

REVISTA CIENTÍFICA



ESFERA ACADÊMICA

Volume 7, número 2, ano 2015 - ISSN 2317- 000X

EDIÇÃO ESPECIAL SAÚDE

FACULDADE
MULTIVIX

VITÓRIA

ISSN 2317-000X

REVISTA CIENTÍFICA ESFERA ACADÊMICA
EDIÇÃO ESPECIAL SAÚDE

Volume 7, número2

Vitória
2015

EXPEDIENTE

Publicação Semestral

ISSN 2317-000X

Temática Multidisciplinar

Revisão Português

Larissa Picoli

Capa

***Marketing* Faculdade Brasileira Multivix-Vitória**

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

Correspondências

Coordenação de Pesquisa e Extensão Faculdade Brasileira Multivix-Vitória

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

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

FACULDADE BRASILEIRA MULTIVIX-VITÓRIA

DIRETOR EXECUTIVO

Tadeu Antônio de Oliveira Penina

DIRETORA ACADÊMICA

Eliene Maria Gava Ferrão Penina

DIRETOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

Fernando Bom Costalonga

CONSELHO EDITORIAL

Alexandra Barbosa Oliveira
Caroline de Queiroz Costa Vitorino
Eliene Maria Gava Ferrão Penina

Karine Lourenzone de Araujo Dasilio
Michelle Moreira
Patricia de Oliveira Penina

ASSESSORIA EDITORIAL

Karine Lourenzone de Araujo Dasilio

Patricia de Oliveira Penina

ASSESSORIA CIENTÍFICA

Aline Silva Sauer
Andréa Curtiss Alvarenga
Andrielly Moutinho Knupp
Elizoneth Campos Delorto Sessa
Fabricia Delfino Rembiski
Farley Correia Sardinha
Gabriel Ferreira Sartório
Helber Barcellos da Costa
Henrique de Azevedo Futuro Neto
Ivana Souza Marques
José Guilherme Pinheiro Pires
Júlia Miranda Falcão
June Ferreira Maia
Karoline Marchiori
Ketene W. Saick Corti
Kirlla Cristine A. Dornelas
Lilian Pereira Menenguci
Mario Sergio Zen

Mauricio da Silva Mattar
Maycon Carvalho
Michelli dos Santos Silva
Michell Vetoraci Viana
Nelson Elias
Patricia de Oliveira Penina
Poline Fernandes Fialho
Priscila Alves De Freitas
Rivânia H. P. De Romero
Rosânea A. F. Das Neves
Rosemary Rigueti
Sandra L. Moscon Coutinho
Sheilla Diniz Silveira Bicudo
Tania Mara Machado
Tatyana Lellis da Matta e Silva
Thais de Oliveira Faria
Vinicius Mengal
Vivaldo Pim Vieira

SUMÁRIO

Artigos Originais

AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DO EX-FUMANTE.....5
Cristiane Freire Bastos de Freitas

ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 1 A 3 ANOS EM UMA CRECHE DE VITÓRIA ES.....25
Ana Luiza Miranda de Carvalho Amorim, Emanuella Pretti, Graciely Mojardim Lyrio, Guilherme Moschen Coelho, Larissa Gomes Raimundo, Thamires Assis Bertholini, Elizabeth Santos Madeira

PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS EM UM BAIRRO DE VITÓRIA -ES.....34
Amanda Borges Dutra, Bruno Ferreira Azevedo, Gevana Luiza Pinto, Joanna Amália, Ferreira de Araújo Dias, Luiza Rocio Tristão, Elizabeth Santos Madeira

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PÓS-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.....44
Ana Júlia Batista Perdigão Mendes, Hannah Dias Chaves, Ivy Giuberti Soares, Iza Campos Pedra Vieira, Sarah Barroso Passos, Elizabeth Santos Madeira

Artigos de Revisão

DIABETES E DEPRESSÃO: INVESTIGANDO A RELAÇÃO CAUSAL.....55
Alanah Sampaio Bueno, Barbara Fernanda Marques Monteiro, Caroline Feitosa Aguiar Minchio, Danusa Pereira de Aragão, Josiane Cássia de Almeida, Jossana Langsdorff Santana, Layla Luíza Silveira, Letícia Pereira Fiorotti, Luyanne Azevedo Cabral, Yara Zucchetto Nippes, Graziela Roccon Zanetti

MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS NA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA DENGUE.....67
Clarissa Paneto Sulz; Elisa Rinaldi Nunes; Gabriela Scaramussa Sonsim; Giulia Fim; Juliana Quintas Adeodato; Kleber Palmeira; Larissa Pandolfi Soares; Laura Fernanda Oliveira Lino; Roney Mendonça dos Santos

DOENÇA CELÍACA: UMA REVISAO SOBRE AS CAUSAS, DIAGNOSTICO E CUIDADOS PARA OS CELIACOS E SUAS FAMILIAS.....73
Iasmim Fernandes Barcelos; Kíssila Bonna Lembrance; Sarah Maria Vargas

AValiação DE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DO EX-FUMANTE

Cristiane Freire Bastos de Freitas¹

1. Enfermagem e Obstetrícia. UFES-Vitória-ES. 1989; III Curso de Especialização *Lato Sensu* em Gerontologia Social. UFES: Vitória -ES, 2004.

RESUMO

O tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares, de modo que o uso do tabaco continua sendo líder global entre causas de mortes evitáveis (WHO, 2011c). Foi realizada uma pesquisa no Programa de Controle do Tabagismo (PCT) do Hospital da Polícia Militar de dezembro de 2012 a maio de 2014 e teve como objetivo descrever o perfil social e de saúde dos egressos com um ano ou mais de cessação tabágica. Identificou-se: melhoras na autoimagem; 83,3% informaram que se sentem melhor, e na autoestima; 91,7% vitoriosos. Quanto à regularidade da consulta médica, 83,3% informaram que foram ao médico após parar de fumar. Dos que responderam melhoria do seu estado de saúde 16,7 % controlaram a hipertensão arterial; 8,3% a depressão e 4,2 % doença no pulmão. Quanto à prática de atividade física; 37,5% realizam caminhadas, 20,8%, bicicleta, 8,3%, musculação e 4,2% hidroginástica, futebol e corrida. Em relação à situação financeira, cerca de 80% melhoraram, 45,8% utilizaram os recursos para melhorar o conforto da casa, 41,7% utilizaram para alimentação, 37,5% no lazer e 25,0% fizeram poupança. Entretanto, foram verificados dados preocupantes como: 79,2% informaram aumento do peso depois que pararam de fumar e 58,3% consomem bebida alcoólica. Conclui-se que o PCT deve continuar promover processos avaliativos, ou seja, acompanhamento periódico possibilitando: prevenção das recaídas redução de agravos e hospitalizações, contribuindo, assim, para uma melhora na qualidade de vida do ex - tabagista. Palavras-chave: tabagismo; cessação; benefícios; acompanhamento.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares, de modo que o uso do tabaco continua sendo líder global entre causas de mortes evitáveis (WHO, 2011c).

Em todo o mundo, estima-se que as doenças pulmonares crônicas causam a morte de uma pessoa a cada 10 segundos, somando três milhões de pacientes por ano. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004, cerca de seis milhões de pessoas morreram no mundo devido a causas relacionadas ao tabaco. Para 2030, espera-se que esse número chegue a oito milhões.

Desde o estabelecimento da relação entre tabagismo e câncer de pulmão há 60 anos, houve elevação do número de tumores malignos com evidências de associação causal com o tabagismo (INCA).

As mais altas prevalências de tabagismo encontram-se no Sudeste e Sul, as duas regiões com maiores incidências de neoplasias estritamente relacionadas ao tabaco (cavidade oral, esôfago e pulmão).

O declínio da prevalência do tabagismo na população brasileira tem sido constante desde o final da década de 80. Segundo a pesquisa Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico-VIGITEL_ realizada pelo Ministério da Saúde, a

prevalência de adultos maior ou igual a 18 anos fumantes no Brasil em 2006 era de 16% e em 2012 a prevalência foi de 11,3 %. Na capital do Estado do Espírito Santo, Vitória, a prevalência em 2006 foi de 15,9% e no ano de 2012 a frequência de fumantes foi de 8,7%. O tratamento da pessoa tabagista apresenta ótimo custo-efetividade nos cuidados em saúde, principalmente relacionado às doenças crônicas. Diante disso, o Ministério da Saúde publicou, no dia 05 de abril de 2013, a portaria nº 571, que atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Essa portaria revoga a portaria nº 1.035/GM/MS de 31 de maio de 2004 e a portaria SAS nº 442 de 13 de agosto de 2004 e, com isso, novas diretrizes sobre a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), a programação para aquisição da medicação e as responsabilidades são estabelecidas.

A coordenação Nacional e a referência técnica do PNCT continuam a cargo do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que manterá o contato com as coordenações estaduais para a organização e manutenção do programa.

O Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil e no Espírito Santo (2011-2022) determina a ampliação das ações de prevenção e de cessação do tabagismo, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade, indígenas, quilombolas, entre outras). O objetivo é diminuir a mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Considera-se mortalidade prematura as ocorridas antes do 70 anos de idade (OMS).

Em 2010, Vitória registrou 109 (60%) mortes prematuras por causas relacionadas ao tabaco, sendo que, 51% desses óbitos ocorreram na faixa de escolaridade de 0 a <7 anos, excluindo-se os ignorados.

Apesar do incontestável sucesso da política de controle do tabagismo no país, as ações de prevenção devem considerar que as parcelas da população com piores condições socioeconômicas e com baixo nível educacional são as que apresentam taxas mais altas de prevalência de tabagismo e mortalidade por cânceres relacionados com tabaco.

Deixar de fumar é um processo que leva tempo, por envolver mudança de comportamento. Para informar sobre os diversos aspectos do tabagismo e os benefícios obtidos após tratamento para parar de fumar, foi implantado em 2004, o Programa de Controle do Tabagismo da DS/HPM. Inicialmente, o atendimento era feito individualmente e depois que a instituição tornou-se uma Unidade de Saúde Livre do Tabaco, o mesmo é realizado também em grupo terapêutico que contempla orientações comportamentais e cognitivas e consultas clínicas. O Grupo de Apoio terapêutico ao Tabagista (GATT) visa conscientizar dos benefícios adquiridos ao parar de fumar, por meio de sessões semanais, totalizando quatro. O grupo é constituído de 10 a 15 participantes, tendo cada sessão a duração em torno de 90 minutos. Tais sessões seguiam o conteúdo preconizado pelo INCA, pela abordagem cognitivo-comportamental, com temas dirigidos a cada sessão: 1ª: entender por que se fuma e como isso afeta a saúde; 2ª: os primeiros dias sem fumar; 3ª: como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar, e 4ª: benefícios obtidos após parar de fumar. Após

as quatro sessões, seguiam-se duas quinzenais, com os mesmos participantes, e uma reunião mensal, aberta para todos os grupos, para prevenção à recaída, até completar um ano (BRASIL, 2004c).

O atendimento é feito por equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, psicólogo, farmacêutico, técnicos de farmácia e de enfermagem.

Em 2010, com os resultados alcançados, o serviço tornou-se uma referência a nível estadual, reconhecido pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA), multiplicando a metodologia da abordagem e tratamento do tabagista no SUS.

PROPOSIÇÃO

Descrever o perfil social e de saúde dos Egressos do Programa de Controle do Tabagismo da DS/HPM, com um ano ou mais de cessação tabágica.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado no ambulatório II, da policlínica da Diretoria de Saúde da Polícia Militar (DS/HPM) no Município de Vitória – ES, de dezembro de 2012 a maio de 2014. A técnica de coleta de dados utilizada foi a aplicação do questionário, no período de março a junho/agosto de 2013, contendo 34 questões, obtidas a partir do instrumento validado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) para avaliação clínica dos fumantes, acrescido das questões relativas à qualidade de vida que foram adaptadas da versão brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – SF 36. O método escolhido foi o quantitativo por ser o que melhor adaptava ao trabalho e também atendia aos objetivos propostos para pesquisa.

O procedimento de coleta de dados realizado conforme orientação do CEP MULTIVIX (01/2014), foi revisão do arquivo assistencial dos egressos, que se encontram arquivados no ambulatório II, da policlínica da Diretoria de Saúde da Polícia Militar (DS/HPM). A pesquisa foi estruturada e realizada, observando-se os preceitos éticos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamentam as diretrizes e normas de pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS

No arquivo assistencial localizado na sala do programa no ambulatório II, o total de 94 pacientes (egressos) fez o tratamento para cessação do hábito de fumar. No período de março a junho/agosto de 2013 foi realizado contato por telefone, convidando-os para participarem da avaliação os egressos com mais de um ano de cessação do hábito de fumar, na sala do programa, conforme a disponibilidade de data e horário dos mesmos. Antes de responderem as perguntas, foi apresentada uma carta convite de participação sendo que 24 concordaram em participar. Os que não participaram da pesquisa, 17, informaram por telefone que devido ao trabalho não poderiam comparecer. E com outros 42 não foi possível contato (telefone fora de área ou número inexistente), um (01) o familiar informou que tinha falecido; 11 informaram que tinham recaído.

Após a coleta de dados, foram colocadas e organizadas as respostas para interpretar todo o conjunto. Para Rudio (2003), a codificação das respostas faz parte do processo de classificação. Segundo esse autor, “[...] classificar é dividir um todo em partes, dando ordem às partes e colocando cada uma no seu lugar” (2003, p.123). Conforme Minayo (1999, p. 198), a fase de análise de dados é aquela em que o pesquisador “[...] propõe-se a uma atitude de busca a partir do próprio material coletado”.

A partir do instrumento aplicado, foi subdividida a apresentação dos resultados nos seguintes temas:

- Identificação dos sujeitos;
- Autopercepção da condição de saúde;
- Busca pela promoção da saúde.

Identificação dos sujeitos

Participaram da pesquisa 24 pessoas, sendo que 79,2% são residentes do Município de Vitória, 12,5% do Município de Cariacica, 4,2% do Município de Vila Velha e 4,2% do Município da Serra. 50% são do sexo masculino e 50% do sexo feminino. Em sua maioria são da raça parda, 75%, seguida pela raça negra com 8,3% e 4,2% da raça branca. Tabela I. Manifestações neurológicas na infecção pela Dengue.

Tabela I: Identificação da faixa etária dos participantes da Pesquisa.

FAIXA ETÁRIA	N	%
30 - 39	3	12,5
41 - 49	6	25,0
50-59	9	37,5
60 - 64	6	25,0
TOTAL	24	100,0

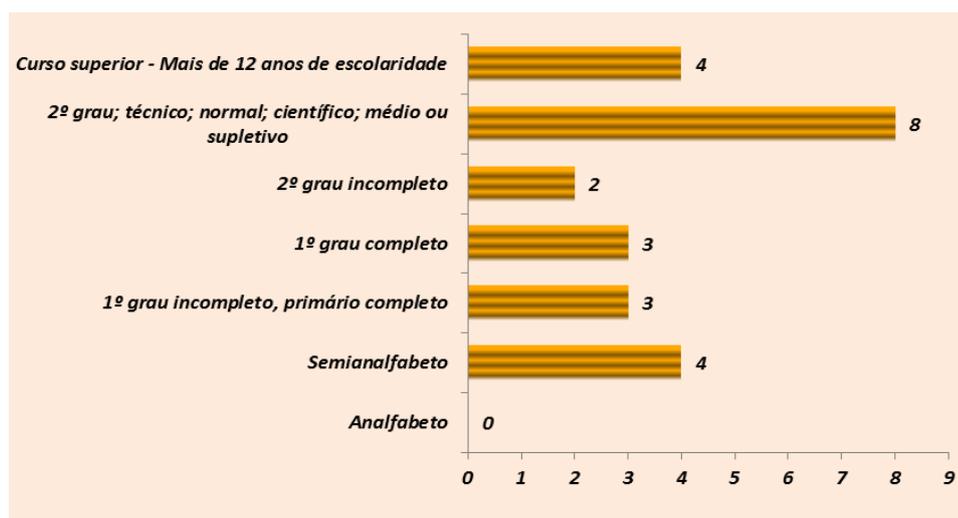


Gráfico I – Percentual de fumantes, segundo grau de escolaridade.

Em relação ao grau de escolaridade, verificou-se que a prevalência foi no grupo que possui o 2º grau; técnico; normal; científico; médio ou supletivo (33,3%), seguido dos extratos curso superior (16,6%) e semianalfabeto (16,6%). Estudos demonstram que, quanto menor a escolaridade, mais cedo a iniciação do uso do tabaco. O que difere da presente pesquisa.

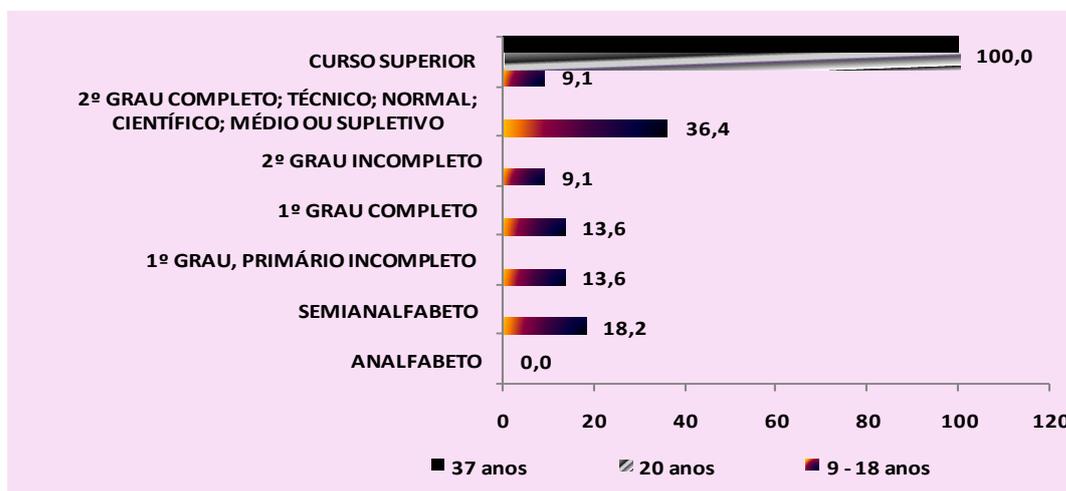


Gráfico II – Percentual de fumantes segundo grau de escolaridade e faixa etária.

A relação de fumantes, segundo grau de escolaridade e faixa etária, 36,4 %, está entre 9 a 18 anos e possuem 2º grau completo, técnico, normal, científico, médio ou supletivo.

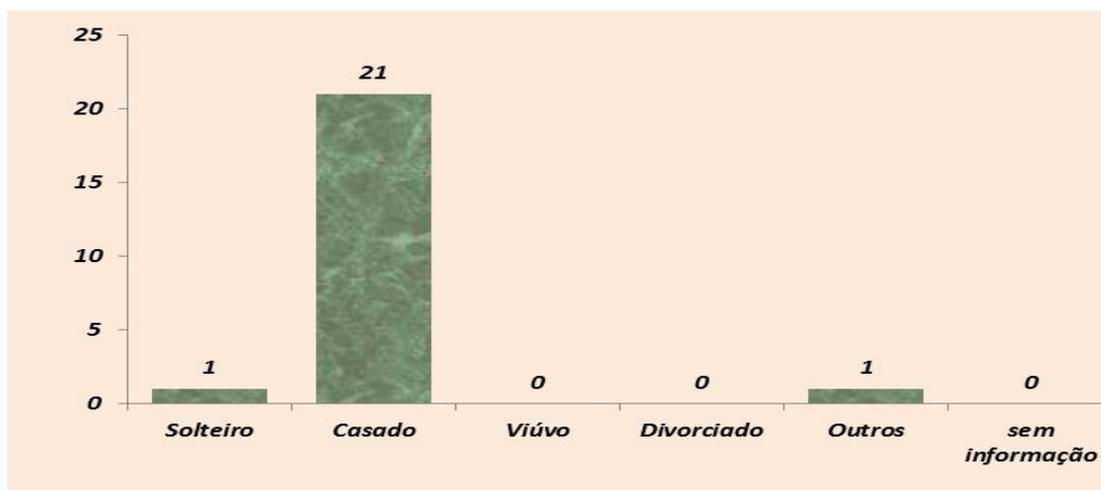


Gráfico III: Número de entrevistados segundo estado civil.

Quanto ao estado civil, verificamos que a quase totalidade é casada, conforme figura 3.

Tabela II: Identificação dos participantes por escolaridade distribuídos segundo estado civil.

Escolaridade	Estado civil			Total
	SOLTEIRO	CASADO	OUTROS	
SEMIANALFABETO - 0 -4 AE	1	4	0	4
1º GRAU, PRIMÁRIO INCOMPLETO - 6 AE	0	3	0	3
1º GRAU COMPLETO - 8 - 9 AE	0	3	0	3
2º GRAU INCOMPLETO - 8- 11 AE	0	2	0	2
2º GRAU COMPLETO; TÉCNICO; NORMAL; CIENTÍFICO; MÉDIO OU SUPLETIVO - 12 AE	2	6	0	8
CURSO SUPERIOR > 12 AE	0	3	1	4
TOTAL	8	21	1	24
%	34,7	87,5	4,2	100,0

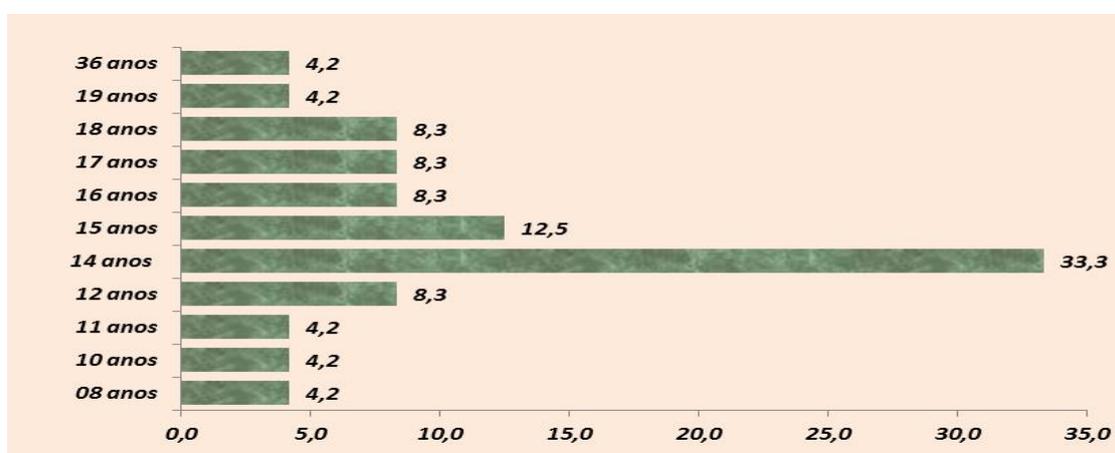


Gráfico VI: Percentual de entrevistados quanto à iniciação do uso do tabaco.

Na presente pesquisa, observou-se que a maioria iniciou o uso do tabaco aos 14 anos (33,3 %).

Tabela III: Idade de iniciação do uso do tabaco distribuída segundo escolaridade dos participantes do programa.

Escolaridade	Idade de iniciação (anos)			Total	%
	8-18	19	36		
SEMIANALFABETO	4	0	0	4	16,7
1º GRAU, PRIMÁRIO INCOMPLETO	3	0	0	3	12,5
1º GRAU COMPLETO	3	0	0	3	12,5
2º GRAU INCOMPLETO	2	0	0	2	8,3
2º GRAU COMPLETO; TÉCNICO; NORMAL; CIENTÍFICO; MÉDIO OU SUPLETIVO	8	0	0	8	33,3
CURSO SUPERIOR	2	1	1	4	16,7
TOTAL	22	1	1	24	100

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS1998), o tabagismo é uma doença pediátrica, pois a experimentação ocorre por volta dos 13 anos de idade e 90% dos fumantes atuais iniciaram antes dos 19 anos.

No Brasil, de acordo com a Pesquisa Especial sobre Tabagismo realizada pelo MS e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2008, 80% dos fumantes iniciaram no tabagismo antes dos 19 anos e 20% com menos de 15 anos. Já a Pesquisa Nacional sobre Saúde do Escolar (também produzida pelo MS e IBGE) mostrou que, em 2009, 24,2% dos escolares entre 13 e 15 anos experimentaram cigarros. Em 2012, a repetição da Pesquisa Nacional sobre Saúde do Escolar apresentou um nível menor de experimentação entre escolares: 19,6%.

A pesquisa da UFRJ/Fiocruz (2008) mostra que 60% dos adolescentes fumantes consomem cigarros mentolados. A pesquisa do INCA (instituto nacional do câncer) aponta que 45% dos fumantes de 13 a 15 anos consomem cigarros com sabor.

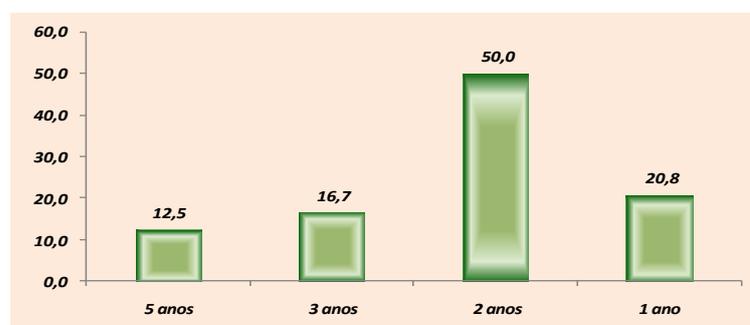


Gráfico V: Percentual de participantes, considerando tempo que tempo parou de fumar.

Quanto ao tempo que parou de fumar, observamos que entre os participantes, 50,0% pararam de fumar há 02 anos, 20% parou em 1 ano, 16,7 em 3 anos e 12,5% em 5 anos, após o início do tratamento.

Tabela IV: Identificação dos recursos utilizados para cessação do hábito de fumar.

RECURSOS	N	%
BUPROPIONA 150MG((BUP))E APOIO DE PROFISSIONAIS	1	4,2
REPOSIÇÃO DE NICOTINA (ADESIVO), APOIO DE PROFISSIONAIS E ORIENTAÇÃO EM FOLHETOS E REVISTAS.	1	4,2
APOIO DE PROFISSIONAIS	1	4,2
BUPROPIONA 150MG(BUP), REPOSIÇÃO NICOTINA E APOIO DE PROFISSIONAIS.	2	8,3
APOIO DE PROFISSIONAIS E ORIENTAÇÕES EM FOLHETOS E REVISTAS.	8	33,3
BUPROPIONA 150MG(BUP), REPOSIÇÃO NICOTINA, APOIO DE PROFISSIONAIS E ORIENTAÇÃO EM FOLHETOS E REVISTAS.	11	45,8
TOTAL	24	100,0

Quanto à utilização de recursos para cessação do hábito de fumar, observamos que 4,2% utilizaram Bupropiona e recebeu apoio de profissionais; 4,2% realizaram reposição de nicotina, apoio profissional e orientação em folhetos; 4,2% receberam apoio profissional; 8,3% utilizaram Bupropiona, reposição de nicotina e apoio de profissionais; 33,3% receberam apoio profissional orientação através de folhetos e revistas e 45,8% utilizaram Bupropiona 150mg(BUP), reposição nicotina, apoio de profissionais e orientação em folhetos e revistas.

