

REFAN

Revista Eletrônica da Faculdade Noroeste



**SISTEMA DE ENSINO
PROGRESSIVO**

**FOCO NA PRÁTICA
PROFISSIONAL**

O Ensino Progressivo proporciona o desenvolvimento das habilidades e competências necessárias para a prática profissional

CENTRO DE ENSINO NOROESTE LTDA-ME

Faculdade Noroeste

Diretora Pedagógica: Profa. Dra Cleyde Ferreira Barreto Valotto

Diretor Geral: Prof. Adriano Franco Valotto



Avenida Mangalô, 2385 Morada do Sol, 74085-10 Goiânia-GO.

APRESENTAÇÃO

A Revista Eletrônica da Faculdade Noroeste (REFAN) tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais nas seguintes áreas: Pedagogia, Letras, Administração, Ciências Contábeis, Direito, Enfermagem, Biomedicina, Radiologia. Estética e Cosmética, Serviço Social, Farmácia e Educação Física.

Compreendem-se por trabalhos, os artigos decorrentes de pesquisas teóricas ou empíricas, de experiências pedagógicas e de elaboração de resenhas resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas sobre práticas.

A Revista não aceita trabalhos encaminhados simultaneamente para outros periódicos ou para livros.

A REFAN tem como público-alvo estudantes, professores, pesquisadores e públicos interessados na área em geral.

Com fluxo aberto ao longo de todo ano, a revista segue uma publicação semestral e permanente, vinculada a Faculdade Noroeste. Seu lançamento se deu no ano de 2019. É publicada unicamente em versão online pelo endereço eletrônico: <https://fanduca.com.br/graduacao/revista-eletronica/>.

A publicação de um artigo implica na cessão integral dos direitos autorais a REFAN, para divulgação por meio eletrônico – internet.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO PELOS PARES

Os trabalhos deverão ser enviados ao Presidente da Comissão Editorial, via e-mail, (artigos@faculdadesfanpadrao.com.br), que os submeterá ao juízo do Conselho Editorial, para verificação de adequação à política editorial da revista e do cumprimento de exigências normativas. Os artigos serão encaminhados, sem identificação, a no mínimo dois avaliadores externos. No caso de discrepância avaliativa será enviado a um terceiro parecerista. O nome dos avaliadores será mantido em sigilo.

1. A REFAN publica artigos originais e inéditos, considerando a linha editorial da Revista, tratamento dado ao tema, consistência e rigor. Os artigos deverão lhe ser destinados com exclusividade.

2. O resumo e o abstract apresentados devem conter de 150 à 250 palavras, indicando objetivo do estudo, abordagem metodológica e resultados. Os resumos e abstracts que estiverem sem essas informações

serão considerados incompletos e o artigo será rejeitado.

3. As referências bibliográficas que estiverem discrepantes em relação às normas de publicação levarão a rejeição do artigo.

SUBMISSÕES

As submissões devem ser realizadas exclusivamente por e-mail, (artigos@faculdadesfanpadrao.com.br).

NORMAS

1. Serão considerados para publicação trabalhos que se enquadrem nas seguintes categorias: artigos de estudos teóricos, resultados de pesquisas, ensaios e resenhas.

2. Os trabalhos deverão ser enviados ao Editor Chefe, via e-mail, que os submeterá ao juízo do Conselho Editorial, para verificação de adequação à política editorial da revista e do cumprimento de exigências normativas.

4. A Revista, através do editor científico, notificará o autor principal se o artigo foi aprovado para publicação ou rejeitado. A notificação será acompanhada de cópia do conteúdo dos pareceres, sem a identificação dos avaliadores.

5. Os artigos que são resultados de pesquisas que envolvem seres humanos (entrevistas, experimentações, etc.) devem indicar o respeito aos procedimentos éticos estabelecidos para a pesquisa científica. Quando houver a permissão para a identificação do sujeito e ou uso de imagens, é preciso informar em nota. É preciso garantir o anonimato aos participantes da pesquisa e, se necessário, às instituições que assim o solicitarem.

Todas as pesquisas que envolvam seres humanos devem vir acompanhadas da aprovação do Comitê de Ética, e ser submetido como documento suplementar.

6. Caso haja, deve ser indicado em nota de rodapé, no início do texto a fonte de financiamento relacionado ao trabalho a ser publicado.

7. Os textos dos artigos deverão ter uma extensão entre 8 a 12 laudas, não contados o resumo e as referências.

8. O texto deverá apresentar, inicialmente, os resumos entre 150 a 250 palavras, para isso, ver a NBR 6028, de novembro de 2003 da ABNT. O resumo não deverá ser redigido na primeira pessoa e deverá

conter o foco temático, objetivo, método, resultados e conclusões do trabalho. Deverão ser indicadas três palavras-chave.

10. O número de autores recomendado por artigo é de, no máximo, sete;

11. Os textos devem ser escritos de forma clara e fluente. A utilização de notas finais deve ser para alguma informação de caráter explicativo, não excedendo a utilização de 200 palavras em cada nota. O autor deverá cuidar para não utilizar referências que possam identificá-lo no processo de avaliação, como "em meus trabalhos anteriores, em minha tese, em minha dissertação", etc. Se o trabalho for aceito, essas informações poderão constar na versão final do artigo.

12. Para a avaliação dos manuscritos serão observados os seguintes critérios: 1) relevância e abrangência do tema; 2) caráter inovador, desenvolvimento e aprofundamento do tema; 3) estrutura teórica e metodológica do trabalho; 4) conclusão e contribuição para área.

13. As citações devem seguir a NBR 10520, de agosto de 2002, da ABNT, a qual determina que:

– citações diretas com menos de três linhas devem vir inseridas no texto e colocadas entre aspas duplas. Deve constar a indicação do autor da citação.

Exemplos:

No final da citação: "Citação" (SILVA; GOMES, ano, p. 123).

No início ou inserida no texto: Segundo Silva (ano, p. 123) "Citação", ou ainda, Silva (ano, p. 123) diz que: "[...] citação".

– citações diretas com mais de três linhas devem ser destacadas com recuo de 4 cm da margem esquerda, com letra menor que a do texto e sem aspas. Ao final, deve constar: (SOBRENOME DO AUTOR CITADO, ano, p. 123).

– citações indiretas, ou seja, texto baseado na obra do autor consultado, deve ser adotado o mesmo critério anterior para a referência do autor; se fora dos parênteses, o sobrenome começa com maiúscula e depois letras minúsculas; se entre parênteses, o sobrenome aparece em letras maiúsculas.

– devem ser usados os seguintes recursos:

[...] para indicar supressões;

[] para indicar interpolações, acréscimos ou comentários;

itálico para dar ênfase;

(informação verbal) para dados oriundos de informação verbal em palestras, debates etc., com os dados referenciais em nota de rodapé. Exemplo de nota de rodapé: 1Notícia fornecida por Nome e Sobrenome do palestrante no Evento, em Local, em mês e ano.

grifo do autor ou grifo nosso: são usados após a paginação para esclarecer a autoria do grifo. Ex.: (SILVA, ano, p. 123, grifo do autor).

14. Os conceitos e afirmações contidas nos artigos serão de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

15. A revisão ortográfica e gramatical é de inteira responsabilidade do(s) autor(es) do artigo.

16. As referências deverão ser redigidas segundo as normas da ABNT NBR 6023 de agosto de 2002. Incluir somente obras mencionadas no texto.

NORMAS: Todos os exemplos aqui apresentados são fictícios.

– Autor pessoal

ÚLTIMO SOBRENOME (Caixa alta), Nome e Sobrenome. Título. 2. ed. (Número da edição) Local: Editora, ano.

– Até 3 autores

SILVA, Emanuel Tavares; GOMES, Galvão Vieira; SOUZA, Maria Nunes. Título. 13. ed. rev. e aum. Local: Editora, ano.

– Mais de 3 autores

SILVA, Emanuel Tavares. et al. Título: subtítulo. Local: Editora, ano.

– Organizador (es), coordenador (es), tradutor (es)

SILVA, Emanuel Tavares; GOMES, Galvão Vieira. (Orgs.). Título: subtítulo. Tradução de Nome e Sobrenome. [S.l.: s.n.] (Caso não contenha local e editora na obra referenciada), ano.

– Autor entidade

BRASIL. Ministério da Educação. Título. Brasília, DF, ano.

– Autoria desconhecida

PRIMEIRA palavra do título. Local: Editora, ano.

– Partes/capítulo de obra

SILVA, Emanuel Tavares. Título da parte. In: SOUZA, Maria Nunes. (Org.). Título da publicação: subtítulo. Local: Editora, ano. p. 3-9.

SILVA, Emanuel Tavares. Título da parte. In: SILVA, Emanuel Tavares (mesmo que o autor da parte seja igual ao da publicação no todo). Título da publicação. Local: Editora, ano. p. 3-9.

Monografias e partes de monografias em meio eletrônico e on-line

SILVA, Emanuel Tavares. Título. Local: Editora, ano. 1 CD-ROM.

SANTA MARIA. In: ENCICLOPÉDIA virtual dos municípios do RS. Local: Editora, ano. CD-ROM 1.

SILVA, Emanuel Tavares. Título. [S.l]: Editora, ano. Disponível em: <http://www.ufsm.br>. Acesso em: 3 jan. 2000.

VERBETE. In: DICIONÁRIO de línguas estrangeiras. Local: Editora, ano. Disponível em: <http://www.url completa>. Acesso em: 3 jan. 2000.

- Eventos (trabalhos apresentados)

SILVA, Emanuel Tavares.; GOMES, Galvão Vieira. Título. In: NOME DO EVENTO EM CAIXA ALTA, 1. (Numeração do evento, se houver), ano, local (do evento). Anais ... (mesmo caso para Resumos...) Local (da publicação): Editora, ano. p. 3-9. (Quando em meio eletrônico, adicione a descrição física do recurso utilizado após a paginação. Ex.: ... p. 3-9. 1 CD-ROM.)

- Eventos (trabalhos apresentados) on-line:

SILVA, Emanuel Tavares.; GOMES, Galvão Vieira. Título. In: NOME DO EVENTO EM CAIXA ALTA, 1. (Numeração do evento, se houver), ano, local (do evento). Anais eletrônicos... Local: Editora, ano. Disponível em: <http://www.url completa>. Acesso em: 3 jan. 2000.

- Artigos e/ou matéria de revista

SILVA, Emanuel Tavares. Título do artigo. Título da revista, local, n. 1 (número da publicação), p. 3-9 (paginação inicial e final), jan. 2000 (data da publicação).

CORPO EDITORIAL

Editores

Prof. Me. Adriano Franco Valotto
Profª. Ma. Alyne Oliveira da Costa
Profª. Dra. Cleyde Ferreira Barreto Valotto
Prof. Me. Júlio César Coelho do Nascimento

Avaliadores Ad-hoc

Profª. Ma. Jessica da Silva Campos
Prof. Me. Gyannini Jácomo Cândido do Prado
Prof. Ma. Érica Camelo Viana Lopes
Prof. Me. Marcelo Carneiro dos Santos
Prof. Me. José Vitor Magalhães Martins
Profª Dra. Lívia do Carmo Silva
Prof. Me. Sebastião Marques Gonçalves
Profª Ma. Mayline Regina Silva
Profª. Ma Layena Lindsay Souza Martins Ribeiro
Profª. Especialista Adriana Maria da Silva Santos
Prof. Especialista Eizecson Batista da Paz
Profª. Especialista Jheniffer da Silva Campos
Profª Ma. Marília Belmira de Castro Rego
Prof. Me. Guilherme Augusto da Costa
Prof. Esp. Jafter Raphael Ferreira de Brito

Sineide Denice Mendonça
Bibliotecária – CRB 1673

ENDEREÇO DA REVISTA

Contato principal

Faculdade Noroeste (FAN)

Av. Mangalô, nº 2385 - St. Morada do Sol, Goiânia - GO, 74475-115

Telefone: [\(62\) 3293-1993](tel:(62)3293-1993)

Whatsapp: [\(62\) 9 9969-7617](tel:(62)99969-7617)

E-mail: artigos@faculdadesfanpadrao.com.br

Endereço eletrônico: fanduca/revistaeletronica

Periodicidade

Publicação contínua

O recebimento de artigos caracteriza-se por fluxo contínuo sem que seja possível prever a data de sua publicação.

