELLA O.V. Avaliação cefalométrica do espaço orofaríngeo em pacientes com deglutição atípica. Rev. Odonto Ciênc., Rio Grande do Sul, 2008.
19. NEIVA FCB, CATTONI DM, RAMOS JLA, ISSLER H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. J Pediatr, v. 79, n. 1, p. 7-12, 2003.
20. BRAGHINI, M.; DOLCI, G.S.; FERREIRA, E.J.B.; DREHMER, T.M Relação entre Aleitamento Materno, Hábito de sucção, forma do arco e profundidade do palato. Rev. Ortodontia Gaúcha 2002; v. VI, n.1: 57-64
21. ROBLES, F.R.P.et al. A influência do período de amamentação nos hábitos de sucção persistentes e a ocorrência de másoclusões em crianças com dentição decídua completa. Rev. Paul. Odont 1999.
22. FERREIRA, J. L. L. L.; MEDEIROS, H. R. L.; SANTOS, M. L.; VIEIRA, T. G. Conhecimento das puérperas acerca da importância do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida. Temas em Saúde, v.6, n.4, p.129-147, João Pessoa, 2016.
23. SILVA EL. Hábitos bucais deletérios. Rev Para Med. 2006; 20(2):47-50. TOLEDO, O. A. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. 2. ed. São Paulo: Premier, 1996.
24. CABRAL, P. P.; BARROS, C. S.; VASCONCELOS, M. G. L. de JAVORSKI, M.; PONTES, C. M. Motivos do sucesso da amamentação exclusiva na perspectiva dos pais. Rev. Eletr. Enf. [Internet], 15(2), p. 454-62, 2013.

ISBN: 978-65-6068-107-1

CR



9 786560 681071