Autopercepção da condição de saúde.

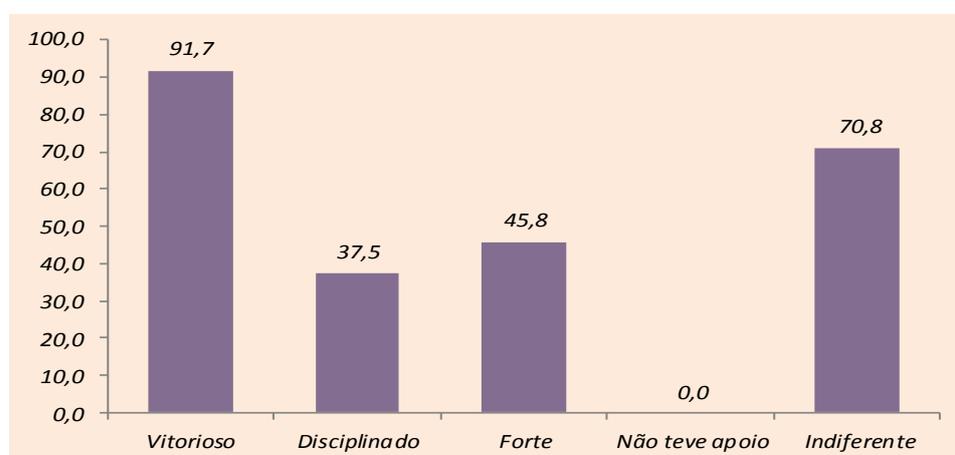


Gráfico VI - Percentual de participantes que informaram como sente sua autoestima (valor) por ter conseguido parar de fumar.

A figura acima mostra como está a autoestima dos participantes por ter conseguido parar de fumar. 91,7% informaram que se sentem vitoriosos, 70,8% indiferentes, 45,8% se sentiram fortes e 37,5% se sentiram disciplinado. Houve melhoras na autoimagem desses, pois 83,3% informaram que se sentem melhor, 70,8% estão mais animados e 54,2% sentem-se mais bonitos.

O processo para largar o vício em nicotina é visto, pela maioria dos fumantes, como um período de inferno pessoal a ser enfrentado. Alguns fumantes preveem até mesmo que estarão perdendo um método eficaz de controle da ansiedade e do sentimento depressivo. Mas, de acordo com um estudo feito pela Universidade de Brown, nos EUA, essa sensação é psicológica e passageira, e o que se observa é exatamente o inverso: ex-fumantes têm maior nível de felicidade. O estudo foi publicado no periódico *Nicotine & Tobacco Research*.

“Os fumantes assumem que o cigarro tem propriedades antidepressivas e que caso eles larguem o vício, se sentirão mal. Mas o que observamos foi que esses fumantes, após largarem o cigarro – mesmo que por pouco tempo – tinham menos indícios de sentimentos depressivos”, diz Christopher Kahler, principal autor do estudo. O que os pesquisadores observaram foi que aqueles que haviam interrompido o hábito tabagista, mesmo por pouco tempo, foram mais bem avaliados nos testes padrão para depressão (se mostravam mais felizes). Mas quando voltavam a fumar – falhavam na tentativa de cessar o hábito – os humores pioravam drasticamente, em alguns casos chegando a níveis menores do que o observado no início do estudo. Kahler afirma que a melhora no humor e os períodos de abstinência tinham relação direta.

Para os autores, a ligação entre o hábito de fumar e a felicidade é totalmente equivocada e a sensação de alívio de ansiedade é um mito. Da mesma forma, esses indivíduos não mostraram variações significantes na ingestão de bebidas alcoólicas, bebendo o mesmo ou menos (no caso daqueles que foram acompanhados por psicólogos para diminuir esse hábito).

“Ao parar de fumar, observou-se a diminuição dos sintomas de depressão, e quando os indivíduos voltaram a fumar esses sintomas reapareceram. Essas respostas foram similares ao tratamento com antidepressivos”, conclui Kahler, indicando que, além de melhorar a saúde física e diminuir riscos do desenvolvimento de doenças crônicas, a interrupção do tabagismo faz muito bem para a saúde mental e o bem-estar.

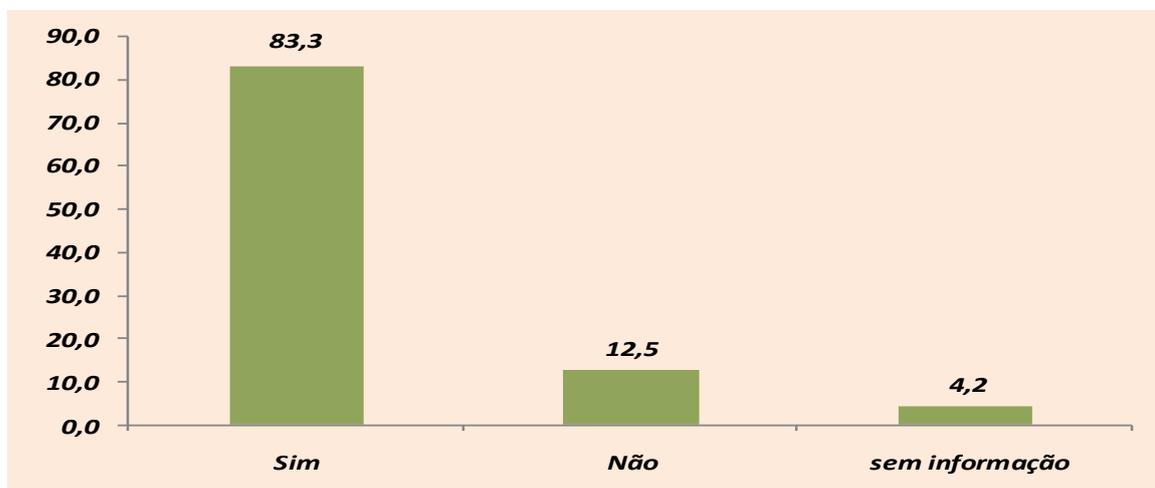


Gráfico VII – Percentual de participantes que informaram se a situação financeira melhorou após ter parado de fumar.

Com relação à situação financeira dos participantes, cerca de 80% informaram que a situação financeira melhorou, 12,5% informaram que não observou melhoras e 4,2% deixaram de informar. Dos que informaram 45,8% responderam que utilizou os recursos para melhorar o conforto da casa, 41,7% utilizaram para alimentação, 37,5% no lazer, 25,0% fizeram poupança outros 12,5% não responderam.

Segundo Reinaldo Rodrigues (2014), educador financeiro,

O combate a dependência do tabaco, não trará só benefícios para a saúde física do consumidor, outro impacto muito importante é na saúde financeira da pessoa que fuma, com redução dos gastos com o produto e com os tratamentos de saúde. A conta é simples, com o valor do cigarro em R\$ 5, um fumante que consome dois maços de cigarro por dia gastará por mês R\$ 300, por ano o valor vai para R\$ 3.600, e isso sem levar em conta ganhos com investimentos. Mas, se esse dinheiro for investido por dez anos em uma aplicação com rendimento de 0,6% mensais e sem considerar a inflação, ao fim do período o ex-fumante terá de R\$ 52.500,90 e em trinta anos serão R\$ 380.767,63. Esse custo no orçamento mensal das pessoas com certeza fará com que muitos repensem sobre a importância de essa dependência. É lógico que esse risco é muito menor do que os físicos, entretanto, não podem negar que esse impacto reflete na economia diária do dependente e, aumentando o valor do produto, todos sentirão esse impacto. Dessa forma ao parar de fumar muitos ex-fumantes, terão mais saúde e também mais dinheiro para aproveitar a vida!

Os valores gastos com tratamento de doenças causadas pelo tabagismo servem de alerta para o governo avançar ainda mais nas políticas de prevenção. Em 2006 o relatório da Reunião do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) declarou que: “O tabaco contribui para o empobrecimento dos indivíduos e de suas famílias”.

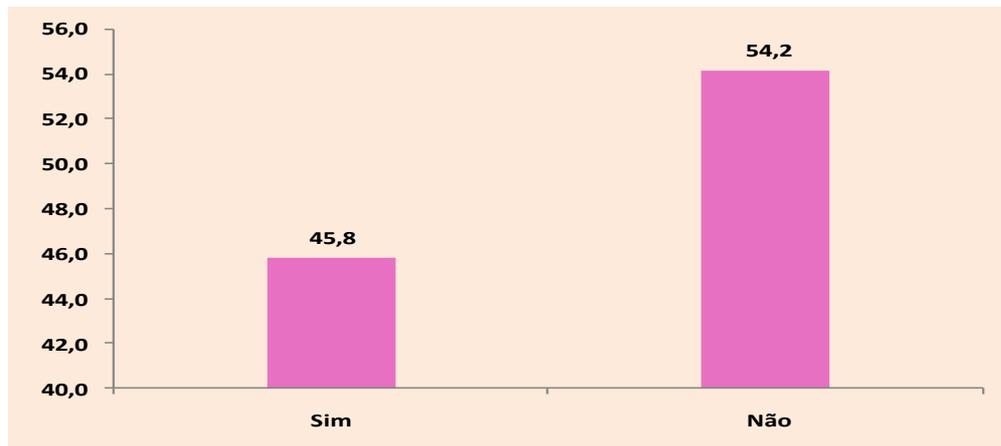


Gráfico VIII – Percentual de participantes que informaram ser portador de alguma doença antes de parar de fumar.

O gráfico VIII mostra que, em sua maioria, 54,2% informaram não ser portador de doenças antes de parar de fumar e 45,8% responderam ser portadores. Desses, 29,2 % são hipertensos; 20,8% informaram ser diabéticos; 12,5% com depressão e 4,2% obeso.

As estimativas sobre incidência e mortalidade por câncer no Brasil, publicadas pelo INCA, indicam que, em 2009, 27.270 pessoas deverão adoecer de câncer de pulmão (17.810 homens e 9.640 mulheres) causando cerca de 16.230 mortes; 11.315 entre os homens e 4.915 entre as mulheres. Muitos estudos evidenciam que o consumo de derivados do tabaco (cigarro, charuto, narguilé) causa quase 50 doenças diferentes, principalmente as cardiovasculares (infarto, angina), o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (enfisema e bronquite). As doenças cardiovasculares e o câncer são as principais causas de morte por doença no Brasil, e o câncer de pulmão, a primeira causa de morte por câncer.

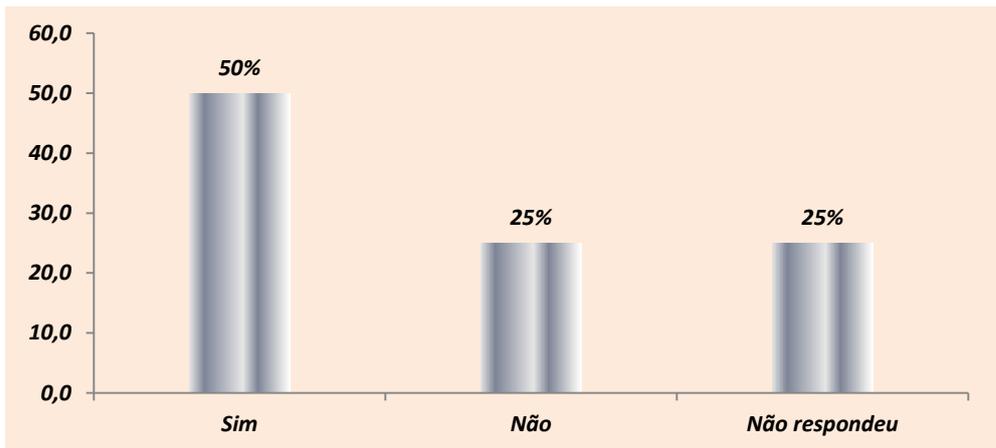


Gráfico IX – Percentual de profissionais médicos que informaram da melhoria do estado de saúde dos participantes depois que parou de fumar.

Quanto à informação médica, 50% dos participantes relataram que o mesmo informou de sua melhoria na qualidade de vida após a cessação do tabaco. 25% disseram que o profissional não informou, e 25% não responderam. Dos que responderam melhoria do seu estado de saúde 16,7% controlaram a hipertensão arterial; 12,5% outros; 8,3% controlou a depressão; 4,2% doença no pulmão.

A literatura mostra que as pessoas que deixam de fumar antes dos 50 anos de idade apresentam uma redução de 50% no risco de morte por doenças relacionadas ao tabagismo após 16 anos de abstinência. O risco de morte por câncer de pulmão sofre uma redução de 30 a 50% em ambos os sexos após 10 anos sem fumar; e o risco de doenças cardiovasculares cai pela metade após um ano sem fumar (US Surgeon General, 1990; Doll e Peto 1994).

O percentual de doenças mais frequentes detectadas pelos profissionais, no grupo participante da pesquisa, mostra que não houve informação do tipo de doenças existentes entre os participantes. 16,7% apresentaram hipertensão arterial, 12,5% acusaram outros tipos de doenças, 8,3% apresentam quadro de depressão e 4,2% tem doença pulmonar.

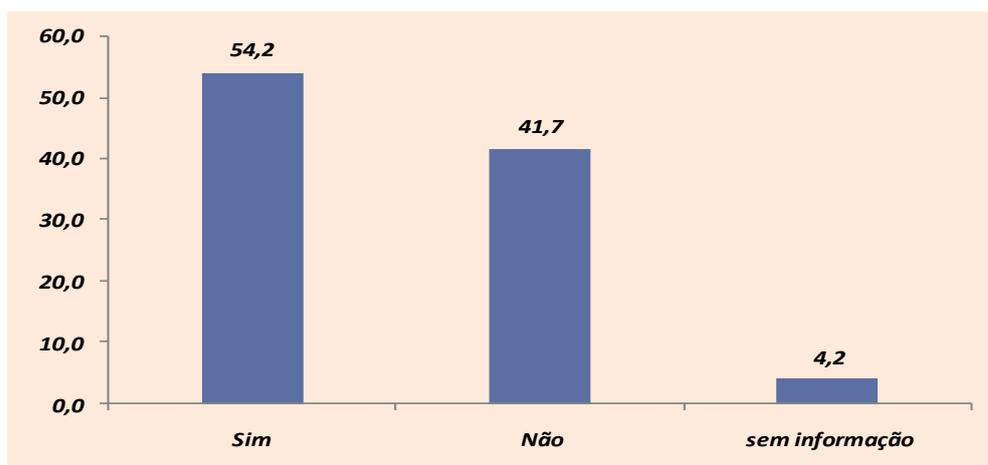


Gráfico X – Percentual de fumantes entrevistados que fazem ou não uso de algum medicamento.

Com relação ao uso de medicamentos, 54,2% informaram fazer uso de medicamentos, 41,7% não utilizam medicamento nenhum e 4,2% não responderam.

Busca pela promoção da saúde

O número de participante que informou a prática de atividade física e esporte é de 62,5%, o restante, 37,5%, não faz nenhuma atividade física. 33,3% responderam que lhes falta tempo, 22,2% disseram não ter vontade, não é prioridade, indecisão, 11,1% disseram possuir problemas ortopédicos (joelho) e 11,1% deixaram de responder.

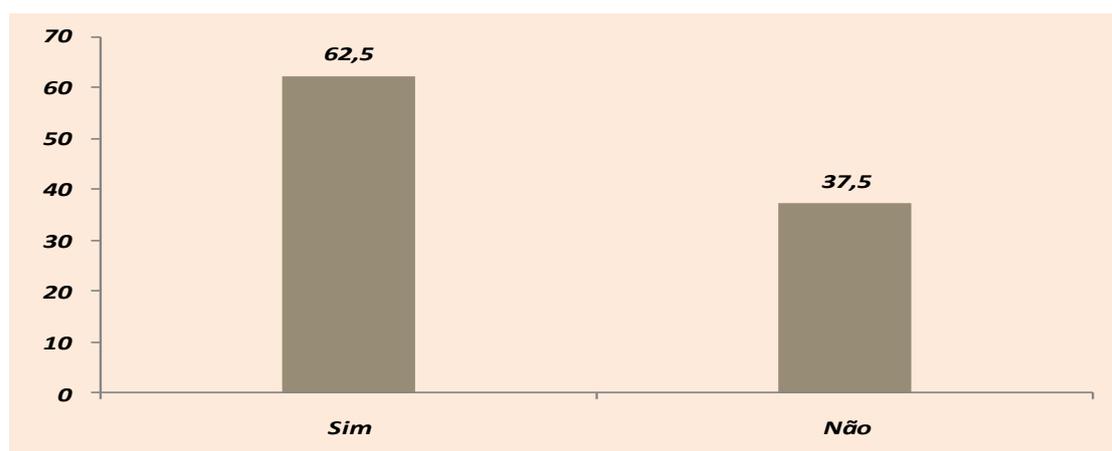


Gráfico XI – Percentual de participantes que informaram se tem praticado exercício físico ou esporte depois que parou de fumar.

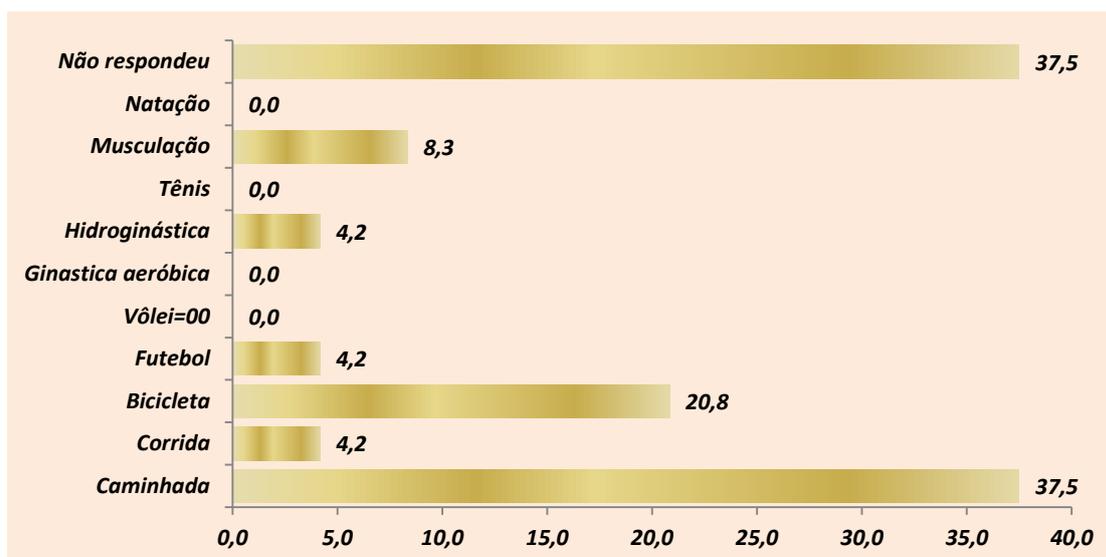


Gráfico XII- Percentual da atividade física desenvolvidas.

Quanto à prática de atividade física após parar de fumar, 62,5% informaram praticar algum exercício físico e 37,5% não fazem nenhuma atividade física. As atividades mais desenvolvidas são: caminhadas, com 37,5%; bicicleta, com 20,8%; musculação, com 8,3%; 4,2%, com hidroginástica, futebol e corrida e 37,5% não responderam. Lembrando que alguns desses participantes praticam mais de um tipo de atividade física.

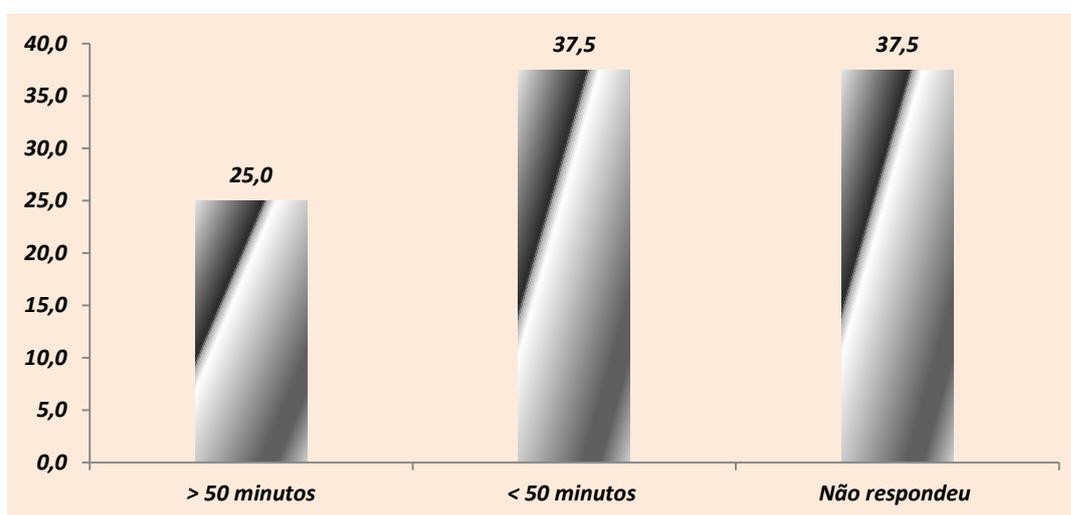


Gráfico XIII- Percentual quando ao tempo de duração da atividade física.

Os tempos de duração das atividades variaram em > 50 minutos (25%), < 50 minutos (37,5%) e 37,5% não responderam.

Pesquisas realizadas apontam que as medidas preventivas, principalmente no que se refere à mudança de hábitos alimentares e estilo de vida, têm efeito positivo e comprovado na

qualidade de vida. A adoção de hábitos alimentares saudáveis e atividade física constante aumentam as chances de longevidade livre de doenças coronarianas, derrames e diabetes mellitus, proporcionando melhor qualidade de vida (Goya 1996).

O Programa Academia da Saúde foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Tem como objetivo principal a construção de espaços físicos para o desenvolvimento de ações de atividade física, lazer e modos de vida saudáveis por profissionais de saúde em conjunto com a comunidade. Dentre as atividades propostas, destacam-se a orientação para a prática de atividade física e para alimentação saudável; desenvolvimento das práticas corporais, incluindo tai chi chuan, yoga, lian gong e oficinas de arte e dança, abordando temas da promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

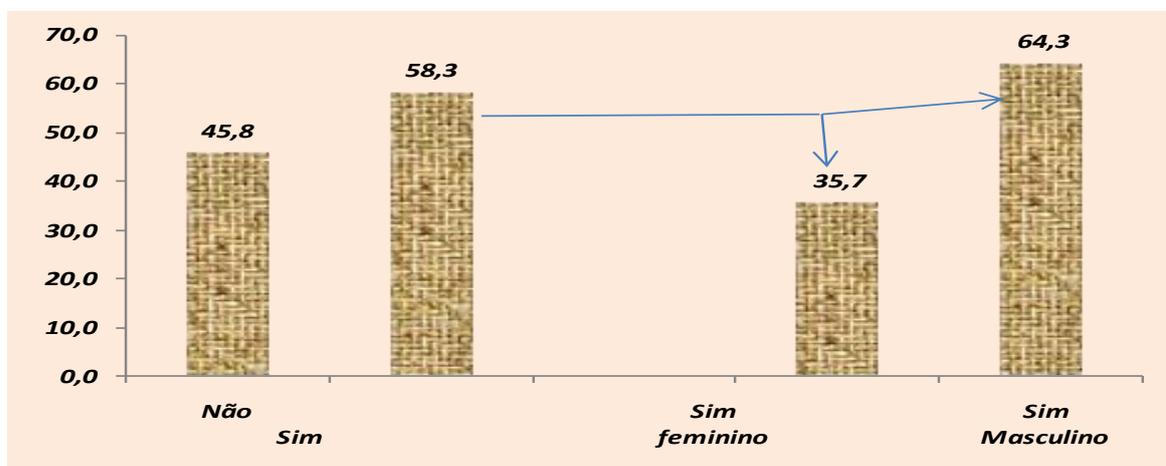


Gráfico XIV - Percentual de participantes que informaram consumir ou não bebida alcoólica segundo o sexo.

Quanto ao consumo de bebida alcoólica, 58,3% informaram que consomem bebida alcoólica, desses 35,7% são do sexo feminino e 64,3% do sexo masculino. 45,8% não fazem uso de bebida alcoólica.

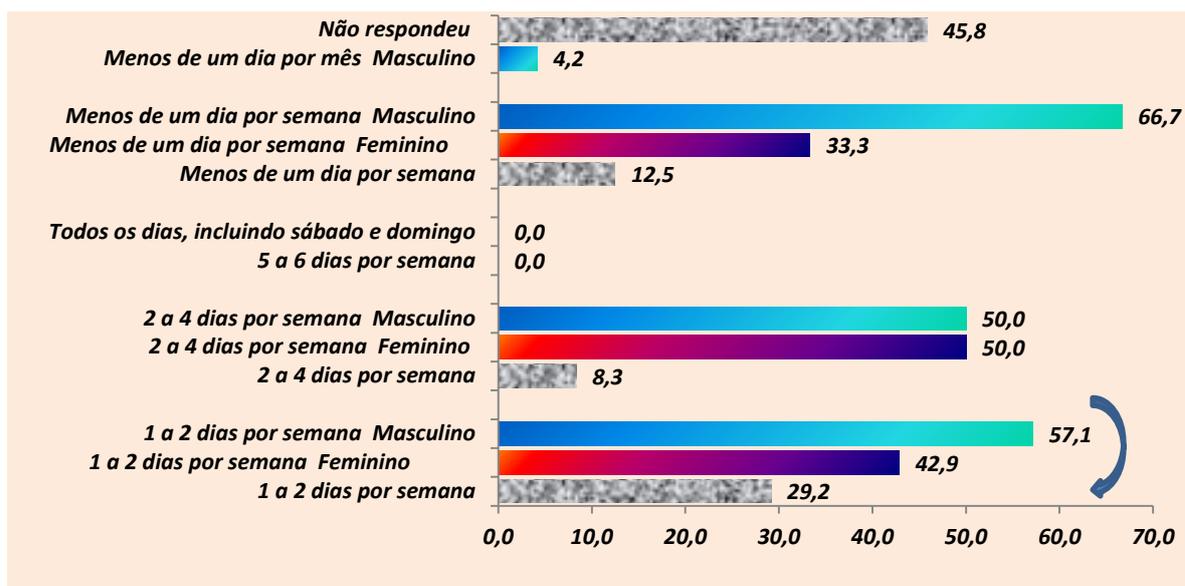


Gráfico XV - Percentual de consumo de bebidas segundo sexo.

Dos que consomem bebida alcoólica, 29,2% consomem de 1 a 2 dias por semana, sendo que desses 57,1% são do sexo masculino e 42,9% do sexo feminino. 12,5% consomem menos de um dia por semana. Desses 66,7% são do sexo masculino e 33,3% do sexo feminino e 8,3% consomem entre 2 a 4 dias por semana, sendo 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino.