SUMÁRIO

1	INTOXICAÇÕES RELACIONADAS AO USO DE MEDICAMENTOS SEM EFICÁCIA PARA TRATAMENTO COVID 19.....	12
	Amanda Ferreira Barbosa Bahuer Gonçalves Araújo Fabiana Rodrigues Silva Francinaldo Silva Tavares Rafael Celestino Sousa Nathalia Siqueira Sardinha da Costa Gomes	
2	CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE CATETER VESICAL DE DEMORA: REVISÃO NARRATIVA.....	20
	Amanda Alves Souza Luiz Pâmela Costa e Costa Naiara de Melo Ferreira Domingues Vanessa Silva Moreira Ludmila Arruda de Campos Euzilane Alves de Souza Patrícia Ferreira Barbosa da Silva Júlio César Coelho do Nascimento	
3	COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO DIRETOR NA GESTÃO PARTICIPATIVA...	28
	Cleidyana Vitoria de Oliveira Miranda Flávia Almeida da Silva Leandro Barbosa dos Santos Machado Lethicia Roice Rodrigues da Silva Rosângela Matos dos Santos Epaminondas Rodrigues da Cruz Júnior	
4	O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NO TRATAMENTO E NA PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	34
	Audimar Siqueira Mary Angela Lopes Marcelo Branco	
5	DORES MENORES, CEFALÉIA E SISTEMA RESPIRATÓRIO: BREVE REVISÃO.....	41
	Douglas Aguiar Jovecy Cruz Bruno Jesus Maxley Lopes Willian Oliveira Enildo Ribeiro Nathalia Gomes	
6	FARMACOTERAPIA NO TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA.....	49
	Angela Maria da Silva Santos Divina Barbosa dos Santos Nadyne Nadila Canedo de Oliveira Martins Rita de Cassia de Paula Celestino	

7	SAÚDE DO CUIDADOR: EM UMA PERSPECTIVA DA SAÚDE DO IDOSO.....	61
	Brendha Barros Furtado de Oliveira Isadora dos Santos Alves Kesimarly Xavier da Silva Marco Antonio Fernandes dos Reis Martins Millena Cristina Rocha Pereira Pricilla Xavier Alencar	
8	EFEITOS SOCIAIS DA PANDEMIA DA COVID-19 SOBRE A POPULAÇÃO MAIS POBRE NO BRASIL.....	68
	Luana da Silva Celestino Gabriely Eduarda Fernandes Jesus Dalila Aparecida de Sousa Rosa Washington Pereira Campos	
9	ATENDIMENTOS DE PESSOAS SURDAS NA ÁREA DA SAÚDE.....	82
	Cleidiane Soares Lopes do Nascimento Maria Eduarda Mendes Rodrigues Michelly Araújo Santos Nayara Santinelle Nunes Mota Walyta Natália Borges Nunes Rayan Soares dos Santos	
10	A INCLUSÃO DA CRIANÇA COM O TRANSTORNO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NA EDUCAÇÃO INFANTIL.....	92
	Mylena Pereira da Silva Borges Érica Sandoval Garcez	
	Anais da VIII SEMAIS e II Congresso Acadêmico da Faculdade Noroeste	

INTOXICAÇÕES RELACIONADAS AO USO DE MEDICAMENTOS SEM EFICÁCIA PARA TRATAMENTO COVID 19

Amanda Ferreira Barbosa
Bahuer Gonçalves Araújo
Fabiana Rodrigues Silva
Francinaldo Silva Tavares
Rafael Celestino Sousa
Nathalia Siqueira Sardinha da Costa Gomes

RESUMO

Devido à grande necessidade de intervenção farmacoterapêutica para o tratamento do novo coronavírus, pesquisa-se sobre as possíveis interações medicamentosas presentes neste kit medicamentoso, a fim de analisar as interações medicamentosas dos fármacos usados para o tratamento da COVID-19, segundo orientação do Ministério da Saúde e fármacos mais utilizados pelo grupo de risco. Para tanto, é necessário elencar os medicamentos indicados para o tratamento da COVID-19 no Brasil, segundo diretrizes do Ministério da Saúde, investigar possíveis interações medicamento-medimento que incidem nos fármacos que compõem o combo utilizado para tratar contra a COVID-19, avaliar relações dos medicamentos para combate do vírus com medicamentos mais utilizados pelos grupos de risco. Realiza-se, então, uma pesquisa de interações medicamentosas entre os medicamentos do kit e os medicamentos mais utilizados pelos grupos de risco, utilizando para a produção deste trabalho foram utilizados artigos e revistas eletrônicas, pesquisados em sites de plataforma online tais como Scielo, Scopus, Science Direct e Sibi para assim elaborarmos o seguinte resultado a partir da leitura e estudo desses materiais. Todas as buscas foram realizadas entre o período de 29/04/2021 à 27/05/2021. Diante disso, verifica-se que na análise de 39 medicamentos, em 15 descobriram-se interações, o que impõe a constatação de que a associação desses fármacos entre si, ou com outros medicamentos de uso contínuo dos pacientes representa um risco importante durante a terapêutica farmacológica do COVID-19.

Palavras-chaves: Pandemia; Automedicação; Covid; Doença; Kitcovid.

1. INTRODUÇÃO

A medicação é essencial para o tratamento de doenças quando utilizada de maneira correta e de acordo com critérios médicos. Já a automedicação, ou seja, o uso de medicamentos por conta própria ou por indicação de pessoas não habilitadas, sem a avaliação prévia de um profissional capacitado, pode trazer inúmeros problemas (COSTA et al., 2020).

Entre os riscos da automedicação, a intoxicação é a mais perigosa. De acordo com o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas,

cerca de 30 mil casos de internação são registrados por ano no Brasil por decorrência de intoxicação. Os analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios estão entre os que mais intoxicam (COSTA et al., 2020).

Outro risco da automedicação é o fato de que, se um medicamento é ministrado na quantidade inapropriada, ou ainda, se combinado a outro, ele pode mascarar sintomas de uma doença mais grave. Muitos remédios, quando usados sem prescrição médica, como os anti-inflamatórios, podem ocultar doenças ou até mesmo provocar o comprometimento de outros órgãos, como os rins (DIAS et al., 2020).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) calcula que 18% das mortes por envenenamento no Brasil podem ser atribuídas à automedicação, e 23% dos casos de intoxicação infantil estão ligados à ingestão acidental de medicamentos armazenados em casa de forma incorreta (DIAS et al., 2020).

Nessa época de pandemia, há muita busca por remédios por conta própria, uma boa parte da população está sendo influenciadas pela circulação das chamadas *fake news* sobre medicamentos para combater o coronavírus. De acordo com o Conselho Federal de Farmácia (CFF), em 2020 medicamentos como a hidroxicloroquina (antimalárico), a ivermectina (vermífugo) e a nitazoxanida (antiparasitário) tiveram altas expressivas nas vendas devido à crença de que sejam fórmulas milagrosas que previnem ou curam a covid-19 (ZHANG et al., 2020).

Medicamentos disponíveis atualmente são indicados para tratar sinais e sintomas da doença, porém, somente devem ser usados sob a prescrição e a supervisão médica. Outra questão que chama a atenção na busca por algo que proteja contra a covid-19 é o aumento da procura por coquetéis vitamínicos para aumentar a imunidade. Contudo, especialistas alertam que as vitaminas parecem inofensivas, mas algumas também podem ocasionar interações medicamentosas importantes (ZHANG et al., 2020).

Aliado às informações falsas sobre medicamentos e receitas duvidosas, o medo de sair de casa para ir ao médico ou ao hospital aumentou a opção pela automedicação. Mas cresceu também a oferta de serviços como a telemedicina, que é a opção mais adequada neste momento. Sendo que o certo é fazer o acompanhamento médico é fundamental para o correto tratamento de qualquer problema de saúde. O

uso de medicamentos sem orientação, ao invés de ajudar, é arriscado e pode ser a fonte de outros problemas (ZHANG et al., 2020).

2. METODOLOGIA

Para a produção deste trabalho foram utilizados artigos e revistas eletrônicas, pesquisados em sites de plataforma online tais como Scielo, Scopus, Science Direct e Sibi para assim elaborarmos o seguinte resultado a partir da leitura e estudo desses materiais. Todas as buscas foram realizadas entre o período de 29/04/2021 à 27/05/2021.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Reações Adversas a Hidroxicloroquina

A hidroxicloroquina (nome comercial: Reuquinol/Plaquenil) pode causar toxicidade retiniana, de modo assintomático. Os sintomas são indicativos de severidade. Um dos fatores mais importantes aparenta ser a dosagem e o efeito cumulativo da hidroxicloroquina. E o risco de toxicidade é maior em pacientes obesos devido à clearance do medicamento. Algumas contraindicações são: a dosagem diária recomendada não exceder 400mg, fármaco não deve ser usado por mais de 5 anos, doença renal ou hepática concomitante, doença retiniana ou maculopatia, idade maior que 60 anos (MENEZES, 2020).

Embora a hidroxicloroquina tenha perfil de segurança conhecido por seu uso em patologias dermatológicas e reumatológicas, existe preocupação, envolvendo sua cardiotoxicidade (síndrome de QT prolongado e cardiomiopatias) em caso de uso prolongado em pacientes com condições médicas crônicas como disfunção renal, hepática ou imunossuprimidos. Existe, ainda, risco de hemólise ou supressão de medula óssea e, por isso, deve ser monitorada a contagem de células sanguíneas. A toxicidade de hidroxicloroquina pode ser, rapidamente, letal e o tratamento intensivo deve ser iniciado imediatamente (MENEZES, 2020).

3.2 Reações Adversas a Ivermectina

A ivermectina é o derivado da classe das avermectinas, um conjunto de substâncias desenvolvidas pelos actinomicetos *Streptomyces avermitilis*, sendo o derivado mais seguro e eficaz dessa classe. Seu descobrimento foi

em 1975 sendo um dos fármacos antiparasitários mais conhecidos e utilizados na medicina humana, além de ser um fármaco de grande espectro (PEDROSO *et al.*, 2020).

A ivermectina é destinada para o tratamento de diversas doenças tais como a estrogiloidíase intestinal, oncocercose, filariose, ascaridíase, escabiose e pediculite. Portanto, seus efeitos terapêuticos podem ser usados em uma gama de doenças parasitárias. É aconselhado para o tratamento em adultos e crianças com mais de 5 anos de idade ou com menos de 15kg, sua dosagem pode variar conforme for o agente infeccioso e o peso do paciente acometido (LUNA *et al.*, 2007).

Todo acontecimento desfavorável que houver no decorrer de um tratamento medicamentoso é classificado como um evento adverso a medicamentos. Entre os eventos adversos a medicamentos estão as reações adversas e as intoxicações medicamentosas, as duas são respostas indesejáveis consequentes do uso de medicamentos, sendo que na primeira as doses usadas são frequentemente empregadas e, na segunda as doses manipuladas são superiores às usuais (SANTOS, 2017).

No decorrer do tratamento com a ivermectina podem apresentar reações adversas como náuseas, ausência de apetite, dor abdominal, diarreia, constipação e vômitos, normalmente leves e transitórios. Relacionadas ao sistema nervoso central são capazes de apresentar tontura, sonolência, vertigem e tremor (SOUZA, 2021).

Em casos de intoxicação à ivermectina pode ocorrer o inchaço, surgimento de lesões cutâneas e urticária resultante de reação alérgica, tontura, dor de cabeça, náuseas e vômitos, convulsões, falta de ar, alteração na sensibilidade, dor abdominal e diarreia (REICHERT, 2016).

Recentemente estudos analisam o potencial antiviral da ivermectina principalmente para o tratamento contra a Covid-19, causadora da síndrome respiratória aguda grave. Em geral, a atividade antiviral da ivermectina é em razão da capacidade em estimular a resposta imune do hospedeiro e impedir a replicação viral. Entretanto, os efeitos adversos do uso desse fármaco são capazes de serem potencializados devido aos ajustes posológicos, sendo ainda necessários ensaios clínicos para determinar a segurança do uso da farmacologia da ivermectina para o tratamento da Covid-19 (PEDROSO *et al.*, 2020).

3.3 Reações Adversas a Vitaminas

As vitaminas são moléculas orgânicas fundamentais para nossa saúde. São importantes na transformação de energia, algumas são antioxidantes e são essenciais para o funcionamento dos vários sistemas do corpo, inclusive o nosso sistema imunológico. Podem ser divididas em dois tipos; as hidrossolúveis- são as vitaminas do Complexo B (B1, B2, B5, B6, B7, B9 e B12) e a vitamina C; e as lipossolúveis- vitaminas A, D, E, e K (CATANIA,2009).

Desde o início da pandemia de Covid-19, algumas vitaminas passaram a ser mais procuradas pelas pessoas, já que são conhecidas como fortalecedoras da imunidade. No período da pandemia, a maior justificativa para o aumento da busca foi melhorar a imunidade. Os três tipos mais procurados foram os multivitamínicos, vitamina C e vitamina D (GOIS, 2020).