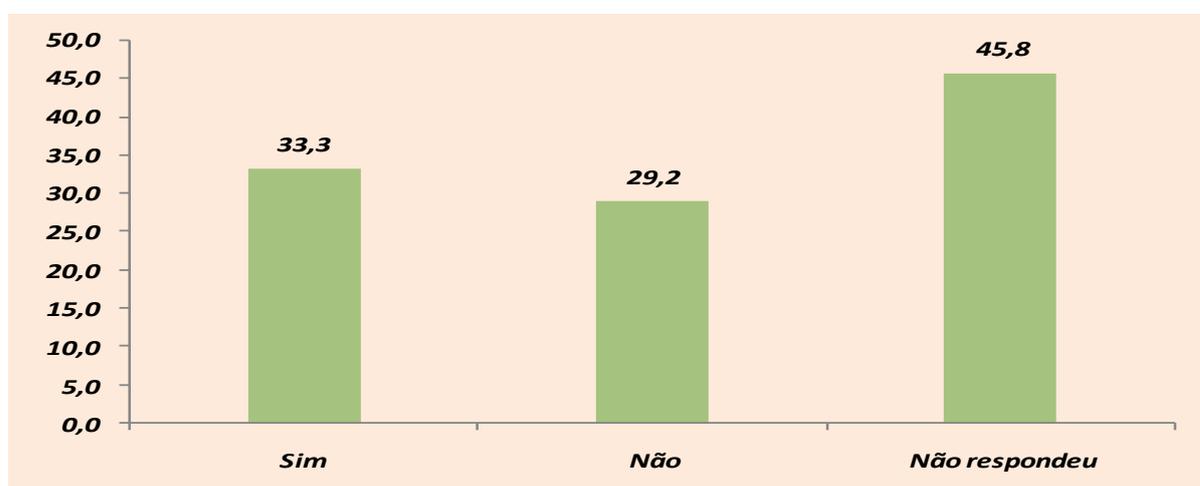


Gráfico XVI – Percentual de participantes que informaram depois que parou de fumar houve mudança na quantidade de bebida alcoólica ingerida.

A relação entre o uso de fumo e ingestão de bebida alcoólica mostra que houve mudança na ingestão de bebida alcoólica após ter parado de fumar. 33,3% responderam que sim, 29,2% responderam não e 45,8% não responderam. Dos que responderam, 33,3% informaram que diminuir o número de doses e 66,7% não responderam.

Alcoolismo e tabagismo são dependências que andam de mãos dadas. A maioria dos fumantes ingere álcool e tem tendência a fumar mais do que os que não bebem. É muito

difícil, também, encontrar um alcoolista que não fume – cerca de 70% dos dependentes são considerados fumantes pesados (fumam mais de 30 cigarros ao dia). As duas dependências são tão próximas por agir de modo sinérgico: o álcool é um depressor e o fumo, estimulante, portanto, o efeito de um é utilizado para compensar o do outro. Os riscos para a saúde são também muito mais graves para aqueles que fumam e bebem. “Os riscos do uso de cada droga independentemente não são apenas somados – eles são somados e aumentados em 50%”, explica Danilo Baltieri, psiquiatra do Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas (HC) da USP. Algumas doenças graves, como o câncer de laringe e de boca, são um perigo maior para essa população.

Segundo Mayuri Hassano, psiquiatra do Hospital Universitário (HU) da USP e coordenadora do Centro Universitário de Intervenção em Drogas e Álcool (Cuida) do HU, o uso concomitante das duas drogas aponta ainda para uma maior dificuldade de parar. “Os estudos mostram que os alcoolistas fumantes têm, na verdade, mais dificuldade para parar de fumar e, quando param, recaem com mais frequência. Alguns estudos indicam ainda uma tendência de se buscar outras drogas quando se para de fumar”, explica ela.

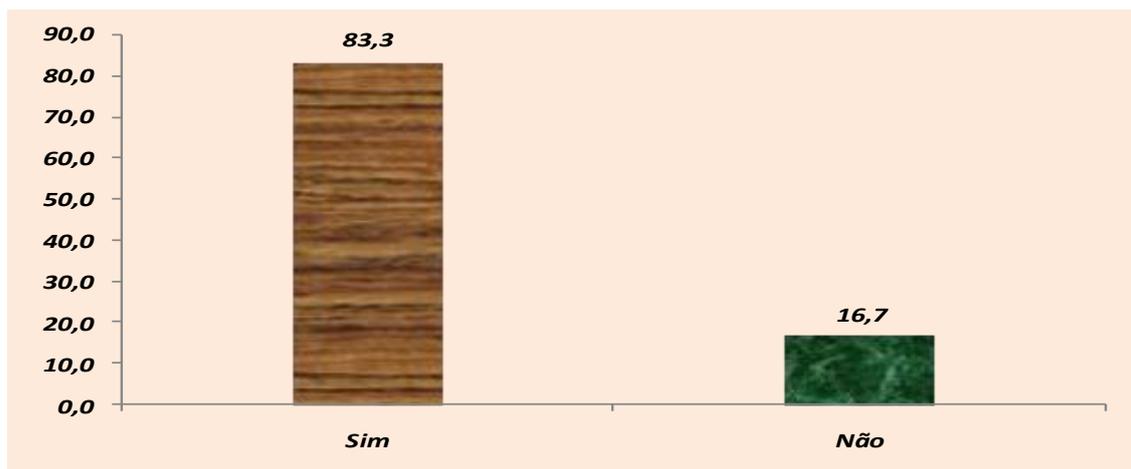


Gráfico XVII – Percentual de fumantes que informaram ter ido ao médico depois que parou de fumar.

Quanto à regularidade da consulta médica, pudemos observar que, 83,3% informaram que foram ao médico após parar de fumar e 16,7% responderam não. Dos que responderam sim, 29,2% vão sempre, outros 29,2% vão semestralmente, 25% anualmente e 16,7% não responderam. Parece que esses relatos indicam que essa população estudada está preocupada em acompanhar a sua condição de saúde.

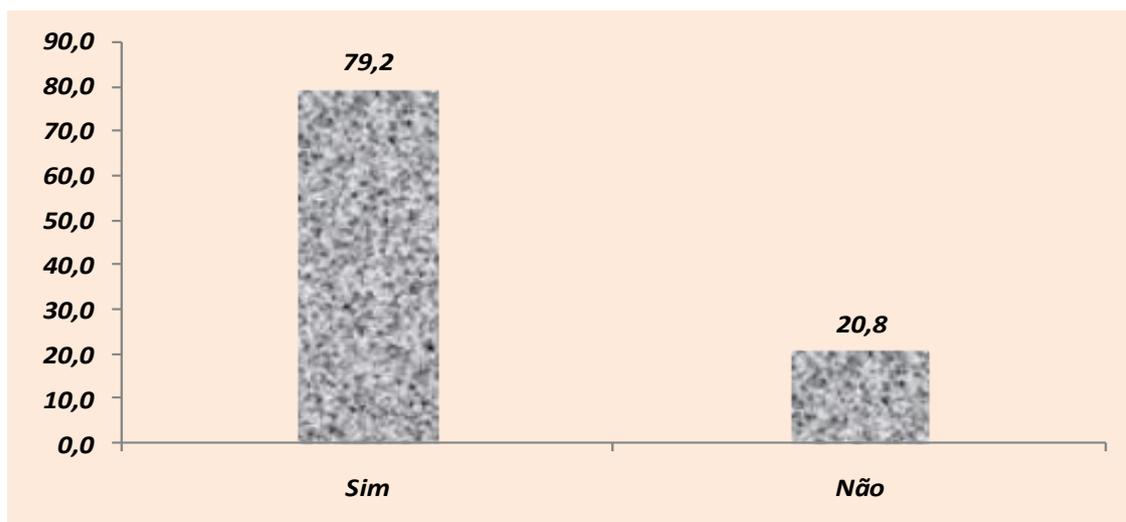


Gráfico XVII – Percentual de fumantes que informaram ter aumentado de peso corporal depois que parou de fumar.

Quanto ao peso corporal, 79,2% informaram que houve aumento do peso e 20,8 não tiveram aumento de peso.

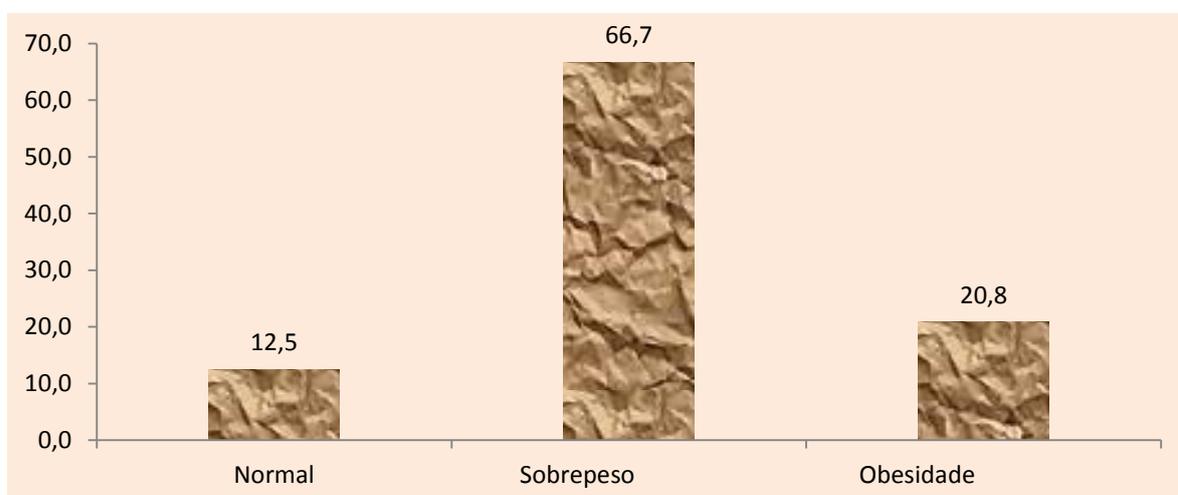


Gráfico XIX - Percentual do cálculo do IMC.

O cálculo do índice de massa Corporal (IMC) verificado mostra que 66,7% dos participantes apresentaram quadro de sobrepeso e 20,8% obesidade.

Segundo o INCA (2001), de modo geral, 1 em cada 10 fumantes pode ganhar de 11 a 13,5 kg ao parar de fumar, ficando a média de ganho de peso após a cessação de fumar em torno de 2 a 4 kg, porque o paladar vai melhorando e o metabolismo, se normalizando. Vale ressaltar que cerca da metade irá ganhar menos do que isso; alguns podem não engordar e alguns podem até emagrecer. A maior parte deste aumento de peso ocorre em média nos primeiros seis meses após a cessação, se estabilizando após 01 ano.

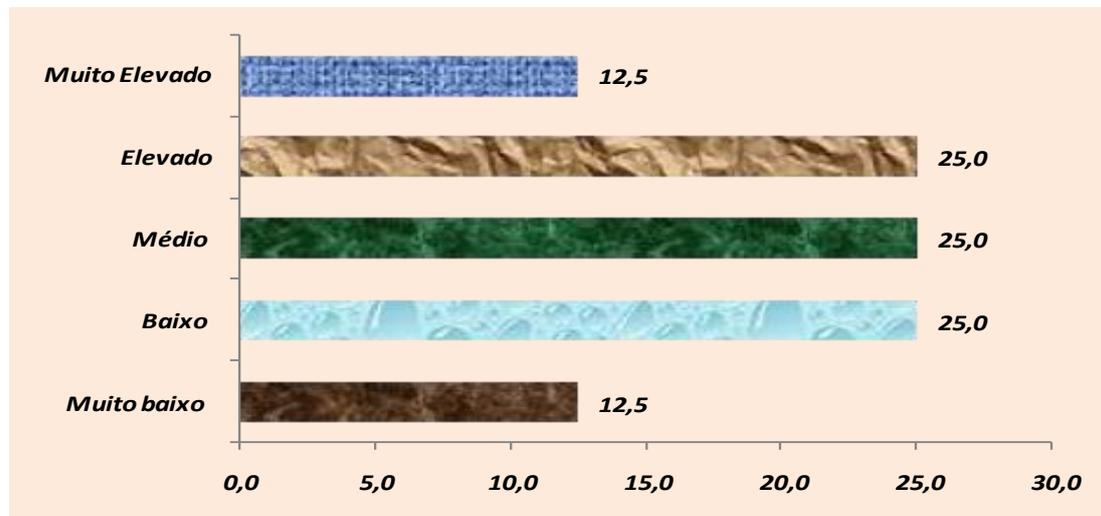


Gráfico XX – Percentual do grau de dependência da nicotina, segundo Teste de Fagerström.

O grau de dependência de nicotina do paciente pode ser avaliado, segundo INCA (2001), através do teste de Fagerström. Para cada alternativa das 6 questões do teste, existe uma pontuação ao lado (o número entre parênteses). Após a aplicação do teste, a soma dos pontos de cada alternativa escolhida pelo fumante permitirá a avaliação do seu grau de dependência de nicotina.

Os resultados do Teste de Fagerström, obtidos antes dos egressos realizarem o tratamento foram: 3 (12,5%) apresentaram um grau de dependência muito baixo, mesmo percentual encontrado no grau de dependência muito elevado. Para os graus de dependência baixo, médio e elevado os valores foram similares (n=6), com percentual de 25% para cada um deles. Avaliou-se o grau de dependência da nicotina, relacionado com a idade de início do uso do tabaco. Observaram-se curvas inversamente proporcionais, isto é, quanto mais cedo se começa, maior a dependência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu identificar melhoria do padrão de saúde e qualidade de vida como o controle da hipertensão arterial, da depressão e da doença do pulmão, melhoras na situação financeira, na auto estima / auto imagem , na realização da prática de algum exercício físico e comparecimento regular na consulta médica dos egressos do Programa de Controle do Tabagismo (PCT) com um ano ou mais de cessação do hábito de fumar.

Entretanto, foram verificados dados preocupantes, como 79,2% informaram aumento do peso depois que pararam de fumar. Em relação ao cálculo do índice de massa Corporal (IMC) 66,7% dos participantes apresentaram quadro de sobrepeso e 20,8% obesidade. Quanto ao consumo de bebida alcoólica, 29,2% consome de 1 a 2 dias por semana, sendo

que desses 57,1 % são do sexo masculino e 49,9% do sexo feminino. 8,3% consomem entre 2 a 4 dias por semana, sendo 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino.

Deixar de fumar é um processo que leva tempo, por envolver mudança de comportamento. Dessa forma, são importantes as ações em diversos níveis, que promovam e estimulem a adoção de comportamentos e estilo de vida saudável, possibilitando uma redução de agravos e hospitalizações, contribuindo, assim, para uma melhora na qualidade de vida do ex- tabagista.

O PCT deve continuar a promover processos avaliativos, ou seja, um acompanhamento periódico deste grupo, através do monitoramento, pois na presença das alterações dos indicadores como: o consumo excessivo de álcool, a obesidade, práticas inadequadas de alimentação e o sedentarismo, sejam realizados intervenções necessárias. Dessa forma, será estabelecido um vínculo mais próximo com essa população tornando mais provável o alcance dos resultados planejados como prevenção das recaídas, manutenção ou resgate da saúde dos mesmos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela presença constante em todos os momentos de nossas vidas, presenteando-nos com sua força e proteção.

À Equipe técnica da Vigilância Epidemiológica em Doenças e Agravos não transmissíveis da Secretaria de Estado da Saúde e Municipal da Saúde de Vitória.

À Diretoria de Saúde (DS), Divisão de Enfermagem da Policlínica (Seção de Enfermagem Ambulatorial), da equipe multidisciplinar do Programa de Controle do Tabagismo que sempre incentivaram o desenvolvimento deste estudo.

À professora Denise S. D. Bernini orientadora, pela sua competência, dedicação, proporcionando-nos estímulo, em todos os momentos.

À Sgt PM Rita de Cássia França Freire, pelo apoio, estímulo e amizade, principalmente na finalização deste trabalho.

Às pessoas (egressos que realizaram o tratamento no programa) que participaram desta pesquisa, entendendo a importância da cessação do hábito de fumar em suas vidas. Sem eles, este estudo não teria se concretizado.

REFERÊNCIAS

Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001 (acesso em 12/8/2015)

Campolina AG, Bortoluzzo AB, Ferraz MB, Ciconelli RM. **Validação da versão brasileira do questionário genérico de qualidade short-form 6 dimensions (SF-6D Brasil)**. (artigo na internet) 2011 (acesso em 13/12/2012) disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n7/10.pdf> **Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer.**

Domingos, Reinaldo. Deixar se fumar reflete positivamente nas finanças www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=2297 (acesso no dia 22/5/2014). **DC Malta, BPM Iser, NNB de Sá... - Cad. saúde..., 2013 – Scielo Public Health** (acesso em 17/7/2014 às 08:15h).

Ex-fumante tem maior nível de felicidade.

www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=1606 (acesso em 28/05/2014 às 08:45h).

<http://espaber.uspnet.usp.br/espaber/?p=7355&cpage=1> **Alcoolismo e tabagismo são vícios que se agravam mutuamente. Remédio auxilia o tratamento concomitante dos dois.** (acesso em 12/8/2015).

Freitas, C.F.B. de; Silva, C.P. da. **Busca da Promoção de Saúde pelo Policial Militar após participação no Programa de Reflexão para Reserva(PRR)** (monografia) III Curso de Especialização Lato Sensu em Gerontologia Social.UFES:Vitória-ES,2004(acesso em 22/07/2012).

http://www.Educadores.Diaadia.Pr.Gov.Br/Arquivos/File/2010/Artigos_Teses/educacao_fisica/artigos/AtF_e_Doencas_degenerativas.pdf (acesso em 22/7/2014).

Ministério da Saúde. **Pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico- VIGITEL**, 2006 (acesso em 13 /12/2012).

Ministério da Saúde. **Pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico- VIGITEL**, 2011(acesso em 13/12/ 2012).

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **CONTAPP (Eds)**. Falando sobre o tabagismo. 3ª Ed. Rio de Janeiro: INCA, 1998 (acesso em 30 /11/ 2012).

Portais4. UFES. BR/posgrad/.../tese_6320_Marilene_Gonçalves_França_2013.pdf. **política de atenção ao tabagista no município de Vitória- ES: Olhares e Caminhos para sua (re)configuração**(aceso em 23/08/2014).

Sales MPU, Oliveira MI, Mattos IM, Viana CMS, Pereira EDB. **Impacto da cessação tabágica na qualidade de vida dos pacientes**. [artigo na internet] 2009 (acesso em 29/11/2012) disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n5/pt_v35n5a08.pdf<
Saude-joni.blogspot.com/2010/01/alcoolismo-e-tabagismo-
portalsaude.saude.gov.br/404.htm(acesso em 18/7/2014 as 10:10hs).

Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011 Trends in tobacco consumption from 2006 to... (acesso em 13/12/2012).

United States. Public Health Service. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. (artigo na internet) 2008 disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n5/pt_v35n5a08.pdf (acesso em 29 /11/ 2012).

ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 1 A 3 ANOS EM UMA CRECHE DE VITÓRIA ES

Ana Luiza Miranda de Carvalho Amorim¹, Emanuella Pretti¹, Graciely Mojardim Lyrio¹, Guilherme Moschen Coelho¹, Larissa Gomes Raimundo¹, Thamires Assis Bertholini¹, Elizabeth Santos Madeira²

1 - Acadêmicos de Medicina da Faculdade Brasileira-MULTIVIX

2 – Docente da Faculdade Brasileira-MULTIVIX

RESUMO

Objetivo: Avaliar o estado nutricional e caracterizar o padrão de consumo alimentar de crianças de 1 a 3 anos em uma creche de Vitória – ES. **Metodologia:** Estudo descritivo e quantitativo, com crianças de 1 a 3 anos em uma creche de Vitória, Espírito Santo, Brasil. Para a coleta de dados foi utilizado questionário estruturado pelo Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. As variáveis em estudo foram sexo, idade, peso e altura que foram avaliados de acordo com os índices antropométricos e as curvas de crescimento propostos pela Organização Mundial de Saúde. **Resultados:** Das crianças pesquisadas, 94,44% possuíam peso adequado para idade, 5,56% possuíam peso elevado para idade, 2,77% estatura muito baixa para idade, 5,56% baixa estatura para idade, 91,67% estatura adequada para idade, relacionando-se o peso com a altura, 47,22% apresentam-se em eutrofia, 36,11% com risco de sobrepeso, 11,11% com sobrepeso e 5,56% com obesidade. Quanto à alimentação, observou-se que a alimentação oferecida às crianças diariamente não se adequava ao padrão de consumo indicado pela Sociedade Brasileira de Pediatria. **Conclusão:** É indispensável a adaptação do cardápio infantil às necessidades diárias de nutrientes preconizadas, sendo fundamental o acompanhamento das crianças através das medidas antropométricas para a tomada de decisão sobre o melhor cuidado a ser oferecido à criança.

PALAVRAS-CHAVE: Estado nutricional; antropometria; nutrição da criança.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the nutritional status and to characterize the food in take pattern of children from 1 to 3yearsoldof a daycare center in Vitória – ES. **Methodology:** descriptive and quantitative study with children from 1 to 3 years old of a daycare center in Vitória, Espírito Santo, Brazil. It was use the questionnaire structured by the Nutrology Department of Brazilian Pediatrics Society, and variables such as gender, age, weight and height, which were evaluate daccording to the anthropometrics rates and the growth curves proposed by the World Health Organization. **Results:** among the surveyed children, 94,44% have the appropriate weight for their age, 5,56% have high weight for their age, 2,77% height is much lower than expected for their age, 5,56% height is lower than expected for their age, and 91,67% have the appropriate height for their age. Relating weight and heigh, 47,22% of the children are in eutrophia, 36,11% at risk of over weight, 11,11% are over weighted and 5,56% in obesity. Regarding the nutrition, the variables of regular and good alimentation prevailed, followed by bad and great alimentation, respectively. It is observed that the alimentation of fereddaily to the children does notfit the pattern of food in take indicated by the Brazilian Pediatrics Society. **Conclusion:** It is essential to adapt the children's menu to the daily nutrients necessities preconized, Being fundamental the children's monitoring through anthropometric measurements.

KEY-WORDS: Nutritional Status; anthropometry; child nutrition.

INTRODUÇÃO

A avaliação do estado nutricional de crianças é de importância no que se refere ao acompanhamento do seu crescimento, assim como no estabelecimento de medidas de

intervenção, caso seja necessária. Essa avaliação reflete o equilíbrio entre a ingestão e a perda de nutrientes¹.

Pesquisas da década de 90 revelaram que 31% das crianças brasileiras menores de 5 anos eram desnutridas, sendo que as maiores taxas eram encontradas na região Nordeste. Em contrapartida, estima-se que hoje 20% das crianças brasileiras sejam obesas e que 32% da população adulta apresentem algum grau de excesso de peso, sendo 25% casos mais graves. A Organização Mundial da Saúde (OMS) já considera a obesidade um problema de saúde pública tão importante quanto à desnutrição².

Segundo a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), segurança alimentar é a garantia do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. A situação de insegurança alimentar relaciona-se, evidentemente, com o processo de produção e distribuição assimétrica de bens e serviços, expressando, portanto, uma manifestação de iniquidade social³.

O meio ambiente, junto às condições econômicas e ao acesso aos serviços de saúde e educação, determinam padrões característicos de saúde e doença no indivíduo. Variáveis como renda familiar e escolaridade podem se relacionar aos meios de sustento das famílias, refletindo na aquisição de alimentos² e, conseqüentemente, no estado nutricional³.

O estado nutricional exerce forte influência nos riscos de morbimortalidade e no crescimento e desenvolvimento infantil, o que torna imprescindível uma adequada avaliação nutricional da população mediante ferramentas, como história clínica do paciente, exames físico e geral e antropometria, que permitem precisar a magnitude, o comportamento e os determinantes dos agravos nutricionais, assim como identificar os grupos de risco e as intervenções adequadas⁴.

Para analisar o estado nutricional de crianças, faz-se uso dos índices antropométricos, que permitem o diagnóstico e classificação de um quadro de desnutrição infantil, seguindo os valores de referência da OMS. Tal classificação consiste em verificar peso por altura, altura por idade e peso por idade. O índice peso por altura expressa o equilíbrio entre as dimensões de massa corporal e a altura. Pode ser utilizado para identificar tanto o emagrecimento quanto o excesso de peso do paciente. O índice altura por idade expressa o crescimento linear da criança e é considerado o indicador mais sensível para aferir a qualidade de vida da população. Já o índice peso por idade expressa relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança, seu uso é adequado para o acompanhamento do ganho de peso, porém não diferencia o comprometimento nutricional atual ou agudo dos progressos ou crônicos, sendo importante complementar a avaliação com outro índice antropométrico⁵.

Há que se considerar a importância da avaliação nutricional e antropométrica no que se refere a um melhor acompanhamento do desenvolvimento do indivíduo, com o intuito de garantir uma maior qualidade de vida para o paciente.

O presente estudo tem como objetivo avaliar o estado nutricional e caracterizar o padrão de consumo alimentar de crianças de 1 a 3 anos em uma creche de Vitória – ES.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi conduzido um estudo do tipo descritivo e quantitativo em uma creche pública localizada em Vitória-ES que funciona em tempo integral e oferta desjejum, almoço, lanche e jantar para 450 crianças matriculadas, em 2014. Neste estudo participaram crianças de 1 a 3 anos, cujos critérios de inclusão foram: estar matriculado na creche no período da coleta de dados, ter entre 1 (um) e 3 (três) anos de idade e apresentar termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pais ou responsáveis.

Foi enviada uma carta explicativa aos pais e aqueles que aceitaram que seus filhos participassem da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam o questionário sobre o padrão alimentar domiciliar. Após a devolução desses documentos à creche, foi realizado o processo de pesagem e de medida da altura, o que ocorreu no mês de maio de 2014.

Os processos de medir e pesar as crianças foram realizado na creche, durante o horário de aula e na presença do professor responsável pela turma pesquisada. Foi utilizada fita métrica de tecido para medir as crianças e para pesar utilizou-se de uma balança não digital, que apresentou os valores dos pesos em números exatos em quilogramas.

A avaliação alimentar das crianças foi feita de acordo com o Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. A alimentação das crianças cujo padrão de consumo se adequou entre 75% e 100% foi classificada como ótima; a que se adequou entre 50% e 74,9% foi classificada como boa e entre 25 e 49,9%, como regular. A alimentação que correspondeu a 24,9% ou menos foi classificada como ruim.

Quanto aos índices antropométricos para classificação do diagnóstico nutricional das crianças, foi utilizado o padrão da OMS para a obtenção dos escores.

Os dados foram armazenados em uma planilha do Excel versão 2010 e foram utilizados recursos da estatística descritiva, calculando percentuais para os valores de escore z para a classificação do diagnóstico nutricional.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 36 crianças, representando 100% da população da creche na faixa etária entre 1 e 3 anos. Dessas, 17 eram do sexo masculino e 19 do sexo feminino, e a maioria deles tinha peso (94,44%) e estatura (91,67%) adequados para a idade. Além disso, 47,22% das crianças foram classificadas como eutróficas, segundo índice peso/altura. No índice peso por altura foi observada que 4 (11,11%) das crianças encontravam-se com sobrepeso e 2 (5,56%) com obesidade (Tabela 1).

Tabela 01: Classificação das crianças de acordo com os índices antropométricos da OMS.

CLASSIFICAÇÃO PELO ÍNDICE PESO POR IDADE		
Classificação	Nº de crianças	%
Muito baixo peso para a idade	0	0
Baixo peso para a idade	0	0
Peso adequado para a idade	34	94,44%
Peso elevado para a idade	2	5,56%
Total	36	100%

CLASSIFICAÇÃO PELO ÍNDICE ALTURA POR IDADE		
Classificação	Nº de crianças	%
Muito baixa estatura para a idade	1	2,77%
Baixa estatura para a idade	2	5,56%
Estatura adequada para a idade	33	91,67%
Total	36	100%

CLASSIFICAÇÃO PELO ÍNDICE PESO POR ALTURA		
Classificação	Nº de crianças	%
Magreza acentuada	0	0
Magreza	0	0
Eutrofia	17	47,22%
Risco de sobrepeso	13	36,11%
Sobrepeso	4	11,11%
Obesidade	2	5,56%
Total	36	100%

Os resultados demonstraram ainda *déficit* de crescimento linear em 2 crianças do sexo masculino, de 2 anos de idade, classificadas como de baixa estatura, e 1 criança do sexo feminino, classificada como de muito baixa estatura para a idade. Pode ser visto, ainda, que o *déficit* de crescimento e o risco de sobrepeso tiveram maior ocorrência no sexo masculino e em sobrepeso e obesidade a distribuição foi igual nos dois sexos (Tabela 2).

Tabela 02: Alterações encontradas nos índices antropométricos das crianças estudadas, segundo sexo.

IDADE	TOTAL DE CRIANÇAS	DÉFICIT DE CRESCIMENTO LINEAR			SOBREPESO			OBESIDADE		
		Masculino	Feminino	TOTAL	Masculino	Feminino	TOTAL	Masculino	Feminino	TOTAL
1 ano	3	0	1 (14,3%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	0	2 (28,6%)	0	0	0
2 anos	5	2 (14,3%)	0	2 (14,3%)	0	2 (14,3%)	2 (14,3%)	0	1 (7,1%)	1 (7,1%)
3 anos	1	0	0	0	0	0	0	1 (100%)	0	1 (100%)
TOTAL	9	2 (66,7%)	1 (33,3%)	3 (100%)	2 (50%)	2 (50%)	4 (100%)	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)

Apesar de não representar uma alteração, vale ressaltar que 13 (36,11%) das crianças se apresentaram com risco de sobrepeso (Tabela 3).

Tabela 03: Risco de sobrepeso encontrado de acordo com sexo e idade.

RISCO DE SOBREPESO			
	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
1 ano	2	2	4
2 anos	6	3	3
3 anos	0	0	0
TOTAL	8	5	13

Na avaliação alimentar, foi encontrado 47,20% das crianças com padrão alimentar classificado como ótimo ou bom, entretanto, 38,90% delas teve padrão regular e 13,90% ruim (Tabela 4).

Tabela 04: Estrutura alimentar diária das crianças estudadas.

Estrutura alimentar	Nº de crianças	%
Ótima	4	11,10%
Boa	13	36,10%
Regular	14	38,90%
Ruim	5	13,90%
Total	36	100%

DISCUSSÃO

Apesar de os resultados deste estudo apontarem maior prevalência de crianças eutróficas e com o peso e estatura adequados para a idade, pode ser destacada a ocorrência de sobrepeso, de risco de sobrepeso e de obesidade pelos possíveis prejuízos à saúde dessas crianças. Estudos dos índices antropométricos da OMS, realizados em Minas Gerais no ano de 2011, encontrou 92,50% das crianças com peso adequado para idade, já no índice altura por idade, 91,67% se adequaram a estatura para idade e a eutrofia está presente em 87,50% dessa forma, nota-se que o estado nutricional das crianças pesquisadas corrobora com a literatura recente.

Nesses estudos foram encontradas, ainda, 94,44% de crianças com peso adequado para idade e 91,67% com estatura adequada para idade. Isso demonstra semelhança com a pesquisa realizada em Minas Gerais, entretanto, é importante salientar que 5,56% das crianças pesquisadas estão com peso elevado para idade, demonstrando possíveis mudanças dos hábitos alimentares e familiares, além das alterações socioeconômicas e demográficas da sociedade atual⁶.

Apesar de terem sido encontrados casos de déficit de crescimento linear, não se pode afirmar que tal fato seja devido apenas a uma alimentação inadequada. O crescimento de um indivíduo está relacionado a uma gama de fatores, que podem ser extrínsecos, como os nutricionais, socioeconômicos e ambientais, e intrínsecos, como os genéticos, os do sistema neuroendócrino e de órgãos efetores, que afetam os crescimentos pré e pós-natal. Assim, para confirmar a possível causa de uma alteração no crescimento, faz-se necessário o acompanhamento do desenvolvimento da criança em longo prazo e a análise relacionando os fatores citados e avaliando a influência que cada um deles exerce no indivíduo⁷.

Durante o estudo foi possível perceber que o risco de sobrepeso encontra-se presente, assim é importante ressaltar que a prevalência de crianças com sobrepeso vem aumentando nos últimos 5 anos, principalmente no período pré-escolar, em que se torna um fator de risco para obesidade. O risco de sobrepeso pode estar relacionado com baixo acesso à educação alimentar, aspectos financeiros, fácil acesso a alimentos hipercalóricos, sedentarismo, entre outros⁸. Esse indicador apresenta valores limítrofes do padrão de

normalidade, o que também sugere que a nutrição dessas crianças deve ser observada e reavaliada.

Quanto ao padrão alimentar, 52,80% das crianças foram classificadas com padrão alimentar regular ou ruim, ou seja, a frequência de consumo de vegetais, tubérculos, carnes e peixes estão reduzidas, além de ser uma alimentação rica em carboidratos simples, como pães e biscoitos. Ao se comparar esses resultados com os do estudo de Minas Gerais, observou-se que houve uma semelhança no perfil alimentar⁹.

Comparando o padrão alimentar familiar, oferecida diariamente à maioria das crianças predominante nessa pesquisa, observou-se que a mesma não se adequa ao padrão de consumo indicado pela Sociedade Brasileira de Pediatria. A alimentação adequada na faixa etária da pesquisa é importante para garantir o desenvolvimento saudável infantil. A dieta padrão consiste em refeições balanceadas que irão abranger todos os grupos alimentares (cereais, tubérculos, verduras, legumes, frutas, leite e derivados e carnes) totalizando um aporte calórico diário. Além da relevância das práticas alimentares saudáveis colaborarem para evitar desnutrição proteico-calórica, desnutrição oculta (ocorre na falta de micronutrientes) e obesidade¹⁰.

Instituições pré-escolares que atendem crianças até 3 anos de idade são fundamentais para fornecerem informações sobre educação em saúde para as famílias dessas crianças. Essas instituições propiciam um ambiente favorável para ingestão de alimentos menos palatáveis às crianças, como frutas, verduras e legumes, e ainda expõe a criança diversas vezes a esses tipos de alimentos provocando uma familiaridade com alimentos saudáveis e nutritivos¹¹.

A ingestão de alimentos saudáveis em âmbito domiciliar é imprescindível e é importante que a criança faça pelo menos uma refeição à mesa com adultos ou irmãos mais velhos. Nessa fase pré-escolar, a criança costuma necessitar de uma ingestão calórica menor do que quando era lactente, e assim sente menos fome, o que muitas vezes pode ser confundido pela família como um processo de adoecimento, gerando intervenções diagnósticas desnecessárias e prejudiciais. Portanto, deve haver a orientação de um profissional da saúde quanto à necessidade de criar um hábito alimentar saudável, tanto na quantidade e qualidade dos alimentos. Assim, a dieta oferecida à criança deve respeitar as características das crianças e estabelecer um padrão de consumo que se adequa com a rotina escolar e domiciliar (lazer, socialização)¹².

A OMS oferece algumas recomendações para os pais iniciarem uma alimentação saudável para as crianças, como balancear a oferta calórica e a prática de atividades físicas para manter um crescimento normal. Optar por produtos de fabricação caseira e não industrializados, inserir alimentos coloridos na dieta da criança, ingerir frutas e cereais diariamente, manter a ingestão diária de leites e derivados para o aporte necessário de cálcio, fundamental para o desenvolvimento da criança, e limitar o consumo de sódio e de açúcar na alimentação¹².

CONCLUSÃO

A maioria das crianças estudadas encontrou-se no padrão de normalidade, entretanto, a parcela de crianças com peso elevado é preocupante, tendo em vista as consequências desse fato para a condição de saúde infantil.

A avaliação das medidas antropométricas é fundamental para acompanhamento e desenvolvimento infantil, observando se o crescimento das crianças está próximo ou distante de um padrão esperado, mostrando-se um método simples e eficaz para o planejamento de intervenções tanto do setor saúde quanto da educação, que devem desenvolver trabalho conjunto visando o bem-estar das crianças e possibilitando, no futuro, uma condição de saúde adequada para as mesmas. O crescimento e desenvolvimento infantil são dependentes de adequada ingestão de calorias e proteínas^{13,14}, portanto, é indispensável adaptar e avaliar o cardápio infantil de acordo com as necessidades diárias. Dessa forma, é importante implementar programas de educação em saúde direcionados às crianças e suas famílias, a fim de promover práticas alimentares saudáveis que irão permanecer até a vida adulta.

REFERÊNCIAS

1. MELLO, E. D. O que significa a avaliação do estado nutricional. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro. 2002. v. 78, n 5, p. 357.
2. RECINE, E.; RADAELLI, P. Obesidade e desnutrição. **Depto de Nutrição da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB) e a Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Política de Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SPS/MS)**. Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade_desnutricao.pdf. Acesso em: 21 ago. 2013.
3. PANIGASSI G.; SEGALL-CORRÊA, A.M.; MARÍN-LEÓN L.; PÉREZ- ESCAMILLA, R.; SAMPAIO, M.F.A.; MARANHA, L.K. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. **Cad Saúde Pública**, São Paulo. Outubro de 2008.V. 24, n. 10. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n10/18.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2013.
4. CASTRO, T.G. et al. Caracterização do consumo alimentar, ambiente socioeconômico e estado nutricional de pré-escolares de creches municipais. **Revista de Nutrição [online]**. 2005. v.18, n.3, p. 321-330. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732005000300004&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 20 ago. 2013.
5. KILSZTAJN, S. Análise Comparada dos índices antropométricos e desnutrição infantil na América Latina e no Brasil. **Pesquisa & debate**. São Paulo. 2002. v. 13, n. 2(22), p. 29-46.
6. MAGALHÃES, M.L; ALEMIDA, M.E. Avaliação de crianças menores de seis anos de uma creche, segundo parâmetros antropométricos e dietéticos. **NUTRIR GERAIS**, Ipatinga. Fev./jul. 2011. v. 5, n. 8, p. 708-726.
7. SUCUPIRA, A.C.S.L.; KOBINGER, M.E.B.A.; SAITO, M.I.; BOURROUL, M.L.M.; ZUCCOLOTTO, S.M.C. *Pediatria em consultório*. 5. ed. São Paulo: Sarvier, 2010. p. 35-39.
- 8 REF: ANNA CHRISTINA DO NASCIMENTO GRANJEIRO BARRETO*, LANA DO MONTE PAULA BRASIL, HÉLCIO DE S. MARANHÃO. SOBREPESO: UMA NOVA REALIDADE NO

ESTADO NUTRICIONAL DE PRÉ-ESCOLARES DE NATAL, RN. Rev Assoc Med Bras 2007; 53(4): 311-6

9 MAGALHÃES, M.L; ALEMIDA, M.E. Avaliação de crianças menores de seis anos de uma creche, segundo parâmetros antropométricos e dietéticos. **NUTRIR GERAIS**, Ipatinga. Fev./jul. 2011. v. 5, n. 8, p. 708-726.

10 TUCUNDUVA. S; RODRIGUES, A.T.; ALMADA,A.C. Pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos. **Revista de nutrição**. São Paulo. Jan-mar, 2003.V. 16(1). P. 5-19.

11 REZENDE, M.A.;PEREIRA, D.A.; Marins, S.S. Cuidados na alimentação de crianças em instituições de educação infantil. **Fam. Saúde Desenv**. Curitiba. Jan.-abr. 2006.v.8, n.1, p.32-41.

12 BRESOLIN A.M.B.;GANNAM S.;ISSLER H.;BRICKS L.F. Alimentação da criança. Aspectos gerais da atenção à saúde da criança. Cap. 7.**Associação Saúde da Família**. São Paulo.

13 HOFFMANN, R. Pobreza, insegurança alimentar e desnutrição no Brasil. Estud. av. São Paulo Mai/Ago. 1995. vol.9 no.24.

14.TUMA, R.C.F.B.;COSTA, T.H.M.;SCHMITZ, B.A.S. Avaliação antropométrica e dietética de pré-escolares em três creches de Brasília, Distrito Federal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife. Out/dez. 2005. v 5 (4). P. 419-428.

PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS EM UM BAIRRO DE VITÓRIA -ES

Amanda Borges Dutra¹, Bruno Ferreira Azevedo¹, Gevana Luiza Pinto¹, Joanna Amália Ferreira de Araújo Dias¹, Luiza Rocio Tristão¹, Elizabeth Santos Madeira²

¹ - Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade Brasileira – MULTIVIX.

² - Docente do Curso de Medicina da Faculdade Brasileira - MULTIVIX

RESUMO

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e a visita domiciliar ao neonato possibilitam conhecer o perfil dos nascimentos no território de saúde. Conhecer a realidade permite desenvolver estratégias adequadas de intervenção de forma a contribuir com melhores condições no parto e para a saúde materno-infantil. O presente estudo objetivou descrever o perfil dos recém-nascidos de um bairro de Vitória -ES. O tipo de estudo foi descritivo quantitativo e a coleta de dados foi por revisão de registros contidos na Ficha de Recém Nascidos da Unidade Básica de Saúde e nas Declarações de Nascidos Vivos de 2013. Por meio da análise dos dados, organizados em tabelas, verificou-se que 73,60% das mães tinham mais que 12 anos de estudo, que 89,75% compareceram a mais de 7 consultas de pré-natal, que o parto cesariano foi o de maior ocorrência (88,50%), que 49,69% dos neonatos eram homens, que 32,92% deles estavam em aleitamento materno exclusivo, que 87,88% nasceram com peso adequado e 85,40% a termo, sendo 97,52% de gestação única. As variáveis presença de icterícia e de diabetes gestacional não puderam ser avaliadas por alto percentual de não preenchimento das fichas. Há necessidade de estratégias de incentivo ao parto normal e ao aleitamento materno entre profissionais de saúde e população, tendo em vista os benefícios para o binômio mãe-filho, assim como, desenvolvimento de capacitações sobre a importância de registro adequado dos dados na Unidade Básica de Saúde.

Palavras Chave: Neonatal, SINASC, Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

The Information System on Live Births and home visits to newborns enable to know the profile of all live births in health territory. Know reality allows to develop appropriate intervention strategies in order to contribute to better conditions for the birth and maternal-child health. Armed with this certainty this study sought to profile the newborn of a Health Unit in Vitória-ES. The method of data collection was retrospective quantitative, based on review of records contained in the record of Newborn in basic Care Unit and Statement of Live Birth for the year 2013. Through analysis of these records it was found that 88.5 % of births were cesarean, 73.6% of mothers had education above 12 years of study, plus 87.88% of neonates with adequate birth (2500-4000 g) weight. The study pointed to needs of strategies to encourage normal birth and breastfeeding among health professionals and the population, craving the benefits to the mother-child binomial and for developing of capacity about the importance of proper recording of data in Basic Health Unit.

Keywords: Neonatal, SINASC, Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico em um território de saúde constitui uma ferramenta prática para se traçar estratégias de melhoria na atenção à saúde de indivíduos e de famílias, já que identifica necessidades e propõe soluções para os problemas¹, o mesmo sendo realidade para grupos populacionais específicos, como é o caso do binômio mãe-filho.²

O cuidado ao ciclo gravídico-puerperal compreende um conjunto de serviços destinados ao atendimento da gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido. A qualidade da atenção

em saúde envolve atitudes e comportamentos que contribuam para reforçar o caráter de atenção em saúde como um direito. O grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde amplia sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida. Medidas que se traduzem em condições de saúde mais adequadas para a gestante e o recém-nascido (RN) contribuem para a redução da mortalidade infantil no país e para a melhoria na qualidade de vida desse grupo populacional.²

Essas ações voltadas para o binômio mãe-filho têm o potencial de determinar não só a condição de saúde da criança, como também influencia na sua saúde na vida adulta. Segundo o Ministério da Saúde (MS), uma criança que nasce viva é quando há “expulsão completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respira ou apresenta quaisquer outros sinais de vida, tais como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta”.^{2,3}

O período pós-parto é de grande vulnerabilidade para a criança e óbitos ocorridos até 28 dias expressam problemas advindos do parto, principalmente os do período neonatal precoce que são os óbitos de 0 a 6 dias de nascimento. O coeficiente de mortalidade infantil é um indicador relacionado às condições de vida e de saúde das populações e, no Brasil, vem sistematicamente diminuindo seus valores, sendo que no seu componente neonatal essa queda tem sido menos expressiva do que no seu componente pós-neonatal ou infantil tardia (óbitos de 29 dias a < 1ano).³ A mortalidade neonatal é o componente da mortalidade infantil responsável pelo maior percentual de óbitos infantis, correspondendo a quase 70% no primeiro ano de vida.^{3,4}

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) garante à equipe de saúde disponibilidade de dados sobre os nascimentos da sua área de abrangência e, a partir deles, conhecer a realidade. Seu documento básico é a Declaração de Nascido Vivo (DNV).³

Conhecer a realidade permite desenvolver estratégias adequadas de intervenção de forma a contribuir com melhores condições no parto e com a saúde materno-infantil.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil dos RN de um bairro em Vitória, ES no ano de 2013.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS X) em Vitória, Espírito Santo. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e maio de 2014, a partir da revisão de registros contidos na Ficha de Recém Nascidos da UBS e das DNV referentes ao ano de 2013.

As variáveis de interesse relacionadas às características sociodemográficas e clínicas da mãe foram: escolaridade materna; número de consultas de pré-natal; tipo de parto e formas de aleitamento materno. E as variáveis relacionadas às características do RN foram: sexo, raça, peso ao nascer, tipo de gravidez; idade gestacional; presença de diabetes gestacional e presença de icterícia neonatal.

Os dados foram armazenados no Microsoft Excel® versão 2010 e a partir desse banco de dados foram construídas tabelas que foram posteriormente analisadas. A presente pesquisa foi planejada de acordo com a resolução CNS 466/2012, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Brasileira – MULTIVIX.

RESULTADOS

Foram revisadas 322 DNV e Fichas do recém-nascido no período em estudo. Em relação aos aspectos sociodemográficos e clínicos das mães dos neonatos (Tabela 1), observou-se na escolaridade materna predomínio (73,60%) de mulheres com mais que 12 anos de estudo. Quanto ao número de consultas de pré-natal, 89,75% das gestantes compareceram a mais de 7 consultas. No que se refere aos dados sobre o tipo de parto, o parto cesariano foi o de maior ocorrência (88,50%). A variável forma de aleitamento materno não foi preenchida na maioria das fichas (52,17%), sendo que aleitamento materno exclusivo encontrava-se registrado para 32,92% das crianças e o uso de duas formas de aleitamento (leite materno +formulação láctea) estava registrado em 13,67%, das fichas.

Tabela 1 – Características sociodemográfica e clínica das mães

Variáveis	Número	Percentual
Escolaridade materna		
Nenhuma	0	0
De 1 a 3 anos	02	0,62
De 4 a 7 anos	25	7,77
De 8 a 12 anos	56	17,39
> 12 anos	237	73,60
Não registrado	02	0,62
Número de consultas de pré-natal		
Nenhuma consulta	01	0.32
1 a 3 consultas	02	0.62
4 a 6 consultas	24	7.45
7 ou mais consultas	289	89.75
Não registrado	06	1.86
Tipo de parto		
Parto vaginal	36	11.18
Parto cesariano	285	88.50
Não registrado	01	0.32
Forma de aleitamento		
Aleitamento materno	106	32.92
Formulas lácteas	04	1.24
Os dois tipos de alimentação	44	13.67
Não registrado	168	52.17

Quanto às características dos neonatos (Tabela 2), 49,7% deles eram do sexo masculino e 97,52% foi produto de gestação única. Na variável raça, 80,50 % das DNV não tinham esse registro. Quanto ao peso ao nascer, 87,88% dos RN estavam com peso entre 2500g e 4000g. Para a variável idade gestacional, 87,40% dos RN nasceram com 37 semanas ou mais. Quanto à presença de diabetes gestacional, 97,7% das fichas não estavam preenchidas e na variável presença de icterícia neonatal, em mais da metade dos casos (55,7%) não havia registro do dado.

Tabela 2 – Características sociodemográfica e clínica dos neonatos. UBS X. 2013

Variáveis	Número	Percentual
Sexo		
Masculino	160	49.69
Feminino	154	47.83
Não registrado	08	2.48
Raça		
Branca	54	16.70
Pardo	09	2.80
Amarela	0	0
Negra	0	0
Indígena	0	0
Não registrados	259	80.50
Duração da gestação		
Menor que 37 semanas	39	12.11
Igual ou maior que 37	275	85.40
Não registrado	08	2.49
Tipo de gravidez		
Gestação única	314	97.52
Gestação dupla	07	2.16
Não registrados	01	0.32
Peso ao nascer		
Maior ou igual a 4000g	03	0.96
Entre 2500 e 4000g	283	87.88
Entre 1500g e 2500g	34	10.52
Menor que 1500g	02	0.64
Não registrados	313	97.12
Presença de icterícia		
Possui icterícia	23	7.14
Não possui icterícia	119	36.96
Não registrados	180	55.90
Diabetes gestacional		
Possui diabetes gestacional	02	0.64
Não possui diabetes gestacional	07	2.24
Não registrados	313	97.12

Tabela 3 - Variáveis prejudicadas para análise pelo alto percentual de não preenchimento das fichas. UBS X. 2013.

Variável	Número de fichas não preenchidas	Porcentagem
Diabetes Gestacional	313	97.12
Raça	259	80.50
Icterícia neonatal	180	55.90
Aleitamento Materno	168	52.30

Das 322 DNV avaliadas, 98,00% não estavam devidamente preenchidas, sendo que para três variáveis, essa situação prejudicou a análise (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O número de consultas de pré-natal foi adequado para a maioria das mulheres participantes deste estudo, devido, provavelmente, à alta escolaridade das mesmas, possibilitando que tivessem acesso a informações sobre a importância do pré-natal para garantir a saúde do RN. Entretanto, as 8,39% gestantes com menos de 7 consultas de pré-natal, deve ser objeto de preocupação da equipe de saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação. A assistência pré-natal tem se mostrado como um dos principais fatores de proteção contra o baixo peso ao nascer, prematuridade e óbito perinatal no Brasil e em outros países em desenvolvimento.^{5, 6}

Já na variável tipo de parto, o percentual de cesarianas (88,50%) encontrado neste estudo é superior ao da pesquisa denominada Nascer no Brasil, coordenada pela Fiocruz que encontrou 52% de partos cesarianos em uma unidade pública de saúde. Ainda na Nascer no Brasil foi demonstrado que o percentual de cesarianas na rede pública é similar ao da rede privada. Tais informações contrapõem-se às recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que preconizam que somente 15% do total de partos sejam cirúrgicos.⁷

Ainda de acordo com a pesquisa Nascer no Brasil⁷, o baixo índice de partos vaginais deve-se a uma cultura que tem em mente o processo cirúrgico como sendo a melhor maneira de se ter um filho, sem tantas intervenções e dor.

Quanto ao predomínio de nascimentos masculinos (Razão de sexo M/F = 103%). Esse resultado é similar ao encontrado no ES (Razão de sexo M/F= 106%) e em Vitória (Razão de sexo= 105,99%).⁸

O resultado de 12,11% das gestações com duração inferior a 37 semanas pode ser destacado, já que as taxas de prevalência de nascimento pré-termo vêm se mantendo em torno de 10% entre todos os partos, sendo estimado, ainda, globalmente, que 13 milhões de crianças nascerão prematuras, no período de um ano.⁹ Esse tipo de nascimento vem se tornando mais frequente, nos últimos 20 anos, desse modo, deve ser encarado como um problema saúde pública. A gestação de duração menor é uma das causas mais importantes de mortalidade infantil em países desenvolvidos, sendo, também, um fator de risco para morbidade neonatal e da primeira infância, podendo, em longo prazo, repercutir em distúrbios do desenvolvimento neurológico, bem como em dificuldades socioemocionais e comportamentais, afetando, dessa forma, o estado de saúde do indivíduo em sua vida adulta, aumentando os custos sociais e econômicos anuais dos países.¹⁰

Em relação ao tipo de gestação, a incidência de gravidez dupla de 2,16% é superior ao preconizado na literatura médica, que relata que cerca de 1% das gestações são duplas, sendo essas associadas a um maior risco de morbimortalidade perinatal, quando comparada às gestações únicas. A explicação para esse fato encontra-se, principalmente, ao nascimento de crianças pré-termo com peso inferior ao preconizado, bem como à imaturidade do aparelho pulmonar, incluindo, ainda, outros fatores que se correlacionam ao trabalho de parto, tais como asfixia e depressão neurológica.¹¹

A respeito dos 11,16 % dos recém-nascidos com baixo peso ao nascer (BPN), sabe-se que as taxas de BPN variam de acordo com cada país, apresentando-se mais evidentes nos menos desenvolvidos, uma vez que sofrem influência de fatores socioeconômicos e funcionam como um indicador do nível de saúde da população. Na América Latina e no Caribe, o valor médio de recém-nascidos abaixo do peso é de cerca de 9%, número pouco inferior ao encontrado nesta pesquisa. Crianças nascidas com menos de 2500 g apresentam um risco maior de morrer no primeiro ano de vida, bem como de desenvolver doenças infecciosas e do trato respiratório, além de atrasos no crescimento e desenvolvimento, sendo, portanto, importante para conhecer a realidade do bairro estudado.^{12,13}

Neste estudo pode ser destacada, ainda, a alta taxa de escolaridade materna. Há íntima relação de grau de instrução com a saúde, principalmente, na saúde materno-infantil, já que quanto maior a escolaridade, maior o acesso das gestantes e mães às informações sobre saúde, tais como a importância do aleitamento materno, bem como sobre o parto vaginal e outras informações necessárias, para o equilíbrio fisiológico, exigidas pelo binômio mãe e filho¹⁴.