Sabe-se que as vitaminas são fundamentais para o bom funcionamento do corpo. O que muitos nem imaginam é que não apenas a falta de suplementos pode trazer riscos para a saúde como, também, o seu consumo excessivo. Tanto a falta quanto o excesso de vitaminas pode ser nocivo ao organismo. Vitaminas consumidas em excesso podem provocar quadros de intoxicação, é que elas podem interferir em importantes processos do corpo humano, ou até mesmo diretamente no material genético de certos tecidos (CATANIA, 2009).

Portanto, essas são algumas das reações causadas pelo excesso do consumo, como: Pele seca fissura nos lábios, dores de cabeça, tonturas, queda de cabeça, câimbras, lesões hepáticas, hipercalcemia, pressão alta, perda de apetite, vômitos, cólica estomacal e diarreia. É importante lembrar que a suplementação deve ser sempre realizada com a orientação de um especialista. O diagnóstico é importantíssimo para estabelecer a quantidade adequada de vitaminas que o seu organismo necessita (GOIS, 2020).

3.4 Reações Adversas a Azitromicina

A azitromicina é um antibiótico macrolídeo de uso disseminado e considerado seguro. No entanto, são comuns sintomas gastrointestinais, sintomas neurológicos, como parestesias, rash cutâneo é possível, ainda,

perda auditiva. Efeitos adversos ainda mais severos incluem eritema multiforme, miastenia gravis, trombocitopenia e quadro icterico em cerca de 1% que utilizem o fármaco (MENEZES, 2020).

Sistemas microestruturados contendo azitromicina para inalação podem ser considerados uma estratégia promissora para o tratamento de infecções respiratória como a PAC, visto que concentrações terapêuticas podem ser alcançadas diretamente no local de ação, com redução da distribuição sistêmica e, conseqüentemente, dos efeitos adversos indesejáveis (KASTEN, 2014).

A azitromicina, que também faz parte do kit, também registrou o aumento no número de efeitos adversos notificados. Em 2019 foram 25. Em 2020, o número saltou para 82, uma variação de 228% (MOREL, 2021).

Os efeitos adversos mais comuns associados ao uso de Azitromicina são náusea, vômito, diarreia, fezes moles, desconforto abdominal, prisão de ventre ou diarreia e outros. Além disso, pode ocorrer tontura, sonolência, e perda de apetite (ABREU, 2020).

O estudo feito por Felix (2021) sobre o uso de remédios como azitromicina e outros fármacos, sem comprovação científica contra a covid-19 - incentivado até por autoridades, como o presidente Jair Bolsonaro. No entanto tem se preocupado os especialistas, que vê o risco de reações adversas, levando à resistência a bactéria, como surgimento de doenças como supergonorreia, e efeitos desconhecidos em longo prazo.

Os efeitos adversos podem causar tonturas, dor de cabeça, aumento da pressão arterial, taquicardia, alterações gastrointestinais estão entre os efeitos adversos de algumas dessas medicações. Embora tenham ocorrências raras quando usadas no tratamento das doenças para as quais são indicadas e no tempo adequado - que não costuma superar duas semanas no caso dos antiparasitários -, o cenário pode mudar quando usadas para funções não previstas na bula e sem indicação médica (FELIX, 2021).

Diz que qualquer medicamento deve ser prescrito a partir da verificação dos riscos e benefícios para o paciente. Ela alerta que, no caso da automedicação, há risco para quem já faz tratamento para outras doenças. Se os benefícios não estão estabelecidos, não justifica submeter a um risco, mas, infelizmente, vários médicos estão fazendo prescrição e há

pessoas se automedicando. Tem gente usando esses remédios toda semana para prevenir covid-19 usam durante dois, três meses e não se dão conta da interação medicamentosa (FELIX, 2021).

No entanto, a azitromicina não é recomendada para pessoas com doenças hepáticas, renais e com alterações do sistema cardiovascular devido aos possíveis efeitos adversos, e o processo de absorção e metabolização do medicamento (ABREU, 2020).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura científica, de modo geral, é escassa e divergente quanto à efetividade dos medicamentos cloroquina e hidroxicloroquina associada (ou não) à azitromicina no tratamento da afecção COVID-19, pela rápida disseminação e instalação da pandemia na esfera global. É necessária a realização de ensaios clínicos pragmáticos, envolvendo um número maior de pacientes, para que seja possível analisar a efetividade no combate ao coronavírus, bem como a segurança do uso desses fármacos.

5. REFERÊNCIAS

AHMAD, I. & ALAM, M. & SAADI, R. & MAHMUD, S. & SAADI, E. Doxycycline and Hydroxychloroquine as treatment for high-risk COVID-19 patients: Experience from case series of 54 patients in long-term care facilities. 2020.

ABREU, Mafalda; **Azitromicina: para que serve, como tomar e efeitos colaterais.** Maio de 2020. Acesso em 10 de Maio de 2021.

CATANIA, Antonela; BARROS, Camila; FERREIRA, Sandra. **Vitaminas e minerais com propriedades antioxidantes e risco cardiometabólico: controvérsias e perspectivas.** Junho de 2009. Acesso em 11/05/2021.

COSTA, I. et al. O coração e a COVID-19. Arq. Bras. Cardiol. 2020; 114(5):805-816. 2020.

DIAS, A.B.S., et al. A relação da obesidade com os óbitos por Covid-19: análise dos números da pandemia no Brasil. Braz. J. of Develop., Curitiba, v.6, n.10, p. 82097- 82110, oct.2020.

Felix, Paulo; KER, João; **Remédios sem eficácia contra a covid-19 podem causar resistência bacteriana.** São Paulo 21/01/2021. Acesso em: 11/05/2021.

GOIS, Barbara; et al. **Suplementação e alimentação adequada no contexto atual da pandemia causada pela Covid-19.** Revista Desafios – v. 7, n. Supl. COVID-12, 2020. Acesso em 11/05/2021

KASTEN, Georgia; **Desenvolvimento de micropartículas poliméricas contendo azitromicina para liberação pulmonar.** 2014. Acesso em: 11 Maio de 2021.

LUNA, O. B. *et al.* Estrongiloidíase disseminada: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva.** São Paulo, v.19, n.4, p. 463-468, 2007.

MENEZES, C. R; SANCHES, C. CHEQUER, F.M. D; **Efetividade e toxicidade da cloroquina e da hidroxicloroquina associada (ou não) à azitromicina para tratamento da COVID-19.** V.8,1.32,06.p1-9.2020.

MOREL, Lucia; **Reações adversas à cloroquina podem ter levado 9 pessoas à morte no Brasil.** No dia 5 abril 2021. Acesso em: 11 de Maio de 2021.

PEDROSO, L. A. *et al.* Aspectos farmacológicos da ivermectina e seu potencial uso no tratamento da COVID-19. **Brazilian Journal of Health and Pharmacy** .Ouro preto, v. 2, n. 3, p. 11-20, 2020.

REICHERT, C. Intoxicação por ivermectina- relatório de caso clínico de felino. **Repositório Digital LUME.** Porto Alegre, 2016.

SANTOS, G. A. S.; BOING, A. C. Mortalidade e internações hospitalares por intoxicação é reações adversas a medicamentos no Brasil: **Caderno de Saúde Pública.** Florianópolis, v. 34, n. 6, p. 1-14, 2017.

SOUZA, A. F. *et al.* COVID-19: automedicação de indivíduos psicologicamente afetados. **Brazilian Journal of Development.** São Paulo, v. 7, n. 1, p. 2721-2731, 2021.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE CATETER VESICAL DE DEMORA: REVISÃO NARRATIVA

Amanda Alves Souza Luiz
Pâmela Costa e Costa
Naiara de Melo Ferreira Domingues
Vanessa Silva Moreira
Ludmila Arruda de Campos
Euzilane Alves de Souza
Patrícia Ferreira Barbosa da Silva
Júlio César Coelho do Nascimento

RESUMO

Sabe-se que o cateter vesical de demora (CVD) é um procedimento privativo do enfermeiro e é um fator viável para a promoção de saúde dos pacientes. Diante disso o objetivo do presente estudo foi identificar quais os cuidados o profissional de enfermagem deve seguir ao manusear o CVD. Trata-se de estudo de revisão bibliográfica narrativa de artigos que abordam assuntos relacionados ao tema "Cateter vesical de demora: principais cuidados de enfermagem", considerando vários aspectos científicos, práticos e técnicos, analisando os cuidados de enfermagem nesse procedimento. Resultados e Discussão: O cateterismo vesical trata-se de um procedimento exclusivo da equipe de enfermagem, cabendo a equipe ter conhecimentos técnicos e científicos. Conforme a lei 7498/86 e seu decreto regulamentador 94406/87, é privativo da enfermagem por meio do enfermeiro realizar a inserção do CVD. Desse modo é necessário que o profissional tenha tanto conhecimento técnico como também capacidade de tomar decisões imediatas caso haja intercorrências. Ao realizar o procedimento de inserção do CVD é importante que o profissional o identifique como um procedimento complexo que requer cuidados específicos, que devem ser baseados em conhecimentos científicos para que tenha eficácia. Conclusão: Pensando em uma forma de prevenir e diminuir consequentemente esses índices altos de infecção por CVD têm os seguintes cuidados a seguir: Revisar diariamente a necessidade da manutenção do cateter, Disponibilizar lembretes padrão para a remoção do cateter no prontuário escrito ou eletrônico, entre outros.

Palavras-chave: Cateteres de demora, cuidados de enfermagem, unidades de terapia intensiva, controle de infecções.

1. INTRODUÇÃO

O cateter vesical de demora (CVD) é um dispositivo usado na região da uretra a sua indicação é para pacientes que estão impossibilitados de urinar e seu uso será com um prazo maior, a sua utilização é de forma estéril, sua permanência é em longo prazo ou pode ocorrer com dias ou até meses o cateter de alívio é os que são retirados depois do paciente esvaziar a bexiga

e ajuda a reduzir as taxas de ITU, já os cateterismos de demora são muito significativo, devido sua taxa de dias de internação do paciente (MAZZO et al., 2015).

A colocação do CVD no paciente é de forma invasiva, quando inserido na bexiga a sua função é eliminar a urina com segurança, essa ação é realizada por enfermeiro em técnica asséptica, com a prescrição de cada paciente criteriosamente (COREN BA 002/2018).

Os cuidados devem ser realizados, pois é importante evitar traumas no momento da inserção do cateter urinário, podendo ocasionar lesões por um trajeto errado e até mesmo desenvolver infecções do trato urinário devido ao atrito da má lubrificação entre a mucosa e a uretra do paciente e formas agressivas (SANTOS, 2016).

A infecção no trato urinário em ambiente hospitalar vem se referindo ao uso do cateterismo, a ITU é o principal responsável no índice de internação do paciente, se sua patologia for tratada corretamente seu quadro não evolui para gravidade (ALMEIDA et al., 2015).

A duração e os cuidados com cateter é um fator que ajuda a determinar a redução da ITU que se associa a prevenir o melhor cuidado evitando custos altos com o tratamento de infecção e a mortalidade associada ao CVD (CAVALCANTE et al., 2017).

O trato urinário é estéril e a inserção pelo canal uretral até a bexiga para a retirada da urina pode ocorrer contaminação se houver um descuido, essa contaminação vem após a drenagem por meio de bactérias uretral ou fecal que se aloja no trato urinário, os principais micro organismos para esses tipos de infecção são de fonte endógena, fonte exógena ou fonte hospitalar (QUEIROZ et al., 2011).

Os pacientes hospitalizados passam por procedimento de cateterização, pois a presença do cateter remove os mecanismos de defesa intrínsecos como a micção e por conta disso acabam sendo expostos a tal infecção promovendo o desenvolvimento da bacteriúria De acordo com os dados da Comissão de controle de infecção hospitalar-CCIH (STAMM; COUTINHO, 1999).

Dados de pesquisa destacam que 35% a 45% de infecções hospitalar é por infecção adquirida no trato urinário e 80% são de uso de cateter vesical de demora, ficando para segunda infecção mais comum, isso

incluindo em todos os grupos de idade (QUEIRÓS et al., 2011).

A duração da cateterização é o fator que faz com que ocorra a infecção, pois acaba desenvolvendo bacteriúria e surge em 1 a 2% dos pacientes que são submetidos ao cateterismo simples e em até 10 a 20% dos pacientes que usam a sondagem por períodos curtos (SOUZA et al, 2008).

O profissional de enfermagem desempenha um papel em promover o bem estar dos pacientes e uma excelente prestação de serviço, com cuidado voltado aos procedimentos e promover a saúde, o enfermeiro e sua equipe tem a necessidade de aperfeiçoamento sobre o cateter vesical de demora para segurança do paciente (SILVA et al. 2019).