Este estudo mostrou que embora haja uma taxa alta escolaridade materna, com maior nível de informação das mães, há também um baixo percentual de aleitamento materno exclusivo e alto percentual de partos do tipo cesariano. Essas informações contrariam, assim, as estratégias de saúde que visam à manutenção do bem-estar físico e psicológico da puérpera e do recém-nascido, já que essas intervenções cirúrgicas e industriais em substituição ao leite materno, quando utilizadas inapropriadamente, aumentam a vulnerabilidade a infecções oportunistas.^{15, 7}

A amamentação interfere no desenvolvimento psíquico do recém-nascido por estreita relação mãe e filho. Além disso, o ato de sucção permite um melhor desenvolvimento do sistema respiratório e imune do neonato, devido à passagem de anticorpos da mãe para o filho.¹⁶ Quanto à saúde materna, essa estimulará a liberação de ocitocina, beta endorfinas e endógenos no final da mamada, o que fornecerá uma sensação de bem-estar para a mãe.¹⁵

O aleitamento materno, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), tem potencial para evitar a mortalidade infantil, diminuir os gastos com internação devido às infecções comuns na infância, ou seja, estimular um desenvolvimento infantil mais saudável por prevenir distúrbios metabólicos e nutricionais em idades mais avançadas, além de estimular uma relação materno-infantil capaz de superar diversos momentos de estresse, principalmente o vivenciado durante o parto.^{14, 15}

A análise da variável aleitamento materno foi prejudicada pelo alto percentual de fichas sem o dado e o resultado encontrado pode não ser real. Também as variáveis raça, icterícia e diabetes gestacional encontravam-se registradas inadequadamente pelos profissionais de saúde, sendo que a investigação das mesmas é fundamental para a elaboração de políticas de intervenção.

No preenchimento da raça do RN, 80.5% das fichas não foram registradas. Diversas doenças são afetadas diretamente por esse componente, uma delas pode ser a icterícia. A mediterrânea, por exemplo, devido à alta incidência de deficiência da enzima G6PD, leva a

uma lise precoce da hemácia. Outra raça mais afetada pela icterícia é a negra, a qual apresenta índices elevados de anemia falciforme, com consequente hemólise.^{17,18} A incidência de icterícia é relevante devido às possíveis repercussões negativas na vida do neonato, podendo levar, até mesmo, ao óbito, nos casos de curso mais grave.^{19,20}

Também a análise da variável diabetes gestacional é essencial, pois fisiologicamente a glicose é precursora da enzima glicuroniltransferase, cujo papel é transformar a bilirrubina não-conjugada em conjugada. Nas primeiras horas de vida extra-uterina, o RN apresenta um quadro agudo de hiperinsulinismo e hipoglicemia, a qual acarretará em surgimento de icterícia por falta dessa enzima.^{19, 21, 22}

CONCLUSÃO

O estudo contribuiu para conhecer a realidade dos nascimentos no bairro e apontou principalmente para a necessidade de estratégias de incentivo ao parto normal e ao aleitamento materno entre profissionais de saúde e população, tendo em vista os benefícios para o binômio mãe-filho, assim como, para o desenvolvimento de capacitações sobre a importância de registro adequado dos dados na UBS, tendo em vista a importância dos mesmos tanto para o desenvolvimento de pesquisas, como para a determinação de fatores passíveis de intervenção por parte das autoridades sanitárias e dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- FEITOSA, Eva Emanuela Lopes Cavalcante et al. **A importância da construção do perfil epidemiológico de um psf para sua área de abrangência**. 2010. Disponível em: <<http://www.uern.br/encope/resumos/arquivos/2328.htm>>. Acesso em: 04 jun. 2014.
- 2- BUSANELLO J, Lunardi Filho WD, Kerber NPC, Lunardi VL, Santos SS. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS); v. 32 n.4, Dez 2011.
- 3- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde /Vol.1**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 4- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde /Vol.2**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 5- Diabetes mellitus gestacional. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 6, Dec. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000600006&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302008000600006>.

- 6- LEITE, Amauri Antiquera. Icterícia neonatal e deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo , v. 32, n. 6, 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842010000600002&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842010000600002>.
- 7- KIKUCHI, Berenice A.. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São José do Rio Preto , v. 29, n. 3, Sept. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842007000300027&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842007000300027>.
- 8- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS: Informação de Saúde (TABNET). Brasil, 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>> Acesso em 13 nov. 2014
- 9- American Academy of Pediatrics. Practice Parameter Management Clinical Practice Guideline. Subcommittee on Hiperbilirrubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. **Pediatrics**. San Diego, v.114 n.1, July 2004.
- 10- LIMA, G. M.; PORTO, M. A. S. C.; BARBOSA, A. P.; CUNHA, A. J. L. A. Fatores de risco preditivos de hiperbilirrubinemia neonatal moderada a grave. **Einstein- Revista do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa**, v. 5, n. 4, p. 352-357, 2007.
- 11- BEZERRA, Vera Lúcia V. A. et al . Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 30, n. 2, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000200004>
- 12- ANTUNES, Leonardo dos Santos et al . Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, Feb. 2008 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100015&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100015>.
- 13- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Strategy on Infant and Young Child Feeding. Disponível em < http://www.who.int/nutrition/topics/global_strategy/en/ > [Acessado em 2 de novembro de 2014].
- 14- ABREU, Múcio Paranhos de; FREIRE, Carla Cristina Silva; MIURA, Rogério Shiuguetoshi. Anestesia em paciente portador de deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase: relato de caso. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas , v. 52, n. 6, Nov. 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942002000600007&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942002000600007>.

- 15- KIKUCHI, Berenice A.. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São José do Rio Preto , v. 29, n. 3, Sept. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-
- 16- UNICEF. *The state of the world's children 2000*. Disponível em <http://www.unicef.org>. [Acessado em 10 de novembro de 2014].
- 17- FEIN, Sara B.. Aleitamento materno exclusivo para crianças menores de 6 meses. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre , v. 85, n. 3, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000300001&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572009000300001>.
- 18- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Indicadores mínimos. Brasil, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/tabula3.shtm>> Acesso em 10 nov. 2014
- 19- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo no país. Disponível em: < <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>> Acesso em 5 nov. 2014
- 20- CARNIEL, Emília de Faria et al . Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 11, n. 1, Mar. 2008 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100016&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000100016>.
- 21- NOVAIS, Diva de Amorim et al . Gestação múltipla com óbito de um gêmeo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, May 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031999000400007&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72031999000400007>.
- 22- RAMOS, Helena Ângela de Camargo; Cuman Roberto Kenji Nakamura. Fatores de risco para prematuridade: **Pesquisa documental**. Esc Anna Nery Ver Enferm; v.13 n.2, Abr-Jun 2009.

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PÓS-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Ana Júlia Batista Perdigão Mendes¹, Hannah Dias Chaves¹, Ivy Giuberti Soares¹,
Iza Campos Pedra Vieira¹, Sarah Barroso Passos¹, Elizabeth Santos Madeira²

¹Acadêmicos de Medicina da Faculdade Brasileira – MULTIVIX.

² Docente de Medicina da Faculdade Brasileira – MULTIVIX.

RESUMO

Cardiopatias são as principais causas de mortalidade mundial. Os infartos agudos de miocárdio no Brasil estão entre 300 a 400 mil casos anuais. O objetivo deste trabalho foi analisar a qualidade de vida de pacientes com história de infarto agudo do miocárdio e foi conduzido um estudo qualitativo, com amostra intencional, tamanho definido por saturação e resultados confrontados com a literatura. Participaram oito pacientes que relataram que a doença modificou suas vidas de forma impactante, mas os relatos da experiência foram diferenciados, pois para alguns a cirurgia pós-infarto foi considerada uma modificação benéfica, enquanto que para a maioria a mesma foi percebida negativamente, por passarem a conviver com sentimento de que a vida mudou, sentimento de medo, necessidade de acompanhamento mais cuidadoso e sentirem ainda frente a uma acontecimento considerado inesperado. Quanto aos fatores que interferiram na qualidade de vida, referiram mudança nos hábitos de vida, sentirem-se abalados psicologicamente e mudanças ocorridas no lazer. O enfrentamento da doença foi possível pela busca de apoio na família e na religião e na manutenção de uma visão positiva frente a vida. A experiência do infarto interfere na qualidade de vida e é vivenciada de forma diversa. Para contribuir com estes indivíduos devem ser direcionadas ações tanto para o paciente como para o ambiente familiar, sendo importante a atuação do profissional de saúde em reconhecer as necessidades, apoiar o indivíduo e promover a sua adaptação, garantindo o seu bem estar.

Palavras-chave: qualidade de vida, infarto agudo do miocárdio

ABSTRACT

Cardiomyopathies are the leading causes of death worldwide. In Brazil, there are 300 to 400 thousand annual cases of acute myocardial infarction (AMI). This study had the general purpose of analyzing the quality of life of patients with history of AMI and was conducted a qualitative study, employed through an intentional sample, with size defined by saturation and results compared to the current literature. The eight patients who participated of the study reported that the disease greatly changed their lives. However, there were different reports of the experience, since to some the surgery post-AMI was considered a positive change, while for the majority it was perceived negatively, as they had to deal with a daily feeling of a change in their lives, fear, the need of an upclose health care and still face an unexpected event. As far as the variables that interfered in their quality of life, they reported lifestyle changes, psychological turmoil, along with changes in their leisure times. The support of family and religion and keeping a positive attitude made possible to face the disease. The event of an AMI interferes in the quality of life and is faced differently by the patients. To help these individuals, there must be actions directed to the patiente as well to their familiar environment. Nonetheless, it is important the active participation of a health care professional in order to recognize the needs of the patient, to provide support and promote his adaptation, insuring his well-being.

Key-words: quality of life, acute myocardial infarction

INTRODUÇÃO

Cardiopatias consequentes do processo aterosclerótico se encontram entre as principais causas de mortalidade mundial¹. Estima-se que o número de infartos agudos de miocárdio no Brasil esteja entre 300 a 400 mil casos anuais e a cada 5 a 7 casos da doença ocorre um óbito. Apesar dos avanços terapêuticos e técnicas cirúrgicas obtidas nas últimas décadas, o infarto do miocárdio é considerado uma doença de alta mortalidade².

O infarto agudo do miocárdio é uma síndrome clínica aguda caracterizada por dor geralmente na região retroesternal, em aperto ou peso, e que não melhora com repouso. Na maior parte das vezes, é causada pela formação do trombo nas artérias coronarianas, decorrente da instabilidade da placa de ateroma que acaba por obstruir totalmente a luz da artéria³. Entre os diversos fatores associados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares estão o tabagismo, a hipertensão arterial, a colesterolemia, a história familiar, o diabetes mellitus, a obesidade e o sedentarismo⁴.

Medidas preventivas são principalmente a dieta balanceada e a prática de exercícios físicos. Há evidências de que o consumo de frutas, legumes e fibras pode reduzir o risco de desenvolvimento da doença⁴.

Como combate ao sedentarismo, a realização de atividade física pode reduzir os níveis de triglicerídeos, melhorar a condição cardiorrespiratória e a composição corporal, importante para a redução do peso em excesso, do estresse, além dos benefícios para a pressão arterial⁵.

O tabagismo está associado à redução dos níveis de HDL (High Density Lipoprotein), que se correlaciona com vasoconstrição anormal em artérias coronárias afetadas e normais. Observa-se uma alta taxa de mortalidade em pacientes que continuaram tabagistas após a ocorrência de um infarto do miocárdio e também um aumento da incidência de ressurgimento de estenose após realização de angioplastia por esses pacientes⁴.

O termo *qualidade de vida* faz referência ao indivíduo saudável do ponto de vista físico, mas também reflete seu grau de satisfação com a vida quanto à dinâmica familiar, amorosa, social e ambiental e pressupõe a habilidade individual de integrar conhecimentos, experiências e valores de forma a alcançar um padrão de conforto e bem-estar⁶. Essa ideia deve, portanto, ser avaliada, considerando que frequentemente é observada, em pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio, uma piora nas condições fisiológicas, laborativas e sociais, com decorrente prejuízo na qualidade de vida⁷.

Problemas decorrentes da doença crônica unidos a conflitos cotidianos devem ser trabalhados a fim de promover uma adaptação do indivíduo à realidade da enfermidade e do meio, buscando uma melhora no bem-estar⁷. Alterações na qualidade de vida podem ser causadas por limitações decorrentes do próprio processo de adoecimento ou pelo tratamento empregado. Para cada indivíduo ela é caracterizada, de maneira única, com peculiaridades inerentes a sua história pessoal⁸.

Considerando o alto índice de pacientes infartados como consequência de doença aterosclerótica, é importante investigar sobre a qualidade de vida destes após terem sofrido

o infarto agudo do miocárdio, sendo relevante considerar também aqueles que se submeteram a procedimentos cirúrgicos, como revascularização do miocárdio e angioplastia coronariana com colocação de *stents*. O alto número de doenças cardiovasculares no Brasil torna importante pesquisas nesse gênero que devem ser realizadas para que as equipes de saúde desenvolvam estratégias e se capacitem com a finalidade de oferecer melhorias para a vida dos indivíduos com história de infarto.

Desta forma, este estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida de pacientes com história de infarto agudo do miocárdio, após revascularização do miocárdio ou angioplastia coronariana com *stent*.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Foi conduzido um estudo qualitativo com amostra de caráter intencional, composto por 8 indivíduos, indicados pelos pesquisadores ou por pessoas do seu convívio na comunidade acadêmica MULTIVIX – Vitória, que sofreram um infarto agudo do miocárdio e que foram submetidos a revascularização do miocárdio ou angioplastia coronariana com implante de *stent*. Primeiramente, a pessoa que fez a indicação do possível participante da pesquisa, solicitou ao mesmo seu consentimento para ser abordado pelos pesquisadores. Aqueles que concordaram foram orientados pelas pesquisadoras e, concordando em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após o qual foram entrevistados. O número de participantes foi definido no decorrer da pesquisa, cessando as entrevistas por saturação, isto é, quando não mais houve entrada de novas informações.

Para a análise dos dados⁹, as entrevistas foram transcritas pelas pesquisadoras, ordenadas e, posteriormente, foi feita a leitura das mesmas, seguida da organização dos relatos. Adiante, foi realizada nova leitura, buscando compreender os significados das falas, com a identificação das categorias. Após esse processo, o conteúdo foi confrontado com a literatura disponível.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da MULTIVIX, sob o número 81/13.

RESULTADOS

Foram entrevistadas oito pessoas, sendo cinco do sexo masculino e três do sexo feminino, todos na faixa etária de 50 a 70 anos. Dos entrevistados, seis são casados e dois viúvos. Três estudaram de 4 a 8 anos, um estudou de 8 a 12 anos, três tem mais de 12 anos de estudo e um participante não declarou seu grau de escolaridade. Sete declararam ser adeptos a práticas religiosas e um não declarou. Dentre os fatores de risco entre esses pacientes para eventos cardiovasculares destacaram-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (cinco participantes), o Diabetes Mellitus (cinco) e o Estresse (seis).

No que diz respeito à questão norteadora **“Como ficou a qualidade de vida após o infarto,”** pôde ser observado que a doença modificou de forma impactante a vida desses indivíduos, mas com relatos da experiência bem diferenciados, pois para alguns a cirurgia pós-infarto foi considerada uma modificação benéfica, enquanto que para a maioria a mesma foi percebida negativamente.

Para essa questão, foram identificadas as seguintes categorias:

1. Surgimento de medo

“De repente você se sente com medo de infartar de novo, você tinha uma cirurgia que as pessoas diziam que o prazo era de 10 anos, e então você estava arriscado a ir embora. Essas coisas todas começam a viajar na sua cabeça, por antecipação” (P8).

São comuns nos pacientes infartados quadros de ansiedade e depressão, o medo da morte, o desânimo e o sentimento de impotência diante da vida são generalizados; há um sentimento de incapacidade e insatisfação com a vida. Esse desânimo retrata os desafios propostos pela doença, uma vez que a recuperação dos pacientes deve estar acompanhada de ações que promovam bem-estar e minimização do desconforto apresentado, possibilitando a sua reintegração sócio-econômica¹⁰.

2. Sentimento de que a vida mudou

“Depois da cirurgia passei a ver as coisas de um jeito diferente. Antes de passar por uma cirurgia como essa eu não imaginava o quanto seria difícil não poder fazer coisas que antes eram normais para mim. Posso dizer que a minha qualidade de vida não é a mesma que eu tinha antes de passar por isso” (P7).

O infarto agudo do miocárdio altera inúmeros fatores na vida dos indivíduos, sendo que alguns ainda apresentam insuficiência cardíaca que impede ou dificulta o desenvolvimento das atividades diárias e esses pacientes desenvolvem mecanismos para tentar reduzir os desconfortos que o tratamento agrega e, dependendo da intensidade, acabam por afetar o seu estilo de vida drasticamente. Surgem novas incumbências, como manter uma dieta balanceada e tomar medicação regularmente, além dos incômodos emocionais que surgem, muitas vezes por medo de morrer ou sofrer um novo episódio de infarto¹⁰.

3. Necessidade de acompanhamento mais cuidadoso

“[...] Acho que depois do susto do infarto a gente normalmente dá uma relaxada, mas procuro fazer um acompanhamento mais cuidadoso com relação a fazer exames periódicos para saber como anda a glicose, colesterol, etc., medir a pressão arterial quase que diariamente, visita ao cardiologista no mínimo a cada quatro meses, passei a consumir alimentos com menos gordura saturada e trans, sal, e como também gosto de cozinhar, procurei conhecer mais dos alimentos e consumir mais verduras e frutas e alguns alimentos ricos em fibra” (P6).

Após o infarto, é de grande importância a orientação e acompanhamento do médico cardiologista ao paciente, de modo que a reabilitação do indivíduo infartado não seja limitada à formalidade do tratamento, mas seja acompanhado por uma mudança do estilo de vida¹.

4. Acontecimento não esperado

“A cabeça muda um pouco. São certas coisas que fisicamente abalam a gente, e a gente vê acontecer algumas coisas que você não esperava. É traumatizante, mas com o decorrer do tempo a gente vai se equilibrando” (P8).

A qualidade de vida faz parte de uma análise individual e temporal da situação vivenciada, podendo ser momentânea ou por um período longo. Os indivíduos infartados sofrem com medo constante da morte e com o risco de um novo episódio da doença. O caráter limitante das mudanças sofridas é quase que invariável, sendo que os pacientes necessitam de apoio para enfrentar essas novas condições^{8,10}.

5. Vida normal

“Na realidade, eu acho que pra mim não mudou nada, porque na época eu não sabia que eu era hipertenso nem nada... Mudou por conta do controle com remédio, mas sobre outras coisas não, eu trabalho normal, levo uma vida normal” (P3).

Tendo o paciente suas necessidades básicas parcialmente resolvidas, e diante da possibilidade de melhora do seu estado de saúde e da capacidade de realizar suas atividades diárias, as mudanças de vida impostas pelo pós-cirúrgico se mostram pouco significativas no cotidiano do indivíduo¹⁰, o que possibilita que ele continue a ter uma vida próxima da normalidade.

Os entrevistados foram então questionados sobre **“fatores que interferiram na qualidade de vida após a cirurgia”** e relataram que a mesma interferiu na qualidade de vida decorrente da necessária mudança nos hábitos de vida e ainda pelos consequentes abalos psicológicos que sentiram. Alguns consideraram as mudanças positivas por terem se referido a hábitos de vida mais saudáveis.

1. Mudanças nos hábitos de vida

“Eu era uma pessoa ativa, sempre gostei muito de viajar, fazer compras, ir na igreja, assistir minha missa. Me envolvia de várias formas com a comunidade. E o infarto por um tempo tirou isso de mim” (P7).

Indivíduos que sofreram um infarto padecem por enfrentarem alterações causadas pela doença, bem como imposições de caráter restritivo, necessárias no processo de prevenção¹¹.

Parte da prevenção secundária do infarto consiste em manter sob controle os fatores de risco como hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade. Para isso, é necessária uma dieta com restrição calórica variável, mas equilibrada e balanceada. Entretanto, o controle da alimentação também aparece como uma mudança considerada de difícil adaptação.

“A sua alimentação é obrigada a mudar. Ou você muda, ou então as consequências podem voltar o seu problema. E não é fácil ter uma alimentação e radicalmente mudar ela” (P4).

“Eu era uma pessoa que era desregrada pra comer, tive que mudar minha alimentação toda. [...] Pra mim foi complicado me equilibrar. A mudança na alimentação interferiu muito na minha vida” (P8).

A mudança da alimentação é parte do tratamento não farmacológico, entretanto, nem sempre é percebida pelos pacientes como parte do tratamento, deixando-os insatisfeitos com as restrições alimentares impostas no intuito de evitar novo episódio de IAM. Essa incompreensão parece estar associada à falta de orientação em relação à doença e ao tratamento no pós infarto¹⁰.

Usualmente é recomendado a pacientes que se submetem a esse tipo de procedimento que modifiquem suas práticas alimentares, o que se mostrou ser uma tarefa difícil para alguns dos entrevistados. A dieta inadequada pode comprometer o prognóstico do paciente, é necessário fazer-se entender que esta faz parte do tratamento, e extremamente importante. O enfermo, quando ciente disto, tende a colaborar melhor e se sentir menos frustrado¹⁰.

“[...] Tenho a necessidade de dimensionar mais meu tempo para me dedicar mais às atividades físicas que ficavam sempre pra depois. Acho que estar vivo deve ser encarado como uma nova chance pra fazer diferente” (P6).

“O problema de você não poder ter uma vida normal de exercícios, de esportes. E às vezes, até sexualmente falando, você se limita” (P8).

Também a realização de atividade física é importante e necessária na reabilitação de pacientes infartados, mas pode estar comprometida pela limitação física imposta pela deterioração da saúde. Nesta pesquisa, a prática se mostrou presente com limitações na rotina dos pacientes que se consideram fisicamente competentes.

A experiência do infarto com a mudança nos hábitos de vida foi percebida por alguns pacientes como alteração na sua rotina.

“Você não pode pegar peso, você não pode andar muito, você tem que ser em tudo agora, tem que ser moderado. Não é como mais antigamente” (P5).

Além de causarem modificações na vida dos pacientes, as doenças cardíacas acarretam também um grande impacto para a sociedade, uma vez que retiram precocemente indivíduos ativos da vida produtiva. A dificuldade em relação ao retorno ao trabalho encontra-se especialmente associada a dor e cansaço¹⁰.

Infartados apresentam redução da condição fisiológica cardíaca. Logo, a reabilitação cardíaca visa aumentar a capacidade funcional, prognóstico e qualidade de vida, por meio de medidas profiláticas e terapêuticas. Intervenções não farmacológicas, como a prática de atividade física são recomendadas no processo de prevenção primária e secundária da doença, e devem ser realizadas, mesmo que em pequena intensidade e frequência pelos pacientes pós-infarto⁷.

Foram relatadas, ainda, repercussões no âmbito financeiro, especialmente devido a mudanças no mundo do trabalho. Com a inapetência física, o trabalho diário fica

prejudicado.

“A mudança te prejudica em todos os sentidos, principalmente no financeiro. Eu ganhava no serviço de pedreiro, o mínimo que eu ganhava era 3 mil reais, eu passei a não ganhar mais dinheiro” (P4).

A capacidade de prover o sustento para si e seus familiares provoca nos indivíduos a sensação de segurança e autonomia, uma vez incapazes de realizar essa tarefa e se sentem frustrados¹⁰.

2. Abalos psicológicos

Alguns participantes se mostraram receosos e amedrontados, pois o medo de recaída e piora no quadro é uma situação onipresente.

“Depois da cirurgia fiquei uma pessoa mais triste, eu comecei a ter medo, assim de uma hora pra outra me aborrecia por qualquer coisa, fiz tratamento de bipolar, parei há uns três anos e agora o médico pediu pra eu voltar, porque eu sinto muita angústia” (P2).

Cabe à equipe envolvida no acompanhamento do enfermo estar ciente de que saúde não é a ausência de doença, que o infarto em si causa ameaça e medo, e que existem incertezas quanto ao sucesso do tratamento aliadas à dificuldade de compreensão das mudanças físicas, psicológicas e sociais dos pacientes. Mesmo após a tomada de certos cuidados quanto à aptidão física, os afetados não devem ser privados de acompanhamento psicológico¹².

Todos os indivíduos entrevistados parecem estar conscientes da importância da realização de exames periódicos e do uso correto dos medicamentos, porém, a obrigatoriedade de tomar a medicação todos os dias, e em horários determinados, parece gerar certo desconforto, pois

“você passa a ter que tomar remédio o restante da sua vida” (P4).

Alteração emocional e psicológica: a mudança de hábitos imposta pelos pacientes que compartilharam a experiência de um infarto pareceu contribuir para uma visão negativa da cirurgia em alguns dos entrevistados. A imposição de certas barreiras físicas e psicológicas ligadas à enfermidade continua presente mesmo após a adoção de medidas corretivas e acompanhamento médico.

“[...] Eu passei a ter que me controlar. Tomar remédios todos os dias, minhas pernas incham, sinto dores quando ando mais do que consigo. Me sinto velha. Minha alimentação já era controlada, ou pelo menos devia ser, já antes do meu infarto. Sou diabética há anos. O que pra uma pessoa que adora comer é quase uma tortura. Agora a preocupação em ter outro infarto é constante” (P7).

“[...] Ando muito triste, angustiada sem motivo quase aparente, qualquer coisa é motivo, parece uma tempestade, estou muito sensível, fico entristecida até com uma brincadeira que a pessoa faz, eu não tenho mais confiança em mim mesma, acho que juntou a idade” (P2).

Para alguns pacientes, o infarto é visto como uma ameaça de morte, alterando sua

percepção sobre a vida. O paciente nesse momento costuma vivenciar um grau elevado de ansiedade, assim como uma alteração na autoestima. Tais sentimentos não devem ser encarados pela equipe médica como transitórios ou naturais ao quadro clínico, uma vez que diversos estudos apontam a associação destes sentimentos ao desenvolvimento de depressão¹¹.

3. Melhora no estado geral

Nem todos, contudo, consideraram a cirurgia maléfica. Tendo como ponto de vista a mudança de hábitos imposta pela realização da intervenção cirúrgica, acreditam ser essa a responsável pela melhoria do seu estado geral. A experiência de estar doente seria a motivadora da reestruturação de suas vidas.

“É, na realidade, só melhorou, porque as coisas que eu fazia anteriormente eu não faço mais, agora minha vida esta tranquila. Eu tenho horário pra dormir, horário pra levantar, horário pra tomar remédio, horário pra fazer os lanches que são de três em três horas” (P1).

A inapetência física causada pela doença é nestes casos, contrabalanceada por uma atitude positiva, levando a um estado de bem-estar⁹.

O IAM contribuiu, ainda, para que alguns pacientes diminuíssem o hábito de fumar e hoje consideram ter tido melhorada a sua qualidade de vida:

“Parar de fumar foi o principal fator que interferiu pra melhorar minha qualidade de vida, pois o medo de novamente correr o risco de sofrer um infarto me fez ver o quanto faz mal, incomoda e o quanto já incomodei as pessoas quando também era fumante” (P6).

O fumo é um dos fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio, e parar de fumar melhora o prognóstico do paciente, diminuindo as chances de recorrência do infarto, aumentando sua aptidão física, e consequentemente qualidade de vida¹.

4. Mudança no lazer

Alguns pacientes sentiram que a experiência de infarto modificou sua prática de lazer semanal, devido ao cansaço:

“O fato de não poder sentir muito cansaço fez com que eu tivesse que parar de jogar futebol, que era uma prática de no mínimo três vezes por semana” (P6).

O exercício aeróbico é uma importante ferramenta na reabilitação cardíaca, pois reduz de maneira significativa os fatores de risco ligados às doenças coronarianas, e consequentemente melhora a qualidade de vida do paciente e a aptidão cardiorrespiratória, sendo esse um dos parâmetros mais importantes na determinação do prognóstico⁷.

A recuperação pós-infarto impõe uma série de mudanças no estilo de vida e cotidiano do paciente e requer adaptação a novos hábitos e condições. Essa adaptação, porém, nem sempre é fácil, e esses pacientes buscam diferentes formas de lidar com essas mudanças em sua vida pós-cirurgia. Exploramos essas estratégias de enfrentamento adotadas pelos entrevistados com a questão **“como você tem enfrentado essas mudanças nos seus**

hábitos de vida?” em que se verificou a busca de apoio na família, na religião, e a manutenção de uma visão positiva do acontecimento apesar das dificuldades.

1. Busca pela religião

A busca da religião foi marcante e pareceu trazer conforto aos pacientes quando eles se encontraram em um momento de crise.

“[...] Eu já expressei que não é fácil, mas só porque a gente tem um deus que supre todas as nossas necessidades. É isso que faz você chegar e dar a volta por cima de qualquer situação” (P4).

“Eu tenho certeza que Deus ainda tem propósito na minha vida, porque essas coisas que eu passo, eu sei o que é Jesus, eu sei a diferença de entregar minha vida nas mãos dele, sei que ele vai me guiar (P2)”.

De fato, estudos indicam que a prática religiosa permite estabelecer um elo entre as limitações atuais do paciente e o aproveitamento de suas capacidades, podendo ainda auxiliar o paciente a melhor enfrentar o período de readaptação ao incentivar a aceitação das condições de vida e ser fonte de conforto na perda e na dor¹⁰.

2. Suporte familiar

Os pacientes também encontraram na família um suporte que vai além de cuidados físicos, como o acolhimento emocional.

“A família me ajudou a enfrentar essas mudanças, e os médicos que me atendem. Eu tenho um apoio muito grande. Acompanharam a minha evolução, a minha pós-operação, com muita paciência, sempre me vigiando, perguntando” (P8).

A família, neste caso, é a primeira referência para o apoio, por, na maior parte das vezes, vivenciar junto com o paciente a adaptação e as limitações impostas pelo processo saúde/doença, e assistir com cuidados essenciais à saúde. Com isso, auxilia no controle da doença e na reinserção do paciente à sua rotina¹³. O apoio social, principalmente o familiar, permite ao paciente se sentir aceito, respeitado e considerado, e essa afetividade transmitida a ele impulsiona sua recuperação¹⁰.

3. Atitude positiva

Os entrevistados demonstraram, à primeira vista, um grande impacto em seu cotidiano causado pela doença. Mas aos poucos eles foram capazes de se adaptar e recuperar, mesmo que de forma parcial, suas ocupações pré-infarto. Procurar encarar a situação de uma forma positiva mostrou ser benéfica no processo de recuperação.

“Agora só tenho que me acostumar com essa nova vida, e saber tirar o melhor dela. Tento manter tudo o que fazia antes, mas agora tenho que ter calma e esperar o meu corpo responder, não posso forçar demais. Essa é a minha vida agora. Você tem que se manter positivo, encontrar alguma coisa que te faça feliz. Então as coisas ficam melhores” (P7).

Uma atitude mental positiva à reabilitação, em conjunto as demais intervenções terapêuticas, auxilia o paciente a alcançar todos os seus objetivos de reabilitação cardíaca¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer a qualidade de vida de indivíduos após o infarto agudo do miocárdio, para compreender os fatores que mais influenciam na sua recuperação e reinserção à vida cotidiana é fundamental para definir estratégias de intervenção eficientes e adequadas a essa etapa de readaptação.

Adaptar-se ao novo estilo de vida mostrou-se uma tarefa difícil, que exige disciplina e a necessidade de cuidados deve ser endossado pelo médico. Pacientes que precisam de uma rotina mais branda e moderada pode desenvolver sentimentos de incapacidade e angústia e a equipe de saúde deve estar atenta a isso.

Angústia, medo e dúvidas são recorrentes no pós-infarto, e para os participantes desta pesquisa a fé e principalmente a família, exerceram papéis essenciais. Dessa forma, a adoção de ações voltadas para o ambiente familiar, visando à promoção da saúde e ao controle da doença tem potencial de contribuir com a qualidade de vida dos indivíduos.

O impacto causado pela enfermidade na qualidade vida sendo subjetivo é fundamental que o profissional de saúde identifique as especificidades do paciente e direcione ações que visem contribuir para a qualidade de vida destes pacientes, possibilitando a exteriorização de seus medos e preocupações¹⁰, de forma a minimizar sofrimentos evitáveis.

REFERÊNCIAS

1. SPOSITO, A.C.; CAMELLI, B.; FONSECA, F.A.H.; BERTOLAMI, M.C.; AFIUNE NETO, A.; SOUZA, A.D. et al. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose: Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.** [Internet]. Abr. 2007 [citado em 11 Jun 2013]: 88(1). Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2007/diretriz-DA.pdf>
3. RABELO JR., A. et al. Um Sistema Especialista para Diagnóstico de Cardiopatias Isquêmicas. **Revista Informédica**, 1993 [acesso em 16 junho 2013] 1(1): 5-11. Disponível em <http://www.informaticamedica.org.br/informed/isquem.htm>
4. ABDALLA, D.S.P.; SENA, K.C.M. Biomarcadores de peroxidação lipídica na aterosclerose. **Rev. Nutr.** [Internet]. Dez. 2008 [citado em 09 Jun 2013]: 21(6). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000600013&lng=en&nrm=iso.
5. SANTOS, M.G.; PEGORARO, M.; SANDRINI, F; MACUCO, E.C. Fatores de risco no desenvolvimento da aterosclerose na infância e adolescência. **Arq. Bras. Cardiol.** [Internet].

Abr. 2008 [citado em 12 Jun 2013]; 90(4). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008000400012&lng=en&nrm=iso.

6. MINAYO, M.C. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. 5(1) :7-18, 2000. Disponível em: http://adm.online.unip.br/img_ead_dp/35428.PDF. Acesso em 08 Set. 2012.

7. BENETTI, M.; ARAUJO, C. L. P.; SANTOS, R.Z. Aptidão cardiorrespiratória e qualidade de vida pós-infarto em diferentes intensidades de exercício. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 3, Set. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Ago. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000089>.

8. THOMAS, C.V. et al . Avaliação ambulatorial de qualidade de vida em pacientes pós infarto agudo do miocárdio. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, dez. 2007 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 ago. 2013.

9. MINAYO, M.C. de S. (Org.) et al. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 10. Ed. São Paulo: Vozes, 1998.

10. CAETANO, Joselany Afio; SOARES, Enedina. Qualidade de vida de clientes pós-infarto agudo do miocárdio. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, Mar. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Jun 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000100004>.

11. THOMAS, Caroline Venzon et al . Avaliação ambulatorial de qualidade de vida em pacientes pós infarto agudo do miocárdio. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 2, dez. 2007 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 jun. 2014.

12. LEMOS, Conceição et al . Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 24, n. 4, Dec. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Jun 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722008000400010>.

13. GARCIA, R. Cuidado familiar após infarto agudo do miocárdio. **Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria. 2013. Disponível em <http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao_Raquel%20Potter%20Gracia.pdf>. Acesso em 19 Jun 2014.

14. MAHARJAN, R; OKORIE, C. Rehabilitation after an acute myocardial infarction. Seinäjoki University of Applied Sciences, Seinäjoki, Finland. 2012. Disponível em <<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/50903/Rula%20and%20Charles.pdf?sequence=1>>. Acesso em 19 Jun 2014.

DIABETES E DEPRESSÃO: INVESTIGANDO A RELAÇÃO CAUSAL

Alanah Sampaio Bueno¹, Barbara Fernanda Marques Monteiro¹, Caroline Feitosa Aguiar Minchio¹, Danusa Pereira de Aragão¹, Josiane Cássia de Almeida¹, Jossana Langsdorff Santana¹, Layla Luíza Silveira¹, Letícia Pereira Fiorotti¹, Luyanne Azevedo Cabral¹, Yara Zucchetto Nippes¹, Graziela Roccon Zanetti²

1 - Acadêmicos do 8º período 2014/2 do curso de graduação em Medicina da Faculdade Multivix – Vitória - ES.

2 - Professor titular do eixo de Clínica Médica do curso de graduação em Medicina da Faculdade Multivix – Vitória-ES.

RESUMO

A presença de uma doença orgânica associada a sintomas psiquiátricos pode ter um efeito deletério sobre a saúde física do paciente, como por exemplo, na associação entre Diabetes Mellitus e depressão. O objetivo dessa revisão é relacionar a presença de quadros depressivos em pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo II. A metodologia usada foi através de uma revisão sistemática de artigos de pesquisa e metanálises entre os anos 2000 até 2014. Os resultados encontrados se basearam em indicadores como idade, sexo, escolaridade, renda, estado civil, adesão ao tratamento, prática de exercícios físicos, tabagismo, Índice de Massa Corporal (IMC), tempo de diagnóstico do diabetes, presença de outras doenças crônicas associadas e presença de sintomas depressivos. Concluiu-se que há relação entre diabetes e depressão, sendo essa relação dependente de vários fatores individuais e psicossociais.

Palavras-chave: Diabetes; Diabetes Mellitus tipo II; Depressão.

ABSTRACT

The presence of an organic disease associated with psychiatric symptoms may have a deleterious effect on the physical health of a patient, for example, the association between Diabetes Mellitus and depression. This article aims to demonstrate a relationship of depression in patients with Diabetes Mellitus type II. The methodology used was to make a systematic review from researched articles and meta-analyses from 2000 through 2014. The results were based on indicators such as age, sex, education, income, marital status, treatment adherence, physical exercise, smoking, BMI, time since diagnosis of diabetes, presence of other associated chronic diseases and depressive symptoms. It was concluded that there is a relationship between diabetes and depression, and this relationship depends on several individual and psychosocial factors.

Keywords: Diabetes; Diabetes Mellitus type II; Depression.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que afeta 7,6% da população brasileira na faixa etária de 30 a 69 anos e constitui um grupo heterogêneo de doenças que têm por denominador comum a secreção insuficiente de insulina e/ou resistência à ação desse hormônio acarretando estado de hiperglicemia. A Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente a Associação Americana de Diabetes (ADA) propôs uma classificação para o DM em quatro tipos, DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional e DM de outros tipos específicos. O DM1 compreende cerca de 5% a 10% de todos os casos. Já o DM2 compreende cerca de 90% a 95% de todos os caso (MOREIRA, 2008; FRAGUAS, 2009; BRASIL, 2013).

As complicações vasculares do DM são a principal causa de morbimortalidade nos países desenvolvidos e se tornam crescente motivo de preocupação para as autoridades de saúde no mundo todo (BARBOSA, 2008). Em decorrência das vasculopatias aparecem danos, disfunções e falência de vários órgãos, ocasionando, entre outros, nefropatia, retinopatia, neuropatia, lesão cardiovascular, alterações neuronais, (BRASIL, 2013; DENNIS, 2009; ALVES 2014) *défectis* cognitivos e prejuízo psíquico (LOPES, 2009).

O tratamento do diabetes conta com mudanças de hábitos e aquisição de novos comportamentos e habilidades no manejo da doença. O paciente necessita aderir adequadamente ao esquema terapêutico proposto, o que implica em restrições e significativa alteração em seus hábitos alimentares e prática de exercícios físicos, além de terapia farmacológica. Todas essas modificações comportamentais associadas ao enfrentamento das complicações clínicas, que surgem durante o curso da doença, podem repercutir no estado de humor desses pacientes (MOREIRA, 2003).

A depressão é uma condição exclusivamente humana cujo diagnóstico se faz baseado em características clínicas. Cursa com alterações neuroquímicas e hormonais que refletem no funcionamento ordenado do organismo, alterando, por exemplo, o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, o sistema nervoso autônomo, imunológico e vascular (MICHELS, 2010). O quadro depressivo pode ser avaliado de diversas formas: como transtorno psiquiátrico, sintoma de doença física, depressão associada a afecções clínicas e como consequência de efeitos colaterais de medicamentos ou tratamentos especializados (KAPLAN, 2007; LOUZÃ, 1995).

Na prática médica, o indivíduo se apresenta usualmente com humor deprimido, perda de interesse, prazer e energia levando à exaustão aumentada e atividade reduzida, podendo manifestar como sintoma em variados quadros clínicos como demência, alcoolismo, esquizofrenia e doenças clínicas (MOREIRA, 2003; KAPLAN, 2007).

Sua prevalência é considerada um grave problema de saúde pública e por isso deve ser tema de interesse não apenas da psiquiatria, mas, de todo médico. Os estados depressivos em uma doença sistêmica manifestam-se por alterações do humor, de funções cognitivas, de motricidade, de funções vegetativas e de variados parâmetros neurofisiológicos (MOREIRA, 2003).

A depressão distribui-se de maneira desigual na população, sendo os mais acometidos as mulheres, os jovens, as pessoas de baixa renda, os solteiros e os indivíduos que apresentam doenças crônicas (BOING, 2012).

A presença da doença orgânica associada a sintomas psiquiátricos pode ter um efeito deletério sobre a saúde física do indivíduo. DM e depressão fazem parte de um conjunto de desordens que afetam a qualidade de vida dos pacientes, sobretudo quando associadas entre si (MOREIRA, 2003; GURUPRASAD, 2012).

A influência da associação do DM com o aumento de sintomas depressivos e de depressão clínica abrange desde o impacto direto no controle metabólico até aspectos adaptativos, educacionais e socioeconômicos (COELHO, 2013).

A hipótese de que exista uma íntima relação entre o Diabetes Mellitus e a Depressão tem sido estudada há vários anos, porém há divergências entre os resultados encontrados. Assim, o objetivo central da presente revisão sistemática consiste em investigar a relação de causa ou consequência entre essas duas patologias.

MATERIAIS E MÉTODOS

Revisão sistemática de artigos de pesquisa e metanálises nas bases de dados científicas SciELO, NCBI (National Center for Biotechnology Information), Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, PubMed, e Google Acadêmico. Houve restrição de datas, sendo analisados artigos publicados entre os anos 2000 até 2014, em língua portuguesa e inglesa.

Os descritores utilizados foram elaborados a partir da pergunta formulada para a revisão sistemática: prevalência, incidência, depressão e diabetes.

Em uma triagem por título, resumo, idade dos participantes, amostra e ano, respectivamente, a revisão foi realizada por todos os integrantes do grupo, de forma independente nas bases citadas. Os critérios para inclusão foram: idade maior do que 18 anos, amostra maior ou igual a 50 e menor que 2000. Os critérios de exclusão foram: idade menor do que 18 anos, amostra menor do que 50 ou maior do que 2000, e período de publicação no ano 1999 ou abaixo.

RESULTADOS

Na figura 1, é apresentado o fluxograma de seleção dos artigos. Foi obtido um total de 163 referências na busca pelas cinco bases, sendo 15 do Pudmed, 50 do SciELO, 53 de Revistas científicas, 31 da Diretriz Brasileira de Endocrinologia, incluindo-se a própria Diretriz na seleção e 15 da NCBI. Destas, 8 eram duplicadas. Entre os 155 artigos restantes, 97 (62,58%) foram excluídos pela leitura dos títulos, 16 (10,32%) pela leitura dos resumos, 8 (5,16%) pela leitura da amostra, 5 (3,22%) pela faixa etária verificada, 9 (5,08%) pela leitura do ano. Finalmente, 20 artigos (12,90%) foram selecionados para revisão sistemática, sendo 12 utilizados no embasamento teórico e 8 como resultados diretos (tabela I).

Figura I- Fluxograma da seleção dos artigos para referência.

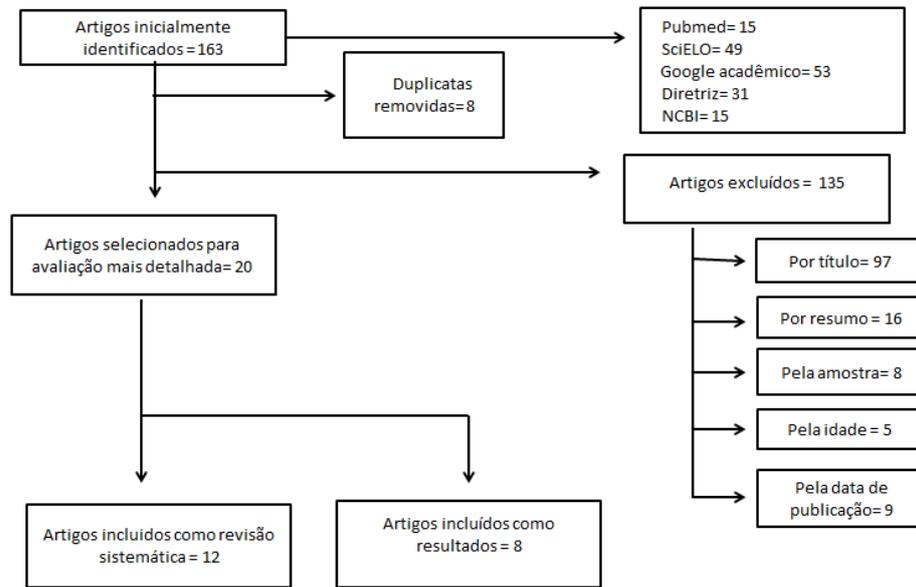


Tabela I- Características dos artigos incluídos na revisão sistemática.

Classificação por Autor/Ano	Amostra	Nacionalidade do Artigo	Sexo	Objetivos
Guruprasad, K.G; Niranjana, M.R; Ashwin, S. (2012)	210	Indiana	F/M	Estudar a associação de depressão, fatores demográficos e médico-sociais em diabéticos tipo 2.
Braz, JM et al. (2012)	145	Brasileira	F/M	Averiguar a associação entre sintomas depressivos e variáveis sociodemográficas e clínicas, e adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).
Golçalves, M; Camara, FP (2009)	192	Brasileira	F/M	Analisar fatores de risco biológico (história progressiva de doença grave) e fatores psicossociais.
Petry, DG (2003)	219	Brasileira	F/M	Avaliar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes diabéticos internados nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.
Sass, A. et al (2012)	100	Brasileira	F/M	Identificar a presença de sintomas depressivos em idosos inscritos no programa de controle de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus em um Município do Noroeste do Paraná.
Parveen, S. et al (2010)	592	Paquistanesa	F/M	Determinar a associação de depressão com Diabetes Tipo 2 recém diagnosticado em adultos com idade entre 25 e 60 anos em Karachi, Paquistão.
Michels, MJ (2010)	126	Brasileira	F/M	Verificar, a prevalência de depressão em pacientes com DM2 e comparar entre os diabéticos com depressão e sem depressão os fatores sociodemográficos e clínicos, a aderência ao tratamento e as complicações do Diabetes.
Ching-Ju Chiu, et al (2010)	998	Americana	F/M	Investigar a associação longitudinal entre sintomas depressivos e controle glicêmico (HbA1c) em adultos com diabetes tipo 2.

No estudo transversal, epidemiológico de Guruprasad et al, realizado em um hospital terciário (Hospital Sri Chamarajendra), em 2013, ligado a uma faculdade de medicina do Governo na cidade de Karnataka, Índia, foi estudada a associação de depressão, fatores demográficos e comorbidades associadas em pacientes diabéticos tipo 2. Todos os 210 pacientes com DM tipo 2 confirmaram que frequentavam a *Medical Outpatient Department*, sendo selecionados para sintomas de depressão, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI) (GURUPRASAD, 2013).

O Beck Depression Inventory (BDI) é o instrumento padrão ouro entre as escalas de depressão descritas para avaliar o DSM IV definido por sintomas de depressão como tristeza, culpa, perda de interesse, isolamento social, ideação suicida com 21 itens de parâmetros. Destes, 19 itens são avaliados em uma escala de 4 pontos de acordo o aumento da gravidade. Em 2 outros itens os pacientes apontam a qualidade do sono ou apetite, distinguindo do Inventário de Depressão de Beck – IA, o qual não avalia sintomas atípicos de depressão (BECK, 1996).

Os itens são avaliados em uma escala de 0-3, gerando um escore final que varia de 0 – 63. Indicando que quanto maior o resultado maior é a gravidade da comorbidade. Desta maneira, de acordo com Beck et al, o escore de 0-13 indica depressão mínima, 14-19 depressão média, 20-28 moderada e 29-63 grave (BECK, 1996).

Portanto, o instrumento avalia o humor e os hábitos do paciente cerca de duas semanas antes da consulta, podendo ser utilizado como ferramenta de rastreamento ou avaliação da resposta terapêutica. Dada a sua facilidade de aplicação e relativas propriedades psicométricas, o BDI – II se torna um dos mais populares questionários para depressão respondida pelo próprio paciente. No entanto, essa avaliação vem sendo criticada pela pobre diferenciação entre depressão e ansiedade (BECK, 1996).

A prevalência de depressão entre os participantes do estudo de acordo com a escala BDI foi de 27,6%. Pacientes com idade entre 51 a 60 anos representaram 35,4% da amostra. O sexo feminino constitui 65,7% do total de pacientes. Entre estas, 69% tinham BDI com pontuação igual ou superior a 16, indicando nível médio, moderado ou grave de depressão, em comparação com os 31% de homens que obtiveram tal pontuação. Entre os participantes, 82,9% eram casados; 55,2% analfabetos; e, entre os pacientes que tinham diabetes há mais de um ano, 65,5% foram diagnosticados com depressão. Já os que tomavam combinação de medicamentos para o tratamento de diabetes foram 55,2% com pontuação igual ou maior de 16 no BDI. Os diabéticos que tinham depressão e também apresentavam hipertensão representaram 51,7% do total. 15,5% dos pacientes com depressão eram também obesos (IMC ≥ 30 kg/m²) e diabéticos e 65,5%, tabagistas. A conclusão do estudo mostra que há maior taxa de depressão entre os indivíduos diabéticos tipo 2. Entretanto, a associação entre diabetes e depressão dependerá de vários fatores como os demográficos, os sociais e as comorbidades existentes (GURUPRASAD, 2013).

O estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado por Braz JM e colaboradores, em 2012, teve como objetivo averiguar a associação entre sintomas depressivos e variáveis sociodemográficas e clínicas e adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com DM tipo 2 atendidos no Ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de

Sergipe. Para tal, foi utilizada amostra constituída por 145 pessoas, o BDI e a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). O instrumento MAT avalia o comportamento do indivíduo no que diz respeito ao uso diário dos medicamentos e é composto por sete itens. As respostas aos itens variam de acordo com seis opções que vão de 1 (sempre) a 6 (nunca). Os valores obtidos com as respostas aos sete itens são somados e divididos pelo número de itens. A idade média dos participantes foi de 60,4 anos, sendo que 77,2% eram mulheres e 51,7% possuíam companheiro(a). A média do BDI foi de 18,4, e 33,1% dos pesquisados apresentaram sintomas depressivos frente às variáveis: sexo, renda familiar, estado civil, prática de atividade física e uso de medicação controlada. Observou-se que o sexo masculino, a renda de um salário mínimo ou menos, sedentarismo, uso de medicação controlada e variável solteiro(a) se correlacionaram a valores mais elevados do BDI total. A prática de atividade física se associou com melhor avaliação no instrumento. Além disso, percebeu-se que valores mais elevados no BDI estavam relacionados à menor adesão ao tratamento (BRAZ, 2012).

Gonçalves e Câmara publicaram, em 2009, um estudo transversal, realizado com 192 pacientes diabéticos ou não, utilizando dados biométricos, psicossociais (estado civil, número de filhos, escolaridade, renda familiar, religiosidade, emprego) e fatores estressores biológicos como diabetes mellitus e história de doença grave. O trabalho utilizou questionários psicossociais e o instrumento BDI em pacientes da rede de atenção primária à saúde da Prefeitura de Taubaté (SP). No grupo com diagnóstico de diabetes, o escore do BDI acima de 18 foi representado pela média de idade de 56,19 anos. A probabilidade para depressão na presença de DM e de histórico de doença grave foi, respectivamente, 3,6 vezes e 2,2 vezes, para o intervalo de confiança de 95%. A probabilidade de DM no paciente com filhos e com escolaridade acima do primeiro grau foi, respectivamente, 22,8 vezes e 7,1 vezes, para o intervalo de confiança de 95%. Verificou-se, na amostra examinada, que a presença de diabetes e história pregressa de doença grave, bem como presença de filhos e escolaridade acima do primeiro grau constituíram os fatores de riscos encontrados para depressão (GONÇALVES, 2009).

Petry e colaboradores publicaram, em 2003, um estudo transversal, realizado com 1598 pacientes, com o objetivo de avaliar a prevalência de sintomas depressivos. Foram utilizados critérios de exclusão como idade inferior a 18 anos; pacientes que se recusaram a participar e aqueles internados há mais de sete dias no momento da entrevista; pacientes que não conseguiram colaborar de maneira adequada com a entrevista, por alterações decorrentes da doença de base ou da condição física geral, bem como causas administrativas. Após a seleção, restaram 219 pacientes diabéticos internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC (Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina). Os pacientes diabéticos selecionados foram entrevistados com o BDI. Da amostra de 219, 51,1% eram do sexo masculino; 70,3% tinham idade entre 18 e 64 anos; 73,1% eram casados ou com união estável; 69,4% da raça branca; 53,2% apresentaram escolaridade de 1 a 4 anos; e 55% possuíam renda familiar de 2 a 4 salários mínimos. Das doenças que levaram à internação, 23,3% foram doenças cardíacas/respiratórias e 22,8%, doenças endócrinas/nutricionais/metabólicas. De acordo com o BDI, 24,7% dos pacientes obtiveram escores superiores a 10, o que sugere síndrome depressiva e, observando-se separadamente cada item desse inventário, verificou-se frequência de 36,5% dos sintomas "irritabilidade", e 29,2% com "indecisão". A prevalência

de sintomas depressivos em pacientes portadores de DM tipo 2 foi de 24,7% (PETRY, 2003).