O objetivo do presente estudo é identificar quais os cuidados o profissional de enfermagem deve seguir ao manusear o CVD.

2.METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica narrativa de artigos que abordam assuntos relacionados ao tema "Cateter vesical de demora: principais cuidados de enfermagem", considerando vários aspectos científicos, práticos e técnicos, analisando os cuidados de enfermagem nesse procedimento. As plataformas utilizadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico.

Os artigos selecionados atenderam os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 10 anos, com pelo menos uma das palavras chaves utilizadas em língua portuguesa.

Os critérios de exclusão basearam-se em artigos que não tratavam do tema específico e artigos anteriores de 10 anos e que não estavam na língua portuguesa.

Os artigos selecionados foram submetidos a leitura organizados conforme ano de publicação, autores, metodologia e resultados obtidos. As palavras-chave utilizadas foram: Cateteres de demora, cuidados de enfermagem, unidades de terapia intensiva, controle de infecções, verificadas no descritor em ciências da saúde (DECS).

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

O profissional enfermeiro desempenha importante papel na

assistência aos pacientes com doenças do trato urinário, prestando um cuidado que vai desde a promoção de saúde até um tratamento ativo. Quando os pacientes apresentam alteração no trato urinário, intervenções da equipe de enfermagem são necessárias, dentre elas o cateter vesical (ERCOLE et.,al, 2013).

O cateterismo vesical trata-se de um procedimento exclusivo da equipe de enfermagem, cabendo à equipe ter conhecimentos técnicos e científicos (SANTOS; SANTOS, 2017).

Conforme a lei 7498/86 e seu decreto regulamentador 94406/87, é privativo da enfermagem por meio do enfermeiro realizar a inserção do CVD. Desse modo é necessário que o profissional tenha tanto conhecimento técnico como também capacidade de tomar decisões imediatas caso haja intercorrências (COFEN, 2018).

Ao realizar o procedimento de inserção do CVD é importante que o profissional o identifique como um procedimento complexo que requer cuidados específicos, que devem ser baseados em conhecimentos científicos para que tenha eficácia (SANTOS; SANTOS, 2017).

O uso do CVD pode ocorrer muitas complicações, por conta disso é necessário que tal procedimento tenha que ser realizado por um profissional habilitado, ao contrário pode ocorrer manuseio inadequado ocasionando complicações infecciosas onde ocorre a invasão microbiana através da mucosa lesada. Dentre essas lesões há dois principais tipos: uretrais e vesicais (SANTOS; NAPOLEÃO, 2010). As uretrais ocorrem quando é feita a inserção ou remoção traumática do cateter, quando não ocorre o processo de esvaziar o balão de retenção, conforme a imagem abaixo, na uretra.



Imagem 1: Complicações da sonda vesical de demora – Sou Enfermagem uretra.

Pode ocorrer também um falso trajeto na hora da inserção do cateter ocasionado pela força excessiva utilizada na hora de colocar, quando o paciente tenta retirar ocorre a lesão também. Já as lesões vesicais ocorrem quando há trauma pela pressão negativa causada pela coluna de urina no interior do cateter (SANTOS; NAPOLEÃO, 2010).

Diante disso cabe os profissionais da enfermagem prestarem bons cuidados para amenizar tais complicações, entre esses cuidados está a higienização das mãos com água e degermante antisséptico ou solução hidroalcoólica gel de 70% antes e depois da introdução, manutenção e retirada do cateter, utilizar técnica asséptica e materiais esterilizados como, por exemplo, luvas, utilizar cateter menor para evitar traumas, realizar higiene íntima no paciente com água e solução antisséptica, utilizar gel anestésico para lubrificação do cateter e caso o paciente esteja resistente com esse procedimento não forçar introdução (STACCIARINI, 2014).

Em relação a manutenção é necessário utilizar precaução padrão, tomar cuidado com a fixação do cateter, bolsa coletora com menos de três quartos da sua capacidade, abaixo do nível da bexiga não tendo contato com o chão (MOTA, 2019).

Após a instalação do CVD o profissional enfermeiro deve desenvolver um plano de cuidados a fim de evitar falhas e danos ao paciente, dentre elas infecções no trato urinário e lesões em decorrência do dispositivo (CHAVES;

MORAES, 2015).

Após o profissional enfermeiro realizar a passagem do CVD, o técnico de enfermagem que tenha conhecimento sobre o dispositivo e pela supervisão do enfermeiro poderá manusear o dispositivo, como esvaziar a bolsa coletora, posicionamento e cuidados como a higienização e fixação além da remoção de volume vesical residual em exame para o diagnóstico do mal funcionamento da bexiga ou seja estudo urodinâmico (COREN, 2019).

E para remoção do cateter devemos primeiramente dar ao paciente privacidade, utilizar luvas de procedimento, depois deve desinsuflar totalmente o balonete para que assim possa fazer a remoção, remover todo o cateter caso ocorra obstrução, suspeita de incrustações na superfície do cateter, caso ocorra contaminação do cateter, mau funcionamento e febre sem causa conhecida (STACCIARINI, 2014).

É de extrema necessidade que a enfermagem invista na sistematização do conhecimento, pois é o que garante que é a equipe tenha respaldo, informações concretas, segurança e certeza para uma assistência de qualidade ao paciente em uso de CVD, fazendo com que se diminua infecções do trato urinário e demais composições (SANTOS; SANTOS, 2017).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao decorrer do tema proposto, é importante ressaltar o índice em nível elevado de pacientes internados, que acabam obtendo infecção devido ao CVD.

A equipe interdisciplinar tem o papel de acompanhar este paciente com visita diária, revisando a necessidade da manutenção do cateter.

A equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental quando se trata de CVD, cabendo assim a estes realizar uma assistência de qualidade, pois o CVD é um procedimento complexo que exige que o profissional tenha conhecimento técnico e científico.

Dessa forma é necessário que a equipe busque conhecimentos sobre o procedimento, criar estratégias de melhorias na assistência para pacientes em uso de CVD e assim diminuir a taxa de pacientes com e infecções por uso de CVD e outras demais doenças.

Pensando em uma forma de prevenir e diminuir consequentemente

esses índices altos de infecção por CVD temos os seguintes cuidados a seguir: Revisar diariamente a necessidade da manutenção do cateter, Disponibilizar lembretes padrão para a remoção do cateter no prontuário escrito ou eletrônico, entre outros.

5.REFERÊNCIAS:

Almeida;M , Silva;W;T , Lindoso A ; M , Pessoa R; M; C Evidências na prática do cateterismo urinário: Revisão Integrativa. **Rev. Pre. Infec e Saúde**.2015;1(4):52-62.

CAVALCANTE, T; M;C; Braquehais;A ;R; B, Priscilla de Albuquerque R. Godinho Bezerra; P; A. Sonda Vesical de Demora: Perfil Epidemiológico da Infecção Urinária no Centro de Terapia Intensiva. 2016.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREn-SP). Cuidados com cateterismo vesical. São Paulo; 2019. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/12/Parecer-027.2019-Cuidados-com-o-cateter-vesical.pdf>. Acesso em: 06 Mai 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Parecer de Conselheiro Federal nº 063/2018/COFEN de 05 de Abril de 2019. Retirada de Sonda Vesical de Demora por Técnico de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-063-2018_61757.html. Acesso em: 07 Mai 2021.

COREN BAN 002/2018 **CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA.**

CHAVES, Nadja Martins de Oliveira; MORAES, Cladis Loren Kiefer. Controle de infecção em cateterismo vesical de demora em unidade de terapia intensiva. **Revista de enfermagem do centro oeste mineiro**, Julho 2015.

ERCOLE, Flávia Falci; MACIEIRA, Tamara Gonçalves Rezende; WENCESLALAU, Luísa Cristina Crespo; MARTINS, Alessandra Rocha; CAMPOS, Camila Claudia; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Revisão integrativa: evidências na prática do cateterismo urinário intermitente/demora. **Revista Latino-Am. Enfermagem**. Outubro 2019.

MAZZO, BARDIVIA;A, BELTRESCHI;C , MARIA;B, JÚNIOR S, DUARTE; V, UMINCELLI;L, MENDES;I, COSTA; A. Cateterismo urinário de demora: prática clínica. **Revista eletrônica trimestral de enfermagem** n, 38 Abril 2015.

MOTA, Écila Campos; OLIVEIRA, Adriana Cristina. PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA A CATETER: QUAL O GAP NA PRÁTICA CLÍNICA?. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 28, e20180050, 2019.

SO, M. INFECÇÕES URINÁRIAS E USO DE CATETER VESICAL DE DEMORA EM UNIDADE PEDIÁTRICA. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011 abr/jun; 12,2.

SANTOS, Anna Karollyne Bezerra dos; SANTOS, Walquiria Lene dos. Atuação da enfermagem frente ao procedimento de cateterismo vesical de demora, 2017. Disponível em <<https://www.senaaires.com.br/wp-content/uploads/2017/05/ATUA%C3%87%C3%83O-DA-ENFERMAGEM-FRENTE-AO-PROCEDIMENTO-DE-CATETERISMO-VESICAL-DE-DEMORA.pdf>>. Acesso em 07/05/2021

SANTOS, C, R. Traumas uretrais pela introdução de cateter uretral: conduta do enfermeiro. Universidade de são paulo escola de enfermagem. Ribeirão preto. 2016

STAMM, A.M.N. de F.; COUTINHO, M.S.S. de A.. Infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora: incidência e fatores de risco. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 45, n. 1, p. 27-33, Mar. 2000 .

SOUZA NETO, João Leão e et al . Infecção do trato urinário relacionada com a utilização do catéter vesical de demora: resultados da bacteriúria e da microbiota estudadas. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 1, p. 28-33, Feb. 2008.

STACCIARINI, Thaís S Guerra. Prevenção de eventos adversos relacionados ao cateter vesical de demora, 2014. Disponível em <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/PIE+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+eventos+adversos+realcionados+ao+uso+do+cateter+vesical.pdf/c5a0e35d-2ebf-4f69-ac2d-9b4cf989d354#:~:text=Manuten%C3%A7%C3%A3o%20do%20cateter%20e%20do%20sistema%20de%20drenagem,-%E2%80%A2&text=Manter%20a%20drenagem%20cont%C3%ADnua%20da,para%20manipular%20o%20cateter%20vesical.>>. Acesso em 08/05/2021

SANTOS, Elaine dos; NAPOLEÃO, Anamaria Alves. Complicações relacionadas ao uso do cateter vesical de demora e o papel da enfermagem:reflexão. **Cuidarte, Enferm**; 4(2);p. 88, jul-dez. 2010. Disponível em <<http://www.fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidArte%20Enfermagem%20v.%204%20n.%202%20jul.dez%202010.pdf#page=36>>. Acesso em: 07/05/2021.

COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO DIRETOR NA GESTÃO PARTICIPATIVA

Cleidyana Vitoria de Oliveira Miranda
Flávia Almeida da Silva
Leandro Barbosa dos Santos Machado
Lethicia Roice Rodrigues da Silva
Rosângela Matos dos Santos
Epaminondas Rodrigues da Cruz Júnior

RESUMO

O presente artigo demonstra o importante papel das competências profissionais na gestão escolar e gestão participativa, isso é interessante à participação de todos coletivamente. O objetivo dessa pesquisa é falar sobre a prática do diretor na gestão participativa da escola com sua equipe de colaboradores. Isso é escrever a história de uma Educação no Brasil, começando da administração do ambiente escolar até o conceito, assumindo suas responsabilidades, habilidades e competências da diretoria escolar fiscalizar o trabalho da escola na gestão participativa.

Palavra-chave: Competências, Gestão Participativa, Diretor Democrático.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo mostra que o papel da gestão participativa do gestor escolar, só acontece com toda equipe do ambiente escolar, é importante ressaltar que a participação de todos é importante.

Essa pesquisa mostra o problema que o gestor enfrenta no dia a dia com a gestão participativa de todos os envolvidos na escola, Porém foi possível levantar hipótese com o objetivo importante que toda comunidade escolar tenha uma gestão de qualidade de ensino e que o gestor faça seu papel para que isso possa acontecer

O gestor escolar tem um importante papel na função da realização do trabalho em equipe, e que toda comunidade escolar possa participar de tudo que envolve o ambiente escolar pois todos juntos possam alcançar o objetivo educativo, é relevante que os profissionais se preparem para exercer o papel na melhoria de uma educação de qualidade. No decorrer do desenvolvimento deste artigo, foi possível notar o estudo descritivo no resumo bibliográfico e pesquisa de campo com intuito de alcançar o objetivo na prática de gestão, participação na escola pública com gestão

escolar e saber a história da educação no Brasil. Administração na escola, conceito , competências, habilidades, identificar, responsabilidade do diretor da escola pública investigar este trabalho na gestão participativa na escola pública investigar este trabalho na gestão participativa na escola pública(Maximiano,2000).