Sass et al publicaram, em 2012, estudo transversal realizado em unidades básicas de saúde de município do Noroeste do Paraná. O objetivo era identificar sintomas depressivos em 100 idosos inscritos no Programa de controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA) do município. Foi utilizada a seção de saúde mental do questionário Brazil Old Age Schedule (BOAS), uma ferramenta multidimensional que abrange várias áreas da vida do idoso: aspectos físicos, atividades do dia a dia, situação social e econômica e informações sobre a saúde mental. Foi feita a análise da associação entre sintomas depressivos, características sociodemográficas e estado nutricional. Idosos do sexo feminino eram a maioria dos participantes (82,0%). Sintomas depressivos apresentaram prevalência de 30,0%, sendo 20,0% classificados como depressão maior e 10%, depressão menor. Os sintomas depressivos foram mais frequentes nas mulheres (31,7%); em idosos com 80 anos e mais (33,3%); sem nenhuma escolaridade (39,1%); divorciados (40%); que moravam só (43,7%); que apresentavam baixo peso (33,3%); ou que eram obesos (32,5%). Tais resultados apontaram para a necessidade de investigação dos sintomas depressivos na população adulta idosa, especialmente devido à associação da depressão com o estado nutricional, aparecimento ou agravamento de doenças crônicas já existentes, socialização e adesão ao tratamento de doenças já em curso. Sob esta ótica, os grupos de convivência já estabelecidos podem constituir importante ferramenta para o rastreamento e identificação de possíveis sintomas e doenças na população em geral (SASS, 2012).

O estudo de caso realizado por Perveen e colaboradores de julho de 2006 a setembro de 2007, no Hospital Civil de Karachi, Paquistão, contou uma amostra de 592 pacientes com idade entre 25 e 60 anos e teve por objetivo determinar a associação entre depressão e os casos de diabetes tipo 2 recém-diagnosticados (n=296). Os casos de DM 2 com um mês de diagnóstico foram posteriormente combinados por idade e sexo, recrutados pela ausência de sintomas clássicos, como poliúria, polidipsia e glicemia casual menor do que 200mg/dL. A depressão foi determinada pela *Siddiqui Shah Depression Scale (SSDI)*. Trata-se de um questionário validado em população paquistanesa para três categorias diferentes de depressão: leve, moderada e grave. No estudo citado três categorias de depressão foram utilizadas: sem depressão (escore 0-25), depressão leve (escore 26-36) e depressão moderada a grave (pontuação 37 ou mais). Os dados levantados em relação aos 296 casos de DM2 recém-diagnosticados revelaram: 76.69% casados; 70.61% família nuclear (pais e filhos); 48.99% classe média; 79.73% não estavam trabalhando; 50.68% analfabetos; 7,09% fumantes; 16.55% história passada de depressão; 35.81% diabetes na família; 47.30% obesidade; 26.01% sobrepeso; 34.80% depressão moderada a severa; e 24.66% depressão leve. O estudo concluiu que a depressão está significativamente associada ao recente diagnóstico DM2. Dessa forma, pacientes e médicos devem ser informados e educados sobre essa associação para que todos os diabéticos dentro de 25 a 60 anos sejam simultaneamente rastreados para depressão (PERVEEN, 2006).

Michels publicou, em 2010, um estudo transversal, realizado com 126 sujeitos adultos (idade ≥ 30 anos) com diagnóstico de DM2 atendidos no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). O objetivo foi avaliar a prevalência de depressão e comparar nos diabéticos com e sem depressão os fatores

sociodemográficos e clínicos, a aderência ao tratamento e as complicações do diabetes. Além da avaliação do controle metabólico e da avaliação de complicações do diabetes, foi utilizado um questionário de variáveis sociodemográficas, clínicas e de história pessoal de doença; o Índice Charlson de Comorbidade; o Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI); o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). O Índice Charlson de Comorbidade foi elaborado para ser utilizado em estudos de avaliação de prognóstico e avalia o número de doenças e gravidade física destas, segundo a Classificação internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID 10).

O MINI, utilizado para investigar transtornos mentais e diagnosticar depressão, trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada e breve compatível com os critérios do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR) e da CID-10. O QAD avalia o autocuidado em cinco dimensões: dieta (geral e específica), atividade física, monitorização da glicemia, cuidado com os pés e o uso da medicação. Na amostra selecionada obteve-se: 68% de pacientes do sexo feminino; 76% casados; idade média de 59,7 anos; 4,9 anos de escolaridade; renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos; tempo de diagnóstico de diabetes com uma média de 11,8 anos. Entre os pacientes 52% faziam uso apenas de hipoglicemiante oral e 36% faziam uso de hipoglicemiante oral e insulina. O estudo concluiu que cerca de 1/4 dos DM2 atendidos em ambulatório apresentaram depressão maior. Em termos gerais, os pacientes deprimidos tiveram maiores taxas de história pessoal de depressão e menor frequência de atitudes de autocuidado. Embora não tenha sido possível estabelecer relações de causa e efeito, os achados sugerem risco maior para uma pior evolução do diabetes em pacientes com depressão (MICHELS, 2010).

Ching-Ju Chiu et al publicaram, em 2010, um estudo com o objetivo de investigar a associação longitudinal entre sintomas depressivos e controle glicêmico em adultos com DM2 e a repercussão dessa associação nos comportamentos relacionados à saúde. Foi realizado um estudo longitudinal com 998 adultos, sendo 47,9% do sexo feminino, 83,2% caucasianos e 12,8% negros. O estudo levou em consideração o valor da hemoglobina glicada (HbA1c - 7,2% dos pacientes apresentou valores acima da meta), o uso de insulina (17,4% faziam uso), o tempo que foi diagnosticado o diabetes (tempo médio de 12,5 anos), o IMC (média da amostra foi 29,9 kg/m²) e sintomas depressivos. Em conclusão, destaca-se a associação em longo prazo de sintomas depressivos e controle glicêmico em uma amostra heterogênea de adultos com DM2. Identificou-se que os comportamentos de saúde geral, incluindo exercícios, controle do peso corporal e tabagismo explicaram 13% da associação entre os sintomas depressivos e controle glicêmico. Além disso, os resultados do estudo sugerem que o cuidado do diabetes eficaz deve incluir atenção aos hábitos de vida e comportamentos de saúde, incluindo aqueles referentes à saúde psicológica (CHING-JU, 2010).

DISCUSSÃO

O DM é uma doença crônica que abrange um grupo heterogêneo de distúrbios comprometendo o metabolismo de glicose, lipídeos e carboidratos e acarretando consequências crônicas (BRASIL, 2013; DENNIS, 2009; ALVES 2014. As vasculopatias representam importantes repercussões dessas consequências e afetam estrutural e

funcionalmente vários órgãos resultando, a longo prazo, em prejuízos físicos, psíquicos e sociais (MOREIRA, 2003; BARBOSA, 2008; LOPES, 2009; BRAZ, 2012).

A forma como o paciente lida com a doença, sua cronicidade e possíveis complicações pode alterar o prognóstico clínico (MOREIRA, 2008). O estabelecimento do DM exige mudança de hábitos de vida e aquisição de novos comportamentos relativos aos cuidados com a saúde. Esse novo repertório comportamental associado à realidade de convivência com uma doença crônica aumenta os níveis de estresse e ansiedade nos pacientes podendo desencadear ou acentuar processos depressivos já em curso (MOREIRA, 2008; MICHELS, 2010; BOING, 2012; COELHO, 2013).

A depressão apresenta alterações neuroquímicas e hormonais que refletem no funcionamento adequado do organismo (MICHELS, 2010). As consequências dessa patologia são variadas e cursam com alterações do humor (tristeza, apatia, irritabilidade) e alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (MOREIRA, 2008).

A coexistência de sintomas psiquiátricos e de doença orgânica pode ter um efeito deletério sobre a saúde física do indivíduo (MICHELS, 2010). A associação de sintomas depressivos com DM pode amplificar as consequências da doença em questão (FRAGUAS, 2009), dificultando seu controle por influenciar negativamente na aderência ao tratamento, piorar o controle glicêmico, aumentar a resistência insulínica e elevar o risco de complicações do DM (MOREIRA, 2008).

Por outro lado, a depressão pode aparecer em decorrência de alterações neuro-hormonais ou neurotransmissoras secundárias ao DM, ou devido aos variados fatores psicossociais envolvidos na existência de uma doença crônica (MICHELS, 2010).

É difícil estabelecer uma relação causal entre os sintomas depressivos, o controle glicêmico e as complicações do DM. A hipótese provável é uma relação cíclica na qual o agravamento de um tem efeitos diretos e também indiretos sobre o outro (COELHO, 2012).

A análise dos fatores de risco para o desencadeamento de depressão ou seu agravamento, quando pré-existente, em pacientes diabéticos, revelou grande variabilidade (MICHELS, 2010; GURUPRASAD, 2012; SASS, 2012).

Com relação ao gênero predominante, alguns estudos constataram maior frequência do sexo feminino nessa relação DM-depressão, já outros, destacaram predominância do sexo masculino (BRAZ, 2012; PETRY, 2003). Essa divergência também foi percebida no que diz respeito ao estado civil. Enquanto alguns autores apontam prevalência de divorciados (SASS, 2012), outros concordam que os casados ou com união estável são a maioria entre os diabéticos depressivos (MICHELS, 2010; GURUPRASAD, 2012). Em relação à escolaridade também não houve consenso entre alguns estudos. Tanto o analfabetismo (GURUPRASA, 2012; SASS, 2012; PERVEEN, 2010) quanto tempo de estudo entre 1 a 5 anos (MICHELS, 2010; PETRY, 2003), ou acima do primeiro grau (GONÇALVES, 2009) apareceram como fatores de risco para estabelecimento da relação entre DM e depressão.

O tempo transcorrido desde o diagnóstico do DM também foi percebido como influente no desenrolar da depressão. Um estudo destacou aumento na gravidade da depressão de acordo com tempo de diagnóstico de diabetes maior que 1 ano. A conscientização gradual das implicações do DM no organismo, sua cronicidade e complicações foi contribuindo para o agravamento dos sintomas depressivos. Entretanto, alguns autores apontam para a forte relação entre depressão e DM2 recentemente diagnosticada. As mudanças iniciais nos hábitos de vida e o desenvolvimento de novos comportamentos de autocuidado e observação parecem influenciar o surgimento da depressão ou aumento de sua gravidade naqueles pacientes com histórico positivo de antecedentes depressivos (PERVEEN, 2009).

Os fatores que apresentaram convergência de resultados foram idade e renda familiar. Em relação à idade, houve concordância com a média de idade de 50 a 60 anos (MICHELS, 2010; GURUPRASAD, 2012; GONÇALVEZ, 2009; PETRY, 2003; SASS, 2012). A renda familiar predominante foi a de 2, 3 ou 4 salários mínimos entre os pacientes com DM e depressão (MICHELS, 2010; PETRY, 2003).

A relação entre sintomas depressivos e índice de massa corporal entre os pacientes diabéticos foi destacada entre os resultados de três artigos. Em um deles não foi encontrada prevalência de depressão em pessoas obesas (IMC ≥ 30 kg/m²) com diabetes (GURUPRASAD, 2012). Outro achou forte relação entre IMC elevado (sobrepeso ou obesidade) e sintomas depressivos. (PERVEEN, 2010). O terceiro, por fim, ampliou a discussão destacando os extremos de peso (baixo peso e obesidade) e revelou que aproximadamente um terço dos pacientes de cada um desses grupos apresentava depressão (SASS, 2012).

Outros fatores de risco que merecem destaque estão fortemente relacionados à implantação de mudanças de estilo de vida. Há uma íntima relação entre os cuidados com a saúde em geral e os sintomas depressivos, sendo que, quanto maior a importância dada pelo paciente em relação à própria saúde, menor é a frequência da depressão. De maneira contrária, a falta de comportamentos de autocuidados, por exemplo, manutenção de níveis elevados de HbA1c por pelo menos cinco anos (CHING-JU, 2010) e não realização de exercícios físicos acabam por potencializar a depressão. A adesão ao tratamento farmacológico, a terapia nutricional e os exercícios físicos equilibrados contribuem para melhor qualidade de vida do paciente diabético e diminuição dos sintomas depressivos (BRAZ, 2012).

Apesar de inúmeros estudos sobre a relação do Diabetes e da Depressão, nenhum deles evidenciou ou refutou conclusivamente uma potencial relação causal entre essas patologias.

CONCLUSÃO

De maneira geral, os estudos sugerem que há relação entre diabetes e depressão, sendo essa relação dependente de vários fatores, como sexo, idade, escolaridade, nível socioeconômico, estado civil, adesão ao tratamento, entre outros. Entretanto, não foi possível determinar se o Diabetes causa a Depressão ou se seria uma consequência desta patologia psiquiátrica, sendo necessários novos estudos a cerca dessas patologias para melhor esclarecer essa relação de causa-efeito.

REFERÊNCIAS

1. ALVES VLS. **Diabetes Mellitus: O Pé Diabético**. Universidade Federal de São Paulo. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/denf/NIE/PEDIABETICO/mestradositecopia/pages/diabetes.htm>
Acesso em: 18 maio. 2014.
2. BARBOSA HOJ., OLIVEIRA SL., SEARA LT. **O papel dos produtos finais da glicação avançada (AGEs) no desencadeamento das complicações vasculares do diabetes**. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. 2008 Aug [cited 2015 Apr 28]; 52(6): 940-950.
3. BECK AT, STEER RA, BROWN GK. **Manual for the BDI-II**. 1996. San Antonio, TX, The Psychological Corporation.
4. BOING AF, *et al*. **Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional**. Rev. Saúde Pública, 2012 jun-26; 46(4), 617-23.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
6. BRAZ JM, *et al*. **Sintomas depressivos e adesão ao tratamento entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2**. Rev Rene. 2012; 13(5):1092-9
7. CHING-JU C, *et al*. **The role of health behaviors in mediating the relationship between depressive symptoms and glycemic control in type 2 diabetes: a structural equation modeling approach**. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010 Jan;45(1):67-76.
8. COELHO MR, CHIANCA TCM, SOARES SM. **Depressão em pessoas diabéticas – desvelando o inimigo oculto**. Rev. Min. Enferm, 2013 out-dez, 17(4), 771-781.
9. DENNIS A, GOLDMAN L. **Cecil Medicina**. Volume II. 23a ed – Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
10. FRÁGUAS R, SOARES SMSR, BRONSTEIN MD. **Depressão e Diabetes mellitus**. Rev. Psiqu. Clín. 2009;36(3):93-9.
11. GONÇALVES M, CÂMARA FP. **Avaliação dos fatores de risco de sintomas depressivos em população de diabéticos da rede pública municipal de saúde de Taubaté (SP)**. Rev. Baiana de Saúde Pública, 2009 abr-jun, 33(2).
12. GURUPRASAD KG, NIRANJAN MR, ASHWIN S. **A Study of Association of Depressive Symptoms Among the Type 2 Diabetic Outpatients Presenting to a Tertiary Care Hospital**. Indian J Psychol Med. 2012 Jan-Mar; 34(1): 30–33.
13. KAPLAN HI, SADOCK BJ, GREBB JA. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2007. pp. 259 - 349.
14. LOPES, RMF., ARGIMON, IIL. **Prejuízos Cognitivos em idosos com Diabetes Mellitus tipo 2**. Cuadernos de neuropsicología, 2009, 3(2), 171-197. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232009000200005&lng=pt&tng=es . Acessado em: 28 de abril de 2015
15. LOUZÃ MRN; *et al*. **Psiquiatria Básica**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1995

16. MICHELS MJ. **Depressão em diabéticos tipo 2 – prevalência, fatores associados, avaliação da aderência ao tratamento e complicações do diabetes**, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010
17. MOREIRA RO, *et al.* **Diabetes Mellitus e Depressão: Uma Revisão Sistemática**. São Paulo: [SI]; 2003.
18. PERVEEN S, *et.al.* **Association of depression with newly diagnosed type 2 diabetes among adults aged between 25 to 60 years in Karachi, Pakistan**. Karachi, Paquistão: [sn]; 2010.
19. PETRY DG. **Prevalência de sintomas depressivos em pacientes diabéticos internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC** (Trabalho de Conclusão de Curso). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
20. SASS A *et.al.* **Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Acta paul. Enferm. 2012; 25(1): 80-85.

MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS NA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA DENGUE

Clarissa Paneto Sulz¹; Elisa Rinaldi Nunes¹; Gabriela Scaramussa Sonsim¹; Giulia Fim¹; Juliana Quintas Adeodato¹; Kleber Palmeira¹; Larissa Pandolfi Soares¹; Laura Fernanda Oliveira Lino¹; Roney Mendonça dos Santos¹

1. Graduando em Medicina da Faculdade Brasileira – MULTIVIX, Vitória, ES.

RESUMO

A dengue é a arbovirose mais comum e tem grande prevalência em países em desenvolvimento. Apresenta grande espectro clínico, podendo ser classificada em dengue clássica, dengue com sinais de alarme e dengue grave, e dentro dessa classificação, encontram-se manifestações neurológicas. Esta revisão sistemática teve como objetivo avaliar se a infecção pelo vírus da dengue pode gerar sintomas neurológicos, utilizando como banco de dados SciELO, PubMed, Lilacs e Cochrane. Os estudos mostraram que a infecção pelo vírus da Dengue pode gerar sintomas neurológicos, sendo necessária maior atenção em regiões epidêmicas para a doença.

Palavras-chave: dengue, manifestações, neurológicas.

ABSTRACT

Dengue is the most common arbovirose in the world and has great prevalence in developing countries. It has great clinical spectrum and can be classified into classical dengue, dengue with alarm signs and severe dengue, and among these classification, there is neurological manifestations. This systematic review of literature aimed to evaluate if infection by dengue virus can cause neurological symptoms, using as database SciELO, PubMed, Lilacs and Cochrane. The studies suggest that the infection by dengue virus can generate neurological symptoms, showing the need of greater attention to epidemic disease regions.

Keywords: dengue, manifestations, neurological.

INTRODUÇÃO

A dengue é a arbovirose mais comum e que se espalha mais rapidamente no mundo. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), nos últimos 50 anos, a incidência aumentou em trinta vezes expandindo-se para outros países e, atualmente, passando das áreas urbanas para as áreas rurais (OMS, 2009).

A dengue apresenta grande espectro clínico, podendo manifestar-se como síndrome febril aguda autolimitada até doença grave caracterizada por extravasamento plasmático com ou sem hemorragia. A triagem e o tratamento apropriado dependem da classificação da dengue e essa foi alterada pela OMS em 2009, dividindo-a em três grupos: dengue, dengue com sinais de alarme e dengue grave. Nessa nova classificação, dentro dos critérios para dengue grave, encontra-se o envolvimento neurológico (OMS, 2009).

Há pouco tempo, as manifestações neurológicas associadas à dengue recebiam pouca atenção devido à baixa frequência e escassez de estudos. Nos últimos 30 anos esse quadro tem mudado devido ao aumento na documentação de casos de encefalopatia e encefalite ligados à infecção (SOLOMON et al., 2000).

Esta revisão tem como objetivo identificar as manifestações neurológicas mais frequentes da dengue.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram utilizados estudos disponíveis nas bases de dados PubMed, Scielo, Lilacs e Cochane, pesquisados entre fevereiro de 2015 e abril de 2015. Os critérios de inclusão foram: artigos originais e artigos publicados a partir do ano de 2000 até o ano de 2015. Os critérios de exclusão foram: título em desacordo com tema, resumo que não contempla o assunto proposto, artigos publicados por revistas ou outros veículos de comunicação não médicos.

Como critérios de busca, foram utilizadas as palavras chave: manifestations, neurological, dengue.

RESULTADOS

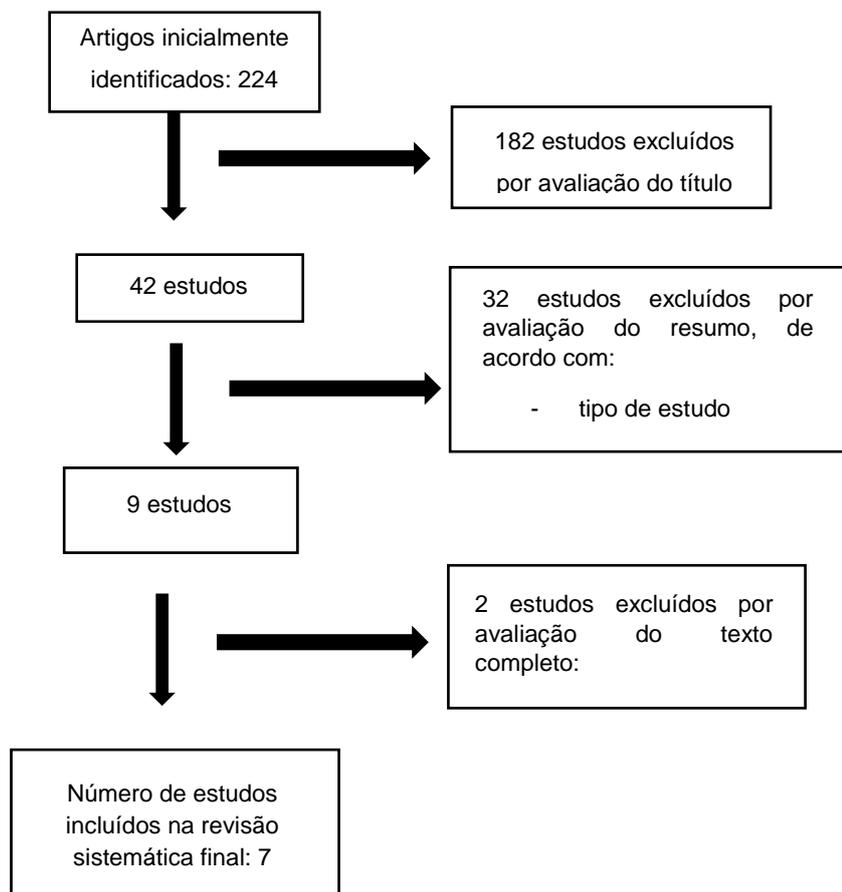


Figura I. Fluxograma da seleção dos artigos para a revisão sistemática.

Jackson et al. analisaram 401 casos de suspeita de infecção viral do SNC e desses, 54 foram confirmados como infecção pelo vírus da dengue. Não houve diferença entre os sexos e os pacientes apresentaram manifestações clínicas variáveis, sendo 28 casos de encefalite (51,8%), 18 de meningite (33,3%), 6 de convulsão (sendo 1 com encefalite e 1 com paralisia) (11,3%) e 2 de Síndrome de Guillain Barré (SGB) (3,7%) (JACKSON et al., 2008).

O diagnóstico de infecção por vírus da dengue foi confirmado com evidência laboratorial em 12/54 casos (22,2%) e esses casos tinham características de Febre Hemorrágica do Dengue. Houve 2 casos (3,7%) de morte, ambos apresentando clínica de encefalite e um de envolvimento hepático (JACKSON et al., 2008).

Misra avaliou 21 pacientes com infecção confirmada por dengue, todos na faixa dos 28 anos e a maioria do sexo masculino (95,2%). Quinze pacientes apresentaram manifestações neurológicas, sendo 12 casos de disfunção muscular transitória e 3 casos de encefalopatia (MISRA, 2014).

Pancharoen analisou 80 crianças entre 3 meses e 14 anos diagnosticadas com dengue e que apresentaram manifestações neurológicas durante o estágio febril da doença. Quarenta e duas crianças pertenciam ao sexo masculino e 38 ao sexo feminino. Os pacientes foram classificados em três grupos: encefálico (42 crianças), convulsão (35) e diversos (3), sendo as crianças do primeiro grupo era significativamente mais velhas que as dos outros grupos e a maioria já havia apresentado caso posterior de dengue.

Dentre os pacientes do grupo encefálico, houve 35 casos de perda da consciência (83,3%), 19 casos de convulsão (45,2%), 10 casos de confusão mental (23,8%) e 9 casos de rigidez de nuca (21,4%). No grupo de pacientes com convulsão, apenas 1 apresentou outra manifestação concomitantemente à convulsão. Três casos no grupo de diversos apresentaram-se com rigidez de nuca, reflexo de Brudzinski positivo e fontanela anterior protuberante (PANCHAROEN, 2001).

Weeratonga et al. avaliaram 7 pacientes diagnosticados com dengue, dos quais 6 são do sexo masculino. Um caso apresentou dengue clássica, 5 apresentaram dengue com sinais de alerta e 1, dengue com evidências de choque. Dos pacientes estudados, 4 apresentaram manifestações neurológicas na fase aguda da doença e o restante no pós-infecção. Dentre as manifestações neurológicas foi encontrado: neurite óptica (1 caso), síndrome cerebelar (3 casos), mielite transversa (2 casos) e paralisia dos nervos cranianos (1 caso) (WEERATONGA et al., 2013).

Ferreira et al. avaliaram 41 casos de dengue com manifestação neurológica, nos anos de 1997 e 2002. Todos referiram história prévia de dengue clássica ou hemorrágica. Vinte e cinco apresentaram comprometimento encefálico, 2 casos de acometimento medular e 14 casos de acometimento dos nervos periféricos, conforme mostrado na tabela 1 (FERREIRA et al., 2005).

Tabela I. Manifestações neurológicas na infecção pelo Dengue.

Encefálicas	Medulares	De nervos periféricos
Convulsão (8 casos)	Mielite transversa (2 casos)	Polirradiculoneurite aguda (2 casos)
Encefalite (7 casos)		Meningoencefalite (2 casos)
AVCH (3 casos)		Síndrome de Guillan Barré (7 casos)
Meningoencefalite (1 caso)		Polineuropatia (1 caso)
Cefaleia persistente (1 caso)		Neurite óptica (1 caso)
ADEM (1 caso)		Agravamento de espasmo facial (1 caso)
Hemorragia subaracnóidea (2casos)		Paralisia facial periférica (2 casos)

Soares estudou 17 pacientes diagnosticados com dengue que apresentaram manifestações neurológicas no curso da infecção aguda. Observou-se 7 pacientes com encefalite, 2 com mielite, 4 com SBG e 4 com cefaleia (SOARES, 2005).

DISCUSSÃO

A associação entre manifestações neurológicas e a infecção pelo vírus da dengue foi descrita primeiramente em 1976 por Sanguansermisri et al. (PANCHAROEN, 2001), e, inicialmente, recebeu pouca importância. Com o aumento da incidência das manifestações neurológicas em regiões endêmicas para o Dengue, entendeu-se a importância de pesquisar o vírus como agente etiológico dessas manifestações (SOARES, 2005).

Jackson et al. mostrou em seu estudo que a encefalite é a mais comum manifestação neurológica secundária à infecção pelo Dengue, e que há alta ocorrência de encefalite em pacientes com infecção pelo dengue em regiões endêmicas (JACKSON et al., 2008).

Em acordo com o estudo de Jackson et al., Puccioni-Sohler descreveu a encefalite como a manifestação mais comum, aparecendo com os principais sintomas: convulsão, alteração no nível de consciência e cefaleia (PUCCIONE-SOHLER, 2012). Ambos os artigos concordam que a meningite manifesta-se mais comumente em crianças, com sinais clínicos de sonolência e rigidez de nuca (JACKSON et al., 2008; PUCCIONE-SOHLER, 2012).

Weeratonga et al. não encontrou casos de encefalite entre os pacientes estudados por ele. Atribuiu esse fato à possibilidade de diferente predisposição neurológica dos sorotipos virais encontrados em seu estudo e à idade dos pacientes, pois aparentemente a encefalite causada pelo Dengue é mais comum na faixa pediátrica, não incluída em seu estudo.