2. METODOLOGIA:

Para a realização deste artigo foram feitas pesquisas baseadas em autores como LUCK, Heloisa (2007), OLIVEIRA, (1997), HORA, (1997) e outros, partindo de procedimentos metodológicos e da abordagem qualitativa, com o objetivo de se ter uma melhor compreensão acerca das Competências Profissionais do Diretor na gestão participativa, e para realização foram feitos levantamentos bibliográfico através de livros revista eletrônicas e artigos científicos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Gestão Democrática Participativa

O conceito de participação está associado à democracia deliberativa é a existência de uma esfera pública. Isto pode ser entendido como parte de vínculo histórico da democracia com a criação de novos direitos, torna-se necessário remeter ao referencial teórico (Marshall, 1867).

A gestão democrática ajuda no envolvimento entre todas as decisões da escola e a comunidade, o modo de como a gestão precisa ser transparente, e participativa.

A gestão democrática participativa está presente nos discursos da reforma educacional que se refere à gestão, além de impor critérios de participação aos segmentos organizados com o apoio da comunidade escolar.

Para continuar pensante e inovador é necessário ser pesquisador. Um bom pesquisador precisa, além do conhecimento do assunto, ter curiosidade, criatividade, integridade intelectual e sensibilidade social. São igualmente importantes a humildade para ter atitude autocorretiva, a imaginação disciplinada, perseverança, paciência e confiança na experiência, (Gil 1999 P.128).

3.2. O trabalho do Diretor na Gestão Democrática Participativa

Segundo Arcúcio, (2004) O papel do diretor em uma gestão participativa tem como uma característica promover a transformação das relações entre a escola e o contexto social para melhorar processos educativos escolares. A gestão participativa corresponde à unidade de princípios e ações que permite mediar o envolvimento das pessoas nas decisões necessárias para metas e para o bem de todos. A gestão requer uma característica de planejar a melhoria da qualidade dos processos de aprendizagem onde os profissionais e suas ações desenvolvem objetivos na comunidade.

O diretor é o grande responsável pela integração, e estão envolvidos nos processos ajudando os professores e os colaboradores da escola no incentivo aos pais para tomar decisões na escola. Para isso, a gestão participativa inclui alguns princípios que estejam no gerenciamento escolar, nas decisões tanto no administrativo quanto nas pedagógicas e pode permitir que todos os envolvidos com a instituição particular e suas decisões.

Traz benefícios para sociedade por sua estrutura democrática, onde ajuda a conseguir objetivos comuns a escola e a comunidade. Com isso notamos que a gestão democrática participativa e a contribuição e implementação das mudanças e ajudando na criação de um clima favorável na escola, no qual cada um perceba que tem responsabilidades por suas ações.

3.3 As funções sociais das instituições Educacionais com a Gestão Democrática participativa

As instituições educacionais são organizações sociais constituídas pela sociedade para cultivar a transmissão dos valores sociais na contribuição para a formação de seus alunos, por meio das experiências de aprendizagem no ambiente educacional condizentes com os fundamentos, princípios e objetivos da educação. O seu ambiente é considerado de essencial importância para o desenvolvimento de aprendizagens significativas que possibilitem aos alunos conhecerem o mundo e conhecerem-se no mundo, como condição para o desenvolvimento de sua

capacidade de atuação cidadã LÜCK, (2007).

Sendo assim as instituições escolares acabam sendo o lugar onde se torna essencial na construção e relação do processo de educação e orientação e da aprendizagem, e dessa forma destaca Oliveira (1997), assim ressalta que é importante o papel da escola no processo social:

Ao lado da família e do social mais amplo, a escola é uma das esferas de produção de capacidade de trabalho. Por isso, é hoje objeto de tantas discussões e, mais, de propostas de reestruturação. Numa sociedade rasgada por contradições cada vez mais agudas, a esfera ideológica assume grande importância de coesão social. (OLIVEIRA, 1997, p. 39)

Segundo Oliveira (1997), compreende-se que a escola desempenha um papel de destaque frente à sociedade, além de proporcionar interações, torna-se um lugar de muitos aprendizados. Vários são os responsáveis que tornam este contexto importante, tornando a participação da família essencial neste processo. Uma gestão participativa ocorre através articulações voltadas para discussão de metas educacionais coletivas que são pautadas por um reflexivo planejamento das ações pedagógicas, assim é destacado por Hora (1997, p. 51):

De acordo com Luck (2009) Às funções sociais das instituições Educacionais com a Gestão Escolar vão acontecer quando o Diretor: Garantir o pleno funcionamento escolar como organização social, e, também com a atenção voltada na formação do aluno e a melhoria de sua aprendizagem, garante o funcionamento pleno da escola como organização social, com o foco na formação de alunos e promoção de sua aprendizagem, através do respeito e a aplicação das determinações legais nacionais, estaduais e locais em todas as suas ações e práticas educacionais.

A gestão escolar aplica nas práticas e nas orientações dos planos de trabalho e as ações produzidas na escola que são os fundamentos, princípios e diretrizes da educação espessa e em acordo com as demandas de aprendizagem e a formação dos alunos como cidadãos com mais autonomia, críticas e participativas. Promovendo na escola um sentido de uma visão mais social do seu trabalho e de elevadas expectativas dos resultados educacionais, e ter condições necessárias para que se possa garantir qualidade social na formação e na aprendizagem dos alunos. Faz definições de atualizações e implementa os padrões de qualidade para que se tenha as práticas educacionais escolares, com abrangente visão de

futuro, de acordo com demandas de formação promovidas pela dinâmica social e econômica do país, do estado e do município.

Viabiliza e preserva na escola a integração, incoerência e consistências entre as dimensões e ações do trabalho educacional, com foco na realização do papel social da escola e também a qualidade das ações educacionais que são voltadas para o seu principal objetivo, que é a aprendizagem e a formação dos alunos.

A escola promove um sentido de unidade e garante padrões elevados de ensino, orientado por princípios e diretrizes inclusivos, de dignidade e respeito à diversidade, de maneira que todos os alunos tenham sucesso escolar ao máximo possível. Faz a articulação e engloba muitas dimensões da gestão escolar e das ações educacionais, como condições para garantir uma equipe de trabalho e o desenvolvimento equilibrado de todos os segmentos da instituição, nas realizações dos seus objetivos, de maneira que haja uma expectativa interativa e integradora.

O gestor escolar adota em sua atuação uma visão abrangente de instituição, em um sistema de gestão escolar e uma orientação interativa, estimuladora de habilidades e competências participativas da comunidade escolar, na promoção de educação de qualidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que, a união da comunidade com o gestor traz para a escola uma maior qualidade no ensino e aprendizagem e juntos podem, realizar o principal papel da escola que é formar sujeitos cidadãos capazes de serem inseridos na sociedade, e fazer assim com que os objetivos e metas sejam alcançados. O gestor escolar também é responsável pela distribuição dos recursos da escola. Ele deve administrar a documentação institucional, os materiais pedagógicos e a estrutura física, o que inclui a manutenção de equipamentos, a organização de objetos e espaços do patrimônio escolar.

De acordo com o boletim, instrumentos de formação continuada, como cursos e seminários, quando acompanhados pelos diretores, podem fazer a diferença no desempenho escolar. O mesmo benefício é trazido por uma rotina escolar que oferece momentos de reflexão e troca de experiências entre os docentes. Um gestor escolar envolvido com o princípio

democratico e com a aprendizagem dos alunos deve desenvolver em sua prática a capacidade de interação e comunicação com os pares, alunos e pais, participar ativamente dos grupos de trabalho e também de discussões na escola e fora dela, objetivando acompanhar a política educacional.

5. REFERÊNCIAS

HORA, Dinair Leal da. Gestão democrática na escola: artes e ofícios da participação coletiva. 2. ed. Campinas: Papirus, 1997. Acesso em 13 de Maio de 2021.

MÁXIMO ,A .c.A introdução à Administração . São Paulo : Atlas ,2000.

ACÚRCIO, Mariana Rodrigues. A Gestão da escola. 04 Coleção Escola em Ação. Porto Alegre: Artmed rede Pitágoras ,2004. Acesso em 14 de Maio de 2021.

FERRÃO, Maria Eugênia et al. O Saeb – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica: objetivos, características e contribuições na investigação da escola eficaz. Revista Brasileira de Estudos de População. V.18, n.1/2, jan./dez, 2001.

O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NO TRATAMENTO E NA PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Audimar Siqueira
Mary Angela Lopes
Marcelo Branco

RESUMO

A Incontinência Urinária é um problema comum que pode afetar mulheres de todas as idades. Constitui um problema com implicações sociais causando desconforto e perda da autoconfiança, além de interferir negativamente na qualidade de vida de muitas mulheres. Nos últimos anos, o tratamento clínico da incontinência urinária vem ganhando maior projeção em função de seus resultados, dos poucos efeitos colaterais e de seu baixo custo. Sendo assim, o objetivo deste estudo é correlacionar a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) com a prática e abordagem do Fisioterapeuta. O método utilizado foi pesquisa bibliográfica de artigos nacionais e internacionais obtida nas bases de dados CAPES PERIÓDICOS, GOOGLE ACADÊMICO, PUBMED e SCIELO, livros e teses nacionais e internacionais. Baseando nos aspectos anátomo-funcionais do assoalho pélvico, verificou-se que a Fisioterapia, através da utilização de diversas técnicas, tais como a Eletroestimulação, Cinesioterapia, Estimulação Magnética, Biofeedback, Reeducação Perineal, dentre outros, tem uma participação fundamental tanto na prevenção como no tratamento da IUE, contribuindo para a reabilitação e reintegração da paciente incontinente na sociedade.

Palavras-chave: Incontinência Urinária, Tratamento, Fisioterapia.

1. INTRODUÇÃO

A International Continence Society (ICS) explica a incontinência urinária (IU) como queixa de qualquer perda involuntária de urina. A IU entre idosos é um achado comum e é muitas vezes equivocadamente interpretada como parte característica do envelhecimento. Envolve alterações que inclui o convívio social como constrangimentos, perda da autoestima, depressão e isolamento, implicando em problemas psicológicos e sociais para os pacientes e familiares. Embora possa ocorrer em todas as faixas etárias, a incidência da incontinência urinária aumenta com o decorrer da idade, sendo mais prevalente em mulheres. Aproximadamente 10,7% das mulheres brasileiras procuram atendimento ginecológico queixando-se de perda urinária. (OLIVEIRA, GARCIA, 2011).

Segundo DEDICAÇÃO, et al., 2009, a causa da IU é multifatorial. Entre os fatores que predispõe, destaca-se o climatério, pela redução dos

hormônios femininos, a gestação e o parto vaginal, sugerindo trauma neuromuscular da musculatura do assoalho pélvico (MAP), função deficiente ou inadequada desses músculos, alterações neurológicas ou bioquímicas muitas vezes associadas ao processo de envelhecimento, presença de doenças predisponentes como diabetes mellitus, esclerose múltipla, demência, depressão, obesidade, câncer de bexiga, litíase, infecções urinárias de repetição e parkinsonismo. A influência desses fatores ainda não é bem definida. (DEDICAÇÃO, HADDAD, SALDANHA, DRIUSSO, 2009).

Para que não haja incontinência urinária, é necessário que exista um funcionamento adequado do aparelho urinário inferior, que implica integridade anatômica e dos centros e vias nervosas, que articulam a ação da musculatura lisa e estriada do aparelho urinário e do pavimento pélvico. (OLIVEIRA, GARCIA, 2011).

O tratamento fisioterapêutico foi, em 2005, indicado pela Sociedade Internacional de Continência como a opção de primeira linha para IU, devido ao baixo custo, baixo risco e eficácia comprovada. (FIGUEIREDO, LARA, CRUZ, QUINTÃO, MONTEIRO, 2008).

2. METODOLOGIA

Foi realizado levantamento bibliográfico, nas plataformas CAPES PERIÓDICOS, GOOGLE ACADÊMICO, PUBMED e SCIELO, procurando saber sobre as causas da IU com intuito de expor os benefícios da fisioterapia no tratamento de incontinência urinária na mulher pós menopausa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na população idosa feminina (acima de 60 anos) coincide uma série de fatores de risco relacionados à Incontinência urinária como a chegada da menopausa e os efeitos do parto sob a musculatura do assoalho pélvico. Alguns autores afirmam que o sexo feminino já é um fator de risco importante para a geração da IU, bem como o avanço da idade. Entre os fatores de risco conhecidos na literatura, a prática de exercícios físicos vigorosos também vem sendo relacionada à perda urinária, devido ao envolvimento dos mecanismos de sustentação, suspensão e contenção da musculatura pélvica que sofre sobrecarga intensa e repetida, desenvolvendo o enfraquecimento do assoalho pélvico. (MARQUES, 2016).

Segundo Marques (2016) em razão dos sintomas e dos achados urodinâmicos a IU pode ser considerada como de esforço, descritas pela perda urinária ao aumento da pressão intra-abdominal. Pode ser ainda, subdividida em anatômica e esfíncteriana, sendo que a primeira decorre de aumento da pressão abdominal, durante os esforços, ao tossir, espirrar ou rir, que não é transmitido igualmente para a uretra e a bexiga, de forma que a pressão vesical torna-se maior que a pressão uretral, acontecendo a perda urinária. Já a esfíncteriana acontece da lesão do mecanismo esfíncteriano da uretra, a pressão uretral é constantemente baixa e a perda urinária ocorre geralmente aos mínimos esforços.

A Incontinência de Urgência caracteriza-se por um intenso desejo miccional que pode ou não ser acompanhado por perda involuntária de urina, podendo essa ser de algumas gotas até todo conteúdo vesical, resultante da hiperatividade do músculo detrusor. A Incontinência Mista de Esforço e Urgência é vista com maior frequência em mulheres na meia-idade (período da menopausa), o que significa a perda involuntária de urina associada com forte desejo de urinar, é principalmente observada entre as mulheres mais idosas. (MARQUES, 2016).

Segundo Martinez e Kraievski (2017), a IUE é classificada em três tipos: Tipo I (perda urinária discreta, que se manifesta quando paciente está de pé e faz muito esforço); Tipo II (perda urinária moderada, onde há o prolapso da bexiga e da uretra, ela se produz quando se faz um esforço de pé) e Tipo III (perda urinária severa por lesão da uretra. A bexiga e a uretra podem estar no lugar, porém perde a capacidade de contrair). Pacientes que apresentam IUE normalmente se isolam socialmente, com medo de ocorrer perda urinária em público. A maioria é prejudicada na prática de exercícios físicos, ao frequentar ambiente social, pois passam a depender da disponibilidade de banheiros. Outros aspectos negativos relacionados são: dificuldades sexuais, alteração no sono, queda da autoestima, irritação, depressão, angústia e sentimento de humilhação. (MARTINEZ & KRAIEVSKI, 2017).

3.1 Tratamento com a cinesioterapia

A fisioterapia, como forma abrangente de tratamento, visa a prevenção e tratamento curativo da IU por meio da educação da função

miccional, informação a respeito do uso adequado da musculatura do assoalho pélvico, bem como o aprendizado de técnicas e exercícios para aquisição do fortalecimento muscular. São objetivos principais da fisioterapia a reeducação da musculatura do assoalho pélvico e seu fortalecimento, visto que, na maioria dos tipos de incontinência urinária, está presente uma redução da força desta musculatura (OLIVEIRA et al, 2011).

A reabilitação do trato urinário inferior (TUI) é definida como terapêutica não cirúrgica e não-farmacológica para restabelecimento da função adequada do TUI. Entre as principais modalidades de tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária, encontram-se: o biofeedback, mudanças comportamentais, a eletroestimulação neuromuscular, os cones vaginais e a cinesioterapia (OLIVEIRA et al, 2011).

O biofeedback é um aparelho cuja técnica possibilita que a informação sobre o processo normal, fisiológico e inconsciente da contração muscular do assoalho pélvico, seja introduzida ao paciente e/ou ao terapeuta como sinal visual, auditivo ou tátil (OLIVEIRA et al, 2011).

A modificação comportamental é definida como a análise e alteração do relacionamento entre os sintomas da paciente e o seu ambiente, com o objetivo de tratar os modelos de micção inadequados ou mal adaptados. Estas modificações podem ser obtidas por modificação comportamental da paciente ou do ambiente em que ela vive (OLIVEIRA et al, 2011).

A eletroestimulação neuromuscular (EENM) é a aplicação de corrente elétrica que estimula a inervação da víscera pélvica ou o suprimento de sua inervação. O objetivo da EENM é induzir diretamente uma resposta terapêutica ou passar a modular as disfunções do TUI, intestinais e sexuais (OLIVEIRA et al, 2011).

Os cones vaginais foram desenvolvidos por Plevnik em 1985. Ele demonstrou que a mulher pode melhorar o tônus da musculatura pélvica introduzindo na cavidade vaginal cones de material sintético, exercitando a musculatura do períneo na tentativa de reter os cones e aumentando progressivamente o peso dos mesmos (OLIVEIRA et al, 2011).

A cinesioterapia do assoalho pélvico compreende basicamente a realização dos exercícios de Kegel, que objetiva trabalhar a musculatura perineal para o tratamento da hipotonia do assoalho pélvico (OLIVEIRA et

al, 2011).

foram os primeiros pesquisadores nos Estados Unidos a prescrever exercícios específicos para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico. O objetivo básico dos exercícios para fortalecimento da musculatura pélvica é o reforço da resistência uretral e a melhora dos elementos de sustentação dos órgãos pélvicos (OLIVEIRA et al, 2011).

O fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico através da reeducação perineal tem-se revelado apropriada numa série de mulheres com incontinência urinária, constituindo a base da terapêutica conservadora (OLIVEIRA et al, 2011).

Visto que a população idosa vem aumentando significativamente ao longo do tempo e isto predispõe a um aumento da prevalência da IU, percebe-se a importância do tratamento conservador. Assim, emergiram os objetivos norteadores desta pesquisa, que são verificar o efeito da cinesioterapia sobre a perda de urina diária e o alívio dos sinais e sintomas referidos, bem como avaliar o impacto da cinesioterapia na qualidade de vida das idosas portadoras de IU. (OLIVEIRA et al, 2011).

3.2 Abordagem preventiva para a incontinência urinária

Cada vez é mais importante pensar em prevenir problemas da musculatura do assoalho pélvico, abandonando o hábito de prestar atenção nas disfunções quando os sintomas aparecem. Sabe-se que o número de pessoas com IUE vem acompanhando o aumento da longevidade da população, além disso, é frequente ocorrer lesão dos músculos pélvicos durante um parto; redução dos níveis hormonais da menopausa, dentre outros citados. Esses músculos, ao contrário de outros em nosso organismo, não movimentam um membro ou uma articulação, por esta razão sua atuação não é percebida e não se faz nenhuma ação no sentido de preservar a suas funções. (RETT et al, 2007).

A prevenção visa a realização de exercícios que aumenta a força do esfíncter externo da bexiga fortalecer a musculatura pélvica, mais especificamente o músculo elevador do ânus; evitar contraturas; manter a tonicidade muscular; melhorar a capacidade de recrutamento da musculatura, melhorar a transmissão de pressões na uretra e também a coordenação reflexa durante o esforço; reforçando assim o mecanismo de

continência e a coordenação reflexa durante o esforço. (RETT et al, 2007).

A reeducação pélvica perineal, a contração do intróito vaginal contra a resistência, exercícios desconstruturantes, exercícios de Kegel e outros, são algumas técnicas Fisioterapêuticas que podem ser utilizadas de forma preventiva. O fortalecimento desses músculos é muito importante não só na gestão da incontinência urinária, mas sim durante toda a vida; pois os mesmos agem como uma rede para apoiar o útero, a bexiga, intestinos e outros órgãos da bacia. Observa-se que com o aumento crescente das disfunções do trato urinário inferior, determinados aspectos estão necessitando maiores discussões dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), corroborando a importância do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família para que o mesmo venha intervir na elevada prevalência de Incontinência Urinária (RETT et al, 2007).

É necessário facilitar o acesso dos indivíduos a esses tipos de atendimentos e conscientizá-los sobre a atuação deste profissional nas disfunções do trato urinário, promovendo a deselitização desse meio de atendimento. A principal implicação deste aspecto primário traduz a possibilidade de dar o direito a todos a atuar neste nível, construindo uma nova história de assistência em saúde. Entretanto, avançar no campo da Saúde Pública, exige ação política concreta. (RETT et al; 2007)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho indica uma correlação positiva da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária demonstrando que esta é perfeitamente passível de tratamento conservador, sendo a primeira opção de escolha por 2/3 das mulheres com IUE se informadas sobre as alternativas não cirúrgicas e cirúrgicas. Essa abordagem terapêutica vem sendo utilizada como uma nova opção no tratamento da IU.

O fisioterapeuta está qualificado para cuidar do cliente individual e também pode ser ativo na educação dos membros da comunidade sobre os mecanismos de continência e incontinência, e os possíveis fatores que possam interferir nesse mecanismo, visto que a tendência contemporânea é a abordagem integral do paciente. Assim, o interesse em elaborar estratégias para resolver o problema, vem sendo renovado e buscando técnicas de baixo custo e menor risco para os pacientes.

REFERÊNCIAS

OLIVEIRA, J. R. D., & GARCIA, R. R. (2011). Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(2), 343-351.

DEDICAÇÃO, A. C., HADDAD, M., SALDANHA, M. E. S., & DRIUSSO, P. (2009). Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 13(2), 116-122.

FIGUEIREDO, E. M., LARA, J. O., CRUZ, M. C., QUINTÃO, D. M. G., & MONTEIRO, M. V. C. (2008). Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 12(2), 136-142.

MARQUES, S. R. (2016). Tratamento fisioterapêutico na incontinência urinária em idosas. *Rev Saúde Integrada*, 17(9), 110-6.

MARTINEZ, M. A., & KRAIEVSKI, E. D. S. (2017). O advento da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária de esforço. *Rev. Conexão Eletrônica*, 14(1), 190-9.

OLIVEIRA, Jaqueline et al; Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2011, vol.14, n.2, pp.343-351. ISSN 1809-9823. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000200014>.

RETT, Mariana et al; Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* vol.29 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2007 <https://doi.org/10.1590/S0100-72032007000300004>

DORES MENORES, CEFALÉIA E SISTEMA RESPIRATÓRIO: BREVE REVISÃO

Douglas Aguiar
Jovecy Cruz
Bruno Jesus
Maxley Lopes
Willian Oliveira
Enildo Ribeiro
Nathalia Gomes

RESUMO

A cefaleia é um sintoma muito frequente e deve ser considerado um sinal de alerta, seja ela consequência de problemas graves ou não. Este estudo tem o objetivo de mostrar como a cefaleia pode interferir no cotidiano das pessoas e alertar sobre possíveis doenças. Trata-se de uma revisão incluindo pesquisas em base de dados tais como, Scielo, Revista de Saúde, Revista CFMV, Revista Archivo Médico de Camagüey. A cefaleia também conhecida como uma dor de cabeça é uma dor que pode afetar qualquer parte da cabeça, sendo no pescoço superior, face e o interior da cabeça. Existem vários tipos de cefaléia sendo do tipo tensional, cefaléia em salvas e cefaléia crônica diária. Alguns tipos de cefaléia podem causar febre, náusea, estresse, mal estar no corpo, ansiedade. Portanto dores de cabeça nem sempre são sintomas de uma doença, mas é bom sempre procurar uma orientação médica.

PALAVRAS-CHAVE: Neuropática; Nociceptiva; Febre; Cefaléia. Dor crônica; Sistema respiratório.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as doenças crônicas vêm desempenhando um papel importante na morbidade da população mundial sendo um dos problemas de saúde pública que vem acarretando diversos prejuízos, tanto sociais quanto pessoais. Dentre essas, a cefaleia é considerada uma dor que interfere substancialmente na qualidade vida, sendo umas das mais importantes e de grande prevalência no desempenho das atividades diárias dos indivíduos e de altos custos socioeconômico e de vários atendimentos no serviço de saúde (SOUZA, *et al.*, 2015).

A dor neuropática é uma lesão primária do sistema nervoso periférico e central, uma dor crônica, que em comparação com outras dores possui algumas características: uma dor intensa associada a incapacidade e grande diminuição na qualidade de vida, e pode se desenvolver através de uma lesão, em qualquer nível do sistema nervoso central, ou seja, em nervos periféricos, medula espinhal ou cérebro, provocada por infecções e até

mesmo doenças, causando a neuropatia diabética periférica (COSTA, 2009).