Misra também dissertou sobre a encefalopatia, caracterizando-a como complexa e multifatorial, podendo ocorrer tanto devido a mudanças metabólicas quanto à infecção pelo vírus da Dengue (MISRA, 2014).

Pancharoen concluiu que as convulsões não são incomuns na evolução da infecção pelo Dengue, principalmente em crianças. Em seu estudo, Pancharoen aventou a possibilidade de causas primárias específicas para as convulsões, devido ao achado de crianças com idade superior a 6 anos, com convulsões após dois dias de febre e sinais de irritação

meníngea. Entretanto, a coexistência de outras manifestações tornou difícil avaliar a causa das convulsões (PANCHAROEN, 2001).

O acometimento da medula espinhal não é frequente, segundo Jackson et al., e não foi muito bem descrito nos artigos estudados, porém, Soares relata ser importante pesquisar o vírus da Dengue como causador de mielite em regiões endêmicas (SOARES, 2005).

A Síndrome de Guillain Barré foi comum a quase todos os artigos estudados. No estudo de Jackson et al., 3,7% dos pacientes apresentaram a clínica da síndrome (JACKSON et al., 2008). Soares, Puccione-Sohler e Ferreira et al. concordam que o vírus da Dengue deve sempre ser investigado como agente etiológico da SBG.

CONCLUSÃO

Após a pesquisa em banco de dados e a seleção de artigos, conclui-se que a dengue é uma doença de alta prevalência em países em desenvolvimento, podendo estar associada a manifestações neurológicas no curso da doença e por isso é de extrema importância o estudo de suas diversas manifestações. Nos artigos estudados, observou-se que as manifestações neurológicas estão presentes em um número considerável de pacientes e que podem estar associadas a um episódio prévio de dengue hemorrágica. A encefalite é a manifestação neurológica mais comum e deve sempre ser investigado o vírus da dengue como agente etiológico de tal manifestação, além da miosite e Síndrome de Guillain Barré.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, M. L. B.; et al. MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS DE DENGUE: Estudo de 41 casos. **ArqNeuropsiquiatr**. Recife, v. 63, n. 2-B, p. 488-493, 2005.

JACKSON, S. T.; et al. Dengue Infection in Patients Presenting with Neurological Manifestations in a Dengue Endemic Population. **West Indian Med J**. Kingston, v. 57, n. 4, p373-376, 2008.

MISRA, U. K.; KALITA, J.; SINGH, A. P. Role of Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) in the Neurological Manifestations of Dengue: A Preliminary Study. **Inflamattion**.Lucknow, v. 37, n. 2, p. 611-614, 2014.

PANCHAROEN, C.; THISYAKOM, U. Neurological manifestations in dengue patients. **Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health**.Thailand, v. 32, n. 2, p. 341-345, 2001.

PUCCIONE-SOHLER, M.; ORSINI, M.; SOARES, C. N. Dengue: a new challenge for neurology. **NeurolInt**.V. 4, n. 3, p. 15, 2012.

SOARES, C. N. Neurological manifestations of Dengue infection: Clinical characteristics and cerebrospinal fluid analysis. **ArqNeuropsiquiatr**. V. 64, n. 1, p. 161-163, 2005.

SOLOMON, T.; et al. Neurological manifestations of dengue infection. **The Lancet**. Liverpool, v. 355, n. 9209, p. 1053-1059, 2000.

WEERATUNGA, P. N.; et al. Neurological manifestations of dengue: A cross sectional study. **Travel Medicine and Infectious Disease**. Sri Lanka, v. 12, p. 189-193, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control -- New edition. . [Internet]. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/tdr/publications/documents/dengue-diagnosis.pdf>

DOENÇA CELÍACA: UMA REVISÃO SOBRE AS CAUSAS, DIAGNÓSTICO E CUIDADOS PARA OS CELÍACOS E SUAS FAMÍLIAS

lasmim Fernandes Barcelos¹; Kíssila Bonna Lembrance¹; Sarah Maria Vargas²

1 - Acadêmica de Biomedicina na Escola Superior São Francisco de Assis (ESFA)

2 - Doutora em Genética e Professora da Escola Superior São Francisco de Assis (ESFA)

RESUMO

A doença celíaca (DC) é uma enfermidade autoimune que acomete indivíduos geneticamente predispostos. Ela resulta da intolerância alimentar através da ingestão de alimentos que contenham proteínas do glúten, ou seja, qualquer reação adversa aos alimentos de caráter não imunológico, podendo aparecer durante a infância ou na vida adulta. As manifestações clínicas variam desde as formas assintomáticas até as formas graves. O diagnóstico da DC se dá por teste sorológico, que só é confirmado através da biópsia duodenal distal, que indicará alterações nas características histopatológicas. O tratamento da doença é realizado através da dieta isenta de glúten por toda a vida após a descoberta. São necessários cuidados com a preparação, armazenamento e higiene dos alimentos e dos ambientes em que estes serão preparados, para não haver risco de contaminação cruzada entre alimentos isentos de glúten e alimentos que contenham glúten. Crises bastante dolorosas ao paciente portador da DC podem ocorrer se os devidos cuidados não forem tomados. Quando não tratada corretamente, a DC pode acarretar o surgimento de diversas patologias, como por exemplo, osteoporose, esterilidade, distúrbios neurológicos e psiquiátricos.

Palavras-chave: dieta, glúten, contaminação cruzada

INTRODUÇÃO

A doença celíaca (DC) é uma enfermidade autoimune que acomete indivíduos pré-dispostos geneticamente, através da ingestão de alimentos que contenham proteínas do glúten e seu principal tratamento consiste em uma dieta fundamentada na exclusão total dessas proteínas (ARAÚJO, 2008). O glúten está presente no trigo, aveia, centeio, cevada e seus derivados, como pães, gelatina, cerveja e massas em geral (ARAÚJO et al., 2010). Esses cereais são amplamente utilizados na composição de alimentos, medicamentos, bebidas industrializadas, assim como cosméticos e outros produtos não ingeríveis. Na verdade, certos componentes do glúten (proteínas presentes em cada cereal) são prejudiciais e tóxicos ao intestino do paciente portador da DC. No trigo é a gliadina, na cevada é a hordeína, na aveia é a avenina e no centeio é a secalina (BRASIL, 2004). Segundo a Associação dos Celíacos do Brasil – ACELBRA (2004), o glúten não desaparece quando os alimentos são assados ou cozidos, e por isto uma dieta deve ser seguida à risca. Além disso, o processamento de alimentos sem glúten deve ser realizado com a máxima atenção e higiene, para evitar uma possível contaminação cruzada.

A DC é caracterizada por alterações no intestino delgado dos portadores, diminuindo as vilosidades intestinais e a área de absorção de nutrientes (CASELLAS et al., 2008). Em resumo, a DC inicia-se sob a forma de uma inflamação no duodeno (duodenite, infiltração de células do sistema imunitário como os linfócitos T). À medida que a ingestão de glúten se mantém ocorrem outras alterações na mucosa: alongamento das criptas e achatamento (atrofia) das vilosidades que forram o duodeno (FENACELBRA, 2014).

Desde 2003, a Lei Federal nº 10.674 (BRASIL, 2003) exige que todos os alimentos industrializados indiquem nas suas embalagens se há ou não presença de glúten como medida preventiva e de controle da DC.

A única forma de tratamento existente para a doença é a total eliminação do glúten da alimentação. Baseado nisso, é importante a busca por substâncias que promovam as mesmas características de paladar e funcionais que o glúten; isso tornaria mais fácil a aceitação de produtos livres dessa substância e ajudaria os pacientes a seguirem a dieta a risca e sem grandes dificuldades (ZANDONADI, 2006).

A DC é uma doença de herança multifatorial e seus mecanismos não são completamente entendidos. Em grande parte dos portadores ela se apresenta de forma assintomática, reforçando assim a necessidade de estudos que tratem deste tema, contendo informações que esclareçam a população, visando o seu bem-estar.

Esta revisão tem como finalidade reunir dados sobre a doença, seu diagnóstico e, demonstrar a importância da dieta na qualidade de vida dos portadores, sendo ela a única forma de tratamento disponível.

GLÚTEN

O glúten é uma proteína presente em cereais, e que tem como características a elasticidade, aderência, insolubilidade. É constituído por frações de gliadina e de glutenina, que, na farinha de trigo, totalizam 85% da fração proteica (ZANDONADI et al., 2010).

Até recentemente, apenas as prolaminas eram consideradas agentes causadores da DC, porém estudos mostram que a glutenina também possui ação tóxica sobre a mucosa intestinal (SILVA, 2010).

O glúten é composto por duas frações proteicas, sendo o trigo o único cereal que apresenta essas frações proteicas em quantidade adequada para formação do glúten. No entanto, essas proteínas podem ainda estar presentes em outros cereais, como cevada, centeios e aveia, nas formas, respectivamente de hordeína, secalina e avenina (ARAÚJO et al., 2010).

Esses cereais podem ser adicionados durante o processamento ou o preparo de alimentos na indústria, em domicílio ou nos serviços de alimentação. Alguns exemplos de onde podem ser encontrados esses cereais são sorvetes, achocolatados em pó, chicletes, sopas, maionese, molho de tomate, alimentos infantis e outros (ARAÚJO et al., 2010).

Suas propriedades de originar elasticidade, agir como emulsificante, formar espuma, conferir firmeza, umidade e uniformidade ao produto (ZANDONADI et al., 2010) justificam seu uso nas indústrias de alimentos e, também, nas indústrias de medicamentos e cosméticos.

Segundo Saponi et al. (2010), a introdução de alimentos que contém glúten ocorreu a cerca de 10000 anos e representou um desafio revolucionário que criou condições para o desenvolvimento de doenças humanas relacionadas à exposição ao glúten.

DOENÇA CELÍACA

Conforme Benati e Paula (2011, p.11-12), “pesquisas apontam que 1% da população mundial é celíaca” e, em relação ao Brasil, as Associações de Celíacos do Brasil (ACELBRAs) “estimam que exista no país mais de um milhão de celíacos, mas a maioria dessas pessoas não sabe que tem doença celíaca”.

De acordo com Sdepanian et al. (2001, p. 132) a doença celíaca “é uma intolerância permanente ao glúten, caracterizada por atrofia total ou subtotal da mucosa do intestino

delgado proximal e conseqüentemente má absorção de alimentos em indivíduos geneticamente susceptíveis”.

Rito Nobre et al. (2007, p.184) descrevem a fisiopatologia da DC como algo complexo, pois ela resulta da interação entre fatores ambientais, genéticos e imunológicos.

O principal fator ambiental envolvido é o glúten (ARAÚJO, 2008, p. 20). Outro fator ambiental que pode exercer um importante papel no desenvolvimento da DC é a época da introdução do glúten na dieta, o que se tornou o objeto de estudo de vários pesquisadores (CASEMIRO, 2006).

De acordo com Leperset al. (2004) a DC se caracteriza por uma resposta imunitária anormal aos peptídeos derivados da gliadina e da glutenina.

Os linfócitos T CD4+ sensíveis reconhecem múltiplos epítopos do glúten, mediante apresentação através das moléculas DQ2 e DQ8. Os clones linfocitários ativados proliferam e produzem diversas citocinas pró-inflamatórias, responsáveis pelo estímulo de células T citotóxicas, promoção de infiltrado celular e produção de metaloproteínas que lesam a matriz extra-celular (RITO NOBRE et al., 2007).

“A celíaca pode se manifestar em qualquer fase da vida, com ou sem apresentação de sintomas” (BENATI; PAULA, 2011, p11).

A DC pode apresentar vários quadros clínicos, com diversos sinais e sintomas (FARO, 2008). De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (2010), existem três formas de apresentação clínica da DC: clássica ou típica, não clássica ou atípica e assintomática ou silenciosa.

- Forma clássica ou típica: caracteriza-se pela presença de diarreia crônica, em geral acompanhada de distensão abdominal e perda de peso. Os pacientes também podem apresentar diminuição do tecido celular subcutâneo, atrofia da musculatura glútea, falta de apetite, alteração de humor (irritabilidade ou apatia), vômitos e anemia. Essa forma clínica pode ter evolução grave, conhecida como crise celíaca, que ocorre quando há retardo no diagnóstico e na instituição de tratamento adequado, particularmente entre o primeiro e o segundo ano de vida, sendo frequentemente desencadeada por infecção. Essa complicação potencialmente fatal se caracteriza pela presença de diarreia com desidratação hipotônica grave, distensão abdominal por hipopotassemia e desnutrição grave, além de outras manifestações, como hemorragia e tetania.
- Forma não clássica ou atípica: caracteriza-se por quadro mono ou oligossintomático, em que as manifestações digestivas estão ausentes ou, quando presentes, ocupam um segundo plano. Os pacientes podem apresentar manifestações isoladas, como, por exemplo, baixa estatura, anemia por deficiência de ferro refratária à reposição de ferro por via oral, anemia por deficiência de folato e vitamina B12, osteoporose, hipoplasia do esmalte dentário, artralgias ou artrites, constipação intestinal refratária ao tratamento, atraso puberal, irregularidade do ciclo menstrual, esterilidade, abortos de repetição, ataxia, epilepsia (isolada ou associada à calcificação cerebral), neuropatia periférica, miopatia, manifestações psiquiátricas (depressão, autismo, esquizofrenia), úlcera aftosa recorrente, elevação das enzimas hepáticas sem causa aparente, adinamia, perda de peso sem causa aparente, edema de surgimento abrupto após infecção ou cirurgia e dispepsia não ulcerosa.
- Forma assintomática ou silenciosa: caracteriza-se por alterações sorológicas e histológicas da mucosa do intestino delgado compatíveis com DC, na ausência de manifestações clínicas. Essa situação pode ser comprovada especialmente entre grupos de risco para a DC, como, por exemplo, parentes em primeiro grau de pacientes celíacos, e vem sendo reconhecida com maior frequência nas últimas duas décadas, após o desenvolvimento dos marcadores sorológicos para a doença (Portaria SAS/MS no 307, de 17 de setembro de 2009. Republicada em 26.05.10 p. 203-204).

Em grande parte dos casos, a DC tem um diagnóstico difícil de ser realizado. “Em torno de 10% dos casos, há dificuldade de diagnóstico por achados discordantes entre sorologia, clínica e histologia” (GAMA e SILVA; FURLANETTO, 2010, p. 122).

“O diagnóstico dessa doença baseia-se em testes sorológicos (antiendomíal, antigliadina e anticorpos de antitransglutaminase)” (NASCIMENTO, 2012, p. 54). Um teste sorológico positivo sugere o diagnóstico para DC (GAMA e SILVA, 2010), mas o diagnóstico só pode ser confirmado através da biópsia duodenal distal, teste padrão-ouro, que mostra mudança nas características histopatológicas (NASCIMENTO, 2012, p. 54).

Segundo Nascimento et al. (2012), há a necessidade de realizar no mínimo três biópsias para confirmar o diagnóstico da doença: a primeira delas revela atrofia das vilosidades intestinais, a segunda, logo após o tratamento, para demonstrar a recuperação das vilosidades e criptas, e a terceira e última que mostra os danos causados pela ingestão do glúten.

Conforme o trabalho realizado por Rocha (2012, p.23) “o tratamento da DC é realizado de forma dietética, sendo assim, é necessário iniciar uma dieta isenta de glúten por toda a vida”. Quando não tratada corretamente pode ocasionar o surgimento de diversas patologias. De acordo com o Ministério da Saúde, existem relatos que incluem diversas complicações, tais como:

Complicações não malignas da doença celíaca como, por exemplo, osteoporose, esterilidade, distúrbios neurológicos e psiquiátricos. Dentre as complicações malignas estão o linfoma, carcinoma de esôfago e faringe, e adenocarcinoma de intestino delgado. O risco de complicações está associado com a não obediência à dieta isenta de glúten. Portanto, esses dados justificam a prescrição de dieta totalmente isenta de glúten, durante toda a vida, a todos os pacientes com doença celíaca, independentemente das manifestações clínicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 206).

ROTULAGEM E ARMAZENAMENTO DOS ALIMENTOS COM GLUTEN

Segundo Ferreira e Lanfer-Marquez (2007, p.89), atualmente existem três regulamentos em vigor no país a respeito do glúten.

A lei Nº 8.543, de 23 de dezembro de 1992 que obriga o fabricante do produto a indicar no rótulo a presença de glúten em alimentos que o contém (BRASIL, 1992).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 40, de 8 de fevereiro de 2002 é responsável pela padronização dos rótulos e indica como deve ser mencionada a presença de glúten nos alimentos e bebidas (BRASIL, 2002).

Em 16 de maio de 2003 foi publicada a lei nº 10.674 que “obriga que os produtos alimentícios comercializados informem sobre a presença de glúten, como medida preventiva e de controle da doença celíaca” (BRASIL, 2003). Todos os alimentos devem conter inscritos nos seus rótulos “CONTÉM GLÚTEN” ou “NÃO CONTÉM GLÚTEN”, de maneira visível, com destaque e que proporcione uma fácil leitura.

Em 18 de janeiro de 2012 foi criada no Estado do Espírito Santo a Lei Estadual nº 9.788, que diz “os supermercados, hipermercados e estabelecimentos similares que comercializam produtos alimentícios ficam obrigados a disponibilizar em local único, específico e com destaque os produtos destinados ou indicados aos indivíduos celíacos, diabéticos e com intolerância à lactose” (BRASIL, 2012). O local único pode se referir a um setor do estabelecimento, um corredor, uma prateleira, uma gôndola ou um quiosque.

A informação referente ao glúten presente nos rótulos dos alimentos industrializados permite que o doente celíaco tenha segurança no momento em que deverá pôr em prática a sua

dieta, e conseqüentemente não venha a apresentar os efeitos adversos ocasionados pela intolerância ao glúten. Porém, vale ressaltar que a indicação da presença ou não da proteína não indica que o alimento ou bebida está isento, e que ainda, não há na legislação brasileira informações sobre o limite do teor de glúten aceitável nos alimentos e nem um órgão responsável por fiscalizar a produção, embalagem, transporte e o armazenamento de tais produtos.

CONTAMINAÇÃO CRUZADA

A manipulação de alimentos a serem produzidos sem glúten deve ser restrita a locais e utensílios que não sejam propícios a contaminações com a proteína do glúten e seus derivados. Métodos rigorosos devem ser considerados para evitar que cheguem as prateleiras lotes de produtos com baixa qualidade para celíacos.

Como forma de contaminação, podemos citar principalmente as que ocorrem no local de manipulação do alimento e a contaminação que ocorre no processamento da matéria prima.

Mas então o que seria contaminação? A contaminação nada mais é do que a presença de glúten no alimento ou nos ingredientes em quantidade superior a 20 ppm (parte por milhão) como determina o Codex Alimentarius (Codex padrão de alimentos para uso de pessoas intolerantes ao glúten e em dietas especiais).

Os celíacos devem ter muito cuidado em relação à contaminação, pois há uma grande possibilidade de haver contaminação cruzada entre os alimentos que possuem glúten e aqueles ditos como isentos, podendo ser contaminados durante a fabricação, empacotamento e até mesmo no momento da preparação do alimento.

O ambiente em que o alimento do celíaco é preparado, assim como os utensílios, panelas, armários, entre outros, não deve ser utilizado para a produção de alimentos com presença de glúten, pois há um grande risco de contaminação. A partir do momento da descoberta da doença, devem-se trocar todos os utensílios, pois estes podem conter resíduos de glúten que farão mal ao celíaco. De acordo com Lobão (2012) até mesmo a higienização dos panos de prato, de guardanapos e toalhas de mesa utilizadas na preparação de alimentos sem glúten precisa ser separada das demais.

Caso não seja possível ter um local separado para a preparação dos alimentos sem glúten, o espaço que será utilizado deve ser limpo da melhor maneira possível para garantir que esteja livre de qualquer tipo de contaminante (LOBAO, 2012).

O celíaco deve sempre estar atento às embalagens de qualquer produto que queira adquirir, pois até mesmo medicamentos, cosméticos e produtos de higiene podem conter glúten em sua composição.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que a DC é uma doença autoimune, de herança multifatorial e de difícil diagnóstico. Apesar da dificuldade, é clara a importância da sua detecção o quanto antes para a diminuição das manifestações clínicas no portador, como também o agravamento do quadro da doença e, conseqüentemente a aplicação de um tratamento adequado.

Assim, com o tratamento pertinente ao caso, é proporcionada ao paciente uma melhor qualidade de vida, sempre tendo em vista os cuidados e as orientações necessárias para que não haja algum dano futuro.

O portador da DC e sua família devem estar sempre atentos ao local em que o celíaco realiza suas refeições e também à preparação dos seus alimentos, pois qualquer tipo de contaminação pode acarretar em crises dolorosas e desconfortáveis ao paciente. Portanto, é indicado sempre que o paciente leve a sua comida de casa para quaisquer locais.

Finalmente, espera-se que esforços sejam feitos no sentido de aumentar o incentivo para a realização de estudos que foquem a detecção mais rápida e precisa da doença. Com um diagnóstico mais eficaz os portadores da DC, mesmo assintomáticos, poderão se beneficiar evitando crises causadas pelo consumo do glúten. Outro fato que não podemos deixar de mencionar é a importância da conscientização e apoio da família do paciente, pois a contaminação cruzada é algo comum dentro dos lares e pode prejudicar o sucesso da dieta e qualidade de vida do celíaco.

AGRADECIMENTOS

Deixo expresso nosso sincero agradecimento a Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES) pela concessão de bolsa para a realização da iniciação científica da aluna Iasmim Fernandes Barcelos.

REFERÊNCIAS

ACELBRA, **Associação dos Celíacos do Brasil**. Disponível

em: <<http://www.ancelbra.org.br/2004/doencaceliaca.php>>. Acesso em: 2 mar. 2015.

ARAÚJO, H. M. C. **Impacto da doença celíaca na saúde, nas práticas alimentares e na qualidade de vida de celíacos**. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) -

Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Xxp.

ARAÚJO, H. M. C.; ARAÚJO, W. M. C.; BOTELHO, R. B. A.; ZANDONADI, R. P. Doença celíaca, hábitos e práticas alimentares e qualidade de vida. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.23,n.3, p. 467-474 2010.

BAI, J. C.; FRIED, M.; ROBERTO, G.; SCHUPPAN, D.; FARTHING, M.; CATASSI, C.; GRECO, L.; COHEN, H.; CIACCI, C.; FASANO, A.; GONZÁLEZ, A.; KRABSHUIS, J. H.; LEMAIR, A.; **Celiac disease**. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. 2012.

BENATI, Raquel; PAULA, Flávia Anastácio **Vida sem glúten: (Sobre) Vivendo em Comunidade**. Acelbra. Rio de Janeiro, 2011. ACELBRA, Associação dos Celíacos do Brasil.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_v1.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2014.

BRASIL. **Presidência da República - Casa Civil**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.674.htm> Acesso em: 2 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Visalegis: Legislação em Vigilância Sanitária**. Lei n.8.543, de 23 de dezembro de 1992. Presença de glúten. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/eb747b004ac01daa95d7bfa337abae9d/Lei_n_8543_de_23_de_dezembro_de_1992.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 12 ago. 2015.

Brasil. Resolução RDC n.40, de 08 de fevereiro de 2002. **A Diretoria Colegiada da ANVISA/MS aprova o regulamento técnico para rotulagem de alimentos e bebidas que contenham glúten**. Diário Oficial da União. 2002 13 fev; (29):34; Seção 1.

Brasil. Lei n.10.674, 16 de maio de 2003. **O Congresso Nacional obriga que os produtos alimentícios comercializados informem sobre a presença de glúten**. Diário Oficial da União. 2003 19 maio; (94):1; Seção 1.

Brasil. Lei Estadual n.9.788, de 18 de janeiro de 2012. **Assembleia Legislativa do Estado Espírito Santo**. Disponível em: <http://www.al.es.gov.br/antigo_portal_ales/images/leis/html/LO9788.html>. Acesso em: 12 ago. 2015.

CASELLAS, F.; RODRIGO, L.; VIVANCOS, J. López; Riestra, S.; PANTIGA, C.; BAUDET, J.S.; JUNQUERA, F.; DIVÍ, J.P.; ABADIA, C.; PAPO, M.; GELABERT, J.; MALAGELADA, J.R. Factorsimpacthealth-relatedqualityoflife in adultswithceliacdisease: A multicenterstudy. **World JournalofGastroenterology**, v. 14, n. 1, p. 46-52, 2008.

CASEMIRO, J. M. **Adesão à dieta sem glúten por pacientes celíacos em acompanhamento no Hospital Universitário de Brasília**. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina, Brasília, 2006.Xxp.

FARO, Helena Campos. **Doença Celíaca: revisão bibliográfica** / Helena Campos Faro. Brasília: Hospital Regional da Asa Sul, 2008. vii, 95f.

FENACELBRA. **Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil**. Disponível em: <<http://www.fenacelbra.com.br/fenacelbra/sensibilidade-ao-gluten-na-ausencia-de-doenca-celiaca/>>. Acesso em: 8 mar. 2015.

FERREIRA, A. B.; LANFER-MARQUEZ, U. M. Legislação brasileira referente à rotulagem nutricional de alimentos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.20, n.1, p.83-93,2007.

GAMA e SILVA, T. S.; FURLANETTO, T. W. Diagnóstico de doença celíaca em adultos. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v.56, n.1, p.122-126, 2010.

LEPERS, S.; COUIGNOUX S.; COLOMBEL; J.F.; DUBUCQUOI, S. Celiac disease in adults: new aspects. **Rev. Med. Interne**.v.25, p.22-34, 2004.

LOBÃO, Noadia. **Boas práticas para evitar a contaminação por glúten**. Disponível em: <[http://www.riosemgluten.com/Noadia Lobao livre de gluten boas praticas DEZ%202012.pdf](http://www.riosemgluten.com/Noadia%20Lobao%20livre%20de%20gluten%20boas%20praticas%20DEZ%202012.pdf)> Acesso em: 23 jul. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de atenção à saúde. Doença celíaca. In: **Protocolo clínicos e diretrizes terapêuticas**. 2 ed. v.1. Brasília: Palote, 2010. p. 203-210. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_v1.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.

NASCIMENTO, K.O.; TAKEITI, C.Y.; BARBOSA, M.I.M.J..Doença Celíaca: Sintomas, diagnóstico e tratamento nutricional. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v.12, n.30, p.53-63,2012.

RITO NOBRE, S.; SILVA, T.; CABRAL, J.E.P.Doença Celíaca Revisitada. **GE - J PortGastrenterol**.v.14, p.184-193, 2007.

SAPONE, A.; et al. Differential Mucosal IL-17 Expression in Two Gliadin-Induced Disorders: Gluten Sensitivity and the Autoimmune Enteropathy Celiac Disease.**International Archives of Allergy and Immunology**,v.152, p.75-80, 2010.

SDEPANIAN, V.L.et al. Doença celíaca: características clínicas e métodos utilizados no diagnóstico de pacientes cadastrados na Associação dos Celíacos do Brasil.**Jornal de Pediatria**, v.77, n.2, 2001.

ZANDONADI, R. P. **Psyllium como substituto do glúten**. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.Xxp.

FACULDADE
MULTIVIX
VITÓRIA

www.multivix.edu.br