A dor nociceptiva aparece quando ocorre uma ativação fisiológica dos receptores ou da via dolorosa, estando associada a lesões de tecidos musculares, ósseos e ligamentos (SCHESTATSKY, 2008). A dor nociceptiva pode ser classificada ainda como somática ou visceral. A dor somática é aquela originada na pele, músculos, ossos e outros tecidos do organismo, exceto vísceras, mediante a ativação dos nociceptores por estímulos mecânicos, térmicos ou químicos. Por outro lado, a dor visceral advém de órgãos internos, como os componentes dos sistemas gastrointestinal, respiratório, cardiovascular, urinário e reprodutivo (TEIXEIRA, 2005).

A dor crônica tem sua duração de forma contínua, a causa está relacionada diretamente com o tumor, pois a mesma pode causar inflamação tecidual persistente, perda tecidual ou lesão neuropática, que refletem diretamente em alterações do sistema nervoso periférico ou central e a manutenção de mecanismo de dor (BYERS; BONICA, 2001).

O Sistema Respiratório é composto por um conjunto de órgãos cuja principal função é transportar oxigênio atmosférico para as células do corpo e livrar seu corpo de dióxido de carbono produzido pelo metabolismo celular. As infecções das vias aéreas superiores são tipicamente benignas, podendo ser vistas durante todo o ano, sendo que essas doenças têm uma frequência elevada na primavera e outono, em certas localidades do país.

Portanto esse trabalho tem o objetivo de elucidar os tipos de dores menores, incluindo uma das dores que mais afeta a população que é a cefaleia e também as doenças respiratórias.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado através de revisão bibliográfica incluindo pesquisas em bases de dados, tais como, Scielo, Revista de Saúde, Revista CFMV, Revista Archivo Médico de Camagüey. A pesquisa foi realizada durante o mês de maio de 2021 e teve como palavras chave de busca: Dor neuropática; Dor nociceptiva; Cefaleia; Dor crônica; Sistema respiratório.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP).

A dor é uma sensação sensorial emocional e desagradável, que causa um dano potencial e danos teciduais, a dor pode indicar que algo no organismo não está certo. A dor é um dos motivos principais para procura de cuidados médicos, pode ser subdividido em dores crônicas agudas e recorrentes (CAUMO *et al.*, 2002).

Segundo Madsen *et al* (2008), a dor aguda, são aquelas de começo recente com tempo provavelmente limitado, como um exemplo a febre, elas estão ligadas a lesões traumática, infecciosa, inflamatórias mesmo que de início, fazer a descoberta do que causou essa patológica, faz desaparecer os sintomas inicial.

As dores recorrentes como o próprio nome já diz, é um mal estar que dura pouco tempo, mais pode fazer parte do cotidiano de uma pessoa, fazendo com que esse incômodo apareça com frequência, podendo em alguns casos acompanhar o paciente por toda a vida, chegando muitas vezes a não ter um diagnóstico específico (MADSEN *et al.*, 2008).

A cefaléia, também conhecida como dor de cabeça, é uma das doenças mais comuns que existem no mundo. Estima-se que 57% do sexo masculino e 76% do sexo feminino, já tiveram pelo menos um episódio de dor de cabeça por mês. As cefaléias são consideradas um problema de saúde pública, uma vez que são desordens debilitantes e que impossibilitam ações rotineiras, o que causa um grande impacto pessoal e social, atingindo pessoas de todas as idades (STANCIOLI *et al.*, 2007).

Segundo Sanvito e Monzillo (1997), existem vários tipos de cefaléia tais como, cefaléia tensional que é provocada por dores que dão sensação de cabeça pesada ou pressionada, pode ser uma dor fraca ou moderada. A cefaléia em salvas que é menos frequente e tem como sinal uma dor bastante intensa, ela geralmente aparece mais a noite de um lado só, ou em torno dos olhos, podendo durar poucos minutos como também pode durar horas. A enxaqueca é uma dor de cabeça crônica, começa geralmente com uma dor latejante em um dos lados da cabeça, que aumenta aos poucos.

A cefaléia aguda são as que atingem seu máximo, sendo em minutos ou poucas horas. Tanto as cefaléias primárias como as secundárias também podem apresentar o mesmo sintomas. Tais como a cefaléia de tensão, meningites, encefalites, hemorragias cerebrais não arteriais, sinusites

agudas. Já as cefaléias sub-agudas podem ficar com dor por alguns dias ou poucos meses. Podem ocorrer principalmente nas cefaléias secundárias, que decorrem de hematomas subdurais, como tumores que crescem rápido, meningites crônicas, fungos e tuberculose (SANVITO; MONZILLO, 1997).

A cefaléia crônica que pode persistir por meses e alguns casos por anos, são primárias. Podem ocorrer por período variável de tempo como minutos, horas, dias para depois desaparecerem, mas aparecendo algum tempo depois, como migrânea. Elas podem ser persistentes aparecendo diariamente por um período mínimo de quatro horas, a intensidade da dor deve permanecer mais ou menos a mesma no decorrer do mês. O médico deve estar atento, nas cefaléias crônicas, para mudanças das características ou da intensidade da dor, pois podem indicar o aparecimento de cefaléia secundária associada (SANVITO; MONZILLO, 1997).

A maioria dos casos de cefaléia não estão relacionados a condições clínicas mais complexas, normalmente estão diretamente ligadas às condições mais simples, como infecções das vias aéreas ou distúrbio da articulação temporomandibular. No entanto é de suma importância se atentar para os sinais de alerta que podem indicar tipos de cefaleia mais graves as quais requerem tratamentos mais complexos, tais como a cefaléia causada por hemorragia (STANCIOLI *et al.*, 2007).

A dor neuropática está entre as síndromes mais constantes como causa de dor crônica. Pacientes com dor de origem predominantemente neuropática apresentam idade mais avançada e dor mais grave e frequente que outros tipos de dor crônica. Além disso, ela está ligada aos piores índices de qualidade de vida e estado geral de saúde dos pacientes (MITH BH *et al.*, 2007).

Segundo Cruciani e Nieto (2006), há várias descrições em relação aos tipos de dor neuropática e não se tem uma classificação que satisfaça totalmente. A mais frequentemente utilizada é a que se baseia na localização da geração da dor, tendo-se descrito dois tipos: dor de origem central e de origem periférica. Na dor de origem central, pode-se citar o acidente cardiovascular e a esclerose múltipla. Na dor de origem periférica tem como exemplo, a neuropatia diabética e a induzida por agentes quimioterápicos.

A maioria das dores é do tipo nociceptivo. Elas resultam da estimulação dos receptores da dor quando ocorrem lesões no tecido nociceptores, que estão localizados na pele ou nos órgãos internos. A lesão pode ser uma ferida, contusão, fratura óssea, esmagamento, queimadura ou qualquer outro fator que lesiona os tecidos (GUREJE *et al.*, 1998).

A dor nociceptiva é em geral intensa, aguda ou latejante, mas pode ser leve. O bloqueio em um órgão interno geralmente causa dor profunda, câibras e pode ser difícil de identificar a localização da dor. Mas quando determinados tecidos moles, como aqueles que circundam e envolvem órgãos internos, são danificados, a dor pode ser aguda e fácil de localizar. A dor que surge depois de uma intervenção cirúrgica, sofrida por quase todas as pessoas, é de tipo nociceptivo. Trata-se de uma dor constante ou intermitente, que piora quando o paciente se movimenta, tosse, ri ou respira profundamente, ou até durante a troca de curativos cirúrgicos (GUREJE *et al.*, 1998).

Além das dores de cabeça, outra doença que acomete boa parte da população são as doenças respiratórias que acometem cerca de 44% da população brasileira que sofrem com o problema respiratório. O Sistema Respiratório é composto por um conjunto de órgãos cuja principal função é transportar oxigênio atmosférico para as células do corpo e livrar seu corpo de dióxido de carbono produzido pelo metabolismo celular. Os órgãos que compõem o sistema respiratório são cavidades nasais, faringe, laringe, traqueia, brônquios, bronquíolos e ambos os pulmões, e como um todo o sistema está exposto a doenças (RODRIGUEZ *et al.*, 2010).

As infecções das vias aéreas superiores são tipicamente benignas, podendo ser vistas durante todo o ano, sendo que essas doenças têm uma frequência elevada na primavera e outono, em certas localidades do país. Algumas vezes podem estar acompanhadas por complicações bacterianas, tais como, otite média aguda, sinusite e pneumonia. Embora as infecções das vias aéreas possam ser causadas por uma grande variedade de microrganismos, os vírus são os principais agentes etiológicos (RODRIGUEZ *et al.*, 2010).

A rinite é uma condição clínica na qual a mucosa está bastante inflamada, pode ser na maioria das vezes provocada por causas alérgicas ou também por infecção. A rinite alérgica é classificada como sazonal ou perene.

A rinite sazonal os sintomas são, espirros, coriza e obstrução nasal que ocorrem apenas em determinada época do ano, enquanto na perene eles são constantes e podem ocorrer em qualquer época. A rinite alérgica, pode ser uma condição crônica e frequentemente pode ser confundida com a sinusite (GANZ, 2003).

A sinusite é uma inflamação da mucosa dos seios da face, região do crânio formada por cavidades ósseas ao redor do nariz, maçãs do rosto e olhos. A doença pode ser secundária a uma infecção, quadro alérgico ou qualquer fator que atrapalhe a correta drenagem de secreção dos seios da face. A sinusite pode ser causada por agentes infecciosos, como bactérias, fungos e vírus, quanto por fatores alérgicos. Poeira, choque térmico e cheiros ativos são listados como desencadeadores da rinopatia alérgica (GANZ, 2003).

Uma das doenças respiratórias bem comum, que acometem crianças e adultos é a bronquite, que é uma inflamação dos brônquios, canais que conduzem o ar inalado até os alvéolos pulmonares. Ela se instala quando os minúsculos cílios que revestem o interior dos brônquios e estes param de eliminar o muco presente nas vias respiratórias. Esse acúmulo de secreção faz com que eles fiquem permanentemente inflamados e contraídos, provocando principalmente a tosse (MENEZES *et al.*, 2005).

A bronquite pode ser aguda ou crônica, a diferença consiste na duração e agravamento das crises, que são mais curtas com duração de uma ou duas semanas na bronquite aguda, enquanto na crônica, não desaparecem, pioram pela manhã e se manifestam por três meses ou mais durante pelo menos dois anos consecutivos (MENEZES *et al.*, 2005).

Geralmente as infecções das vias aéreas são benignas, que podem causar inflamações, podendo aparecer em qualquer época do ano. As doenças do sistema respiratório estão entre os principais motivos de automedicação, inclusive no uso inadequado de antimicrobianos. É importante que seja avaliada a necessidade de utilização de antimicrobianos frente aos diferentes problemas respiratórios. As doenças respiratórias se não for tratada adequadamente, com os medicamentos corretos, podem acabar agravando mais ainda a infecção respiratória (MENEZES *et al.*, 2005).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, conclui-se que a cefaleia gera uma condição extremamente desconfortável e um mal-estar através da dor. A cefaleia é a principal responsável por uma grande parte das consultas contabilizadas nas unidades de saúde, este agravo está associado a um alto impacto socioeconômico, como faltar ao trabalho e também a perda da produtividade é a deficiência da qualidade de vida. A cefaleia pode causar dores tanto moderadas como dores mais agudas, além de causar náuseas, dor na face, dor no pescoço e nos olhos.

Já o sistema respiratório compreende as vias respiratórias e os pulmões que são responsáveis pela absorção de ar, ele se divide em fossas nasais, faringe, laringe, traqueia, brônquios, bronquíolos e bronquíolos terminais. Todo o sistema respiratório é controlado por um centro no bulbo, cuja danificação pode ser fatal.

É de suma importância procurar um médico, pois existem vários tipos de problemas respiratórios e cefaleias diferentes. Assim, o médico pode iniciar o tratamento adequado, cada vez mais precoce, e proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente.

5. REFERÊNCIAS

BYERS, M.; BONICA, J. **Peripheral pain mechanisms and nociceptor plasticity**. In: LOESER, J.; BUTLER, S.; CHAPMAN, C.; TURK, D. Editors: Bonica 's Management of Pain. 3ª Ed., Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2001, p. 26-72.

CAUMO W, SCHMIDT AP, SCHNEIDER CN, *et al.* **Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery**. Acta Anaesthesiol Scand 2002;46:1265-71.

COSTA, Carlos M. C. **Dor neuropática. Dor Princípios e Prática. Porto Alegre**: Artmed, 2009, v. 2, pg. 494-509.

CRUCIANI, R. A.; NIETO, M. J. **Fisiopatología y tratamiento del dolor neuropático: avances más recientes**. Revista de la Sociedad Española Del Dolor, La Coruña, v. 13, n. 5, p. 312-327, 2006.

GANZ, T. **Defensins, antimicrobial peptides of innate immunity**. Nat. Verlmm. 3: 710-20, 2003.

GUREJE O, VON KORFF M, SIMON GE, GATER R. **Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care**. JAMA

MADSEN, M.V; GOTZSCHE, P.C; HRÓBJARTSSON, A. **Acupuncture treatment for pain: systematic review of randomised clinical trials with acupuncture, placebo acupuncture, and no acupuncture groups.** BMJ, v.338, n. 3115, 2008.

MENEZES AM, PEREZ-PADILLA R, JARDIM JR, MUINO A, LOPEZ MV, VALDIVIA G, *et al.* **Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the Platino study): a prevalence study.** Lancet. 2005;366(9500):1875-81.

MITH BH, TORRANCE N, BENNETT MI *et al.* - **Health and quality of life associated with chronic pain of predominantly neuropathic origin in the community.** Clin J Pain, 2007;23:143-149.

RODRIGUEZ HEREDIA, O.I. *et al.* **Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas.** Revista Archivo Médico de Camagüey, v.14 n. 3, 2010.

SANVITO WL, MONZILLO PH. **Cefaléias primárias: aspectos clínicos e terapêuticos.** Medicina. 1997; 30:437- 48

SOUZA, N. E. CALUMBY, M. L.; AFONSO, E.O; NOGUEIRA, T. Z. S.; PEREIRA, A. B. C. N. G. **Cefaleia: migrânea e qualidade de vida.** Revista de Saúde, Rio de Janeiro, v. 06, n. 2, p. 23-26, 2015.

SCHESTATSKY, P. (2008). **Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática.** HCPA, 28(3), pp. 177-179.

STANCIOLI G, VASCONCELOS PB, LEAL JC, SILVA JÚNIOR AA, Gomez RS, Teixeira AL. **Cefaleia crônica diária.** RBM. 2007; 64(1/2):5-10.

TEIXEIRA, M. W. Dor em pequenos animais. Revista CFMV. Conselho Federal de Medicina Veterinária. Brasília, v. 34, n. 11, p. 31-41, jan/abr 2005.

FARMACOTERAPIA NO TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA

Angela Maria da Silva Santos
Divina Barbosa dos Santos
Nadyne Nadila Canedo de Oliveira Martins
Rita de Cassia de Paula Celestino

RESUMO

O tratamento para a dor do paciente com câncer requer uma equipe multiprofissional capacitada e instituição que tenha protocolos de início e fim de fármacos da classe analgésica, anti-inflamatórios, e dos opiáceos, com finalidade de proporcionar ao paciente com câncer dignidade e bem estar. O farmacêutico tem papel fundamental em todo o processo, desde a manipulação, posologia, dispensação e o acompanhamento terapêutico ao paciente juntamente com o médico. A análise do artigo mostra que a melhor forma de controlar a dor do paciente com base na Escala de Analgesia da OMS (Organização Mundial da Saúde), como principal característica à recomendação de prescrições observando o tipo de analgésicos, é sua eficácia analgésica ao tipo de dor que o paciente oncológico. As estratégias utilizadas para atingir a qualidade da analgesia devem ser realizadas pelos profissionais de saúde a partir da intensidade da dor como parâmetro norteador do manejo clínico, a fim de evitar a tolerância aos medicamentos e prevenir os efeitos colaterais.

Palavras-chave: Dor; Câncer; Farmacoterapia; Analgésicos.

1. INTRODUÇÃO

A Associação Internacional para o estudo da dor (IASP) define a dor como: "Uma experiência sensitiva e emocional ou potencial dos tecidos ou descrita em termos de tais lesões". A dor é uma das reações mais frequentes em pacientes oncológicos, afetando a qualidade de vida, interferindo no funcionamento físico, psicológico e social (GUERRERO LIRA, 2018).

A dor pode ser causada pelo próprio tumor (ex.: invasão tumoral visceral, aumento da pressão intracraniana), pode ser relacionada ao câncer (como espasmo muscular, constipação intestinal, entre outros.), associado ao tratamento antitumoral (pós-operatório, pós-quimioterapia e pós-radioterapia (VIEIRA; BRÁS; FRAGOSO, 2019).

A classificação da dor por patogênese é: dor nociceptiva: Com o crescimento do tumor, tecidos são lesionados, liberando estímulos no sistema nociceptivo, que reconhece o dano e leva a dor. Este estímulo produz substâncias que participam do processo inflamatório, gerando impulsos elétricos, que levam a informação dolorosa ao tronco cerebral,

tálamo e estruturas do sistema límbico, até as áreas corticais, no trajeto, a informação dolorosa é localizada. Dor neuropática: São determinadas por trauma, infecção, invasão tumoral, injúria química ou radiação, o que pode ocorrer no SNP (sistema nervoso periférico) e SNC (sistema nervoso central). A dor neuropática é classificada em diferentes ex. dor fantasma; dor central: ocorre dano no SNC, e a dor simpática é mantida, quando existe associação com edema local, alteração de temperatura e mudanças tropicais. Dor simpaticomimética: É o relato de irradiação arterial, necessitando de diagnóstico diferencial por bloqueio anestésico (CORRÊA; HORTALE, 2006).

A dor é subjetiva: cada indivíduo aprende a descrevê-la. Os tipos de dor são: dor aguda, dor crônica, de curta ou longa duração. A dor aguda geralmente é de fácil localização, pois resulta na lesão externa. A dor crônica é considerada uma doença, por si só, pois tem duração superior a seis meses. A dor curta está relacionada a estímulos extremos, e a de longa duração está relacionada a estímulos (GUERRERO LIRA, 2018).

Para a dor ser tratada corretamente, é necessário medir a intensidade da dor. Nessa avaliação são utilizados instrumentos de escalas multidimensionais e escalas unidimensionais (II CONSENSO NACIONAL DE DOR ONCOLÓGICA, 2011).

Segundo o II Consenso Nacional de dor oncológica (2011), a escala multidimensional se utiliza dos seguintes componentes:

- Sensitivo-discriminativo: Questionário Mc Gill de dor. ex; local da dor, intensidade da dor e tipos de dor.
- Afetivo-emocional: Questionário Mc Gill reduzido; repercussão da dor no afeto e humor.

Na escala unidimensional será medida exclusivamente a intensidade da dor. Os instrumentos utilizados de acordo o II Consenso Nacional de dor oncológica (2011) são:

- Escala numérica de dor (ENV); onde a dor é avaliada de 0 a 10, sendo 0 ausência de dor e 10 dor mais forte do que se imagina.
- Escala visual analógica (EVA) ; afere o componente sensitivo-discriminativo da dor em uma linha de 10cm, com ausência de dor e dor máxima.

Podemos observar nas imagens abaixo as escalas unidimensionais.



Figura 01:

Fonte: <https://www.google.com.br/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fvictorbarboza.com.br%2Fmedindo-intensidade-da-dor>.

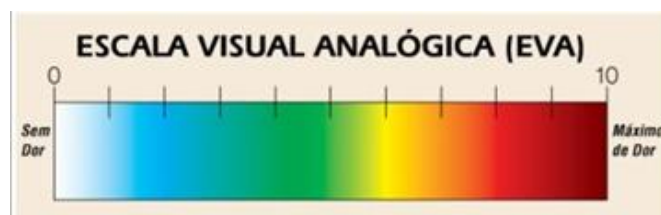


Figura 02

Fonte: <https://www.google.com.br/url?sa=i&url=http%3A%2F%2Ffisiosaude-ce.blogspot.com%2F2009%2F05%2Fprotocolos-de-avaliacao-da-dor>

Para o controle da dor são utilizados fármacos como opióides, não opióides e adjuvantes analgésicos que são associados a outros fármacos potencializando o controle de determinados tipos de dor. A farmacoterapia é utilizada para a erradicação da doença e evitar sua recorrência, e também no alívio da dor, proporcionando bem estar do paciente oncológico (II CONSENSO NACIONAL DE DOR ONCOLÓGICA, 2011).

A dor oncológica causa impactos negativos, afetando o paciente de forma física, psíquica e social. O objetivo deste artigo, é identificar os principais fármacos utilizados no controle da dor oncológica.

2. METODOLOGIA

O presente artigo foi produzido através de uma revisão bibliográfica narrativa, no qual possui caráter exploratório, sendo desenvolvido com base em um levantamento bibliográfico acerca do assunto. O tema pesquisado foi Farmacoterapia *no tratamento da dor oncológica*, as fontes científicas foram buscadas no google acadêmico, Scielo e sites como Instituto Nacional do Câncer, Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

O levantamento foi realizado em maio de 2021, utilizando artigos publicados no período de 2002 a 2019.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4- Fisiopatologia da dor

O processo de sentir dor, sempre irá emitir sinais e alguns tipos de sintomas claros que podem ou não ser vivenciados. A dor pode ser claramente conhecida por ser um mecanismo de proteção do nosso corpo, isso ocorre sempre quando algum de nossos tecido sofre alguma lesão, assim irá remover o estímulo doloroso (KAZANOWSKI; LACETTI,2005).

Para entender melhor a fisiopatologia da dor, precisamos entender que há dois tipos de dor: a dor lenta e a dor rápida. A dor rápida, nem sempre terá uma relação com algum tipo de lesão, e poderá provocar estímulos mecânicos extremos, na dor lenta, está relacionada a estímulos químicos. Nos processos inflamatórios, ou em lesão celular, acontecerá a liberação de substâncias químicas algicas, como, bradicinina, histamina, prostaglandinas e íons H+, que estimula as terminações nervosas livres, presentes no sistema nervoso periférico (SNP), o impulso elétrico é conduzido pelas fibras nervosas do tipo C à medula espinhal e sendo encaminhado para a região do tronco cerebral, tálamo, estruturas do sistema límbico e áreas corticais (OLIVEIRA; TRINDADE, 2013).

O câncer pode causar lesões nos receptores de dor, conhecidos como (nociceptores), e assim provocando dor Físico/corporal, visceral, neuropática ou por desafferentação, através da entrada direta no tecido pela neoplasia, ou por alguma lesão no sistema nervoso central ou periférico (KONRAD, 2004). Os nociceptores podem ser ativados por estímulos nocivos, podendo ser eles: mecânicos, térmicos ou químicos e, sensibilizados por estímulos químicos endógenos, como a serotonina, substância P, bradicinina, prostaglandinas e histamina, liberados após lesão tecidual (SAMPAIO et al., 2005).

A dor somática se encontra bem localizada e acentuada, é considerada uma dor provisória e súbita, podendo ser causada ou provocada por alguma situação como a tosse e evacuação. Já na dor visceral, ela pode ser provocada por algum tipo de tensão na víscera oca, ou por algum processo patológico, podendo estar associada a náuseas, vômitos e sudorese

(SAMPAIO et al., 2005).

A dor neuropática poderá ser ocasionada por algum tipo de lesão ou disfunção no sistema nervoso central, ou periférico, manifestando por algum sinal e sintoma sensorial, com o aumento da sensibilidade ao tato, à dor ou a outros estímulos sensoriais, dormência e são descritas como uma dor ardente e penetrante (KONRAD, 2004).

5- Farmacologia da dor

A terapia farmacológica usada nos tratamentos da dor, atua em diferentes níveis dos seus mecanismos. Os analgésicos não opióides são úteis principalmente em dores causadas por algum tipo de infiltração nos músculos e tecidos conjuntivos. Os AINES atuam na inibição das enzimas ciclo-oxigenase (COX), que assim vão inibindo a síntese de prostaglandinas (PG) que estão presentes no processo inflamatório local, atuando exclusivamente nos tecidos lesados, e não atuam no sistema nervoso central. Eles são bastante efetivos na dor produzida por lesão lenta e prolongada do tecido (CASTEL-BRANCO et al., 2013).

Os opióides já exercem uma ação mediante a interação com os receptores específicos distribuídos no Sistema Nervoso Central, agindo na indução analgésica por ativação dos sistemas inibitórios opióides dependentes. Já os fármacos, que não são analgésicos clássicos, podem ser utilizados no tratamento da dor, assim sendo utilizados, isoladamente ou em conjunto com os analgésicos já usados. Exemplos são os antidepressivos, os anticonvulsivantes e os neurolépticos (BRASIL, 2012). No caso dos antidepressivos tricíclicos, que já atua por meio de vários mecanismos, entre eles os mecanismos anticolinérgicos, utilizados para o controle da dor neuropática, não havendo diferença em sua eficácia (MINSON et al., 2012).

Os fármacos desenvolvidos na utilização como anticonvulsionantes também têm demonstrado bastante eficácia analgésica contra a dor neuropática. Estes medicamentos são, por exemplo, gabapentina, pregabalina ou carbamazepina. A ação no alívio da dor pode se dar pela supressão de circuitos hiperativos da medula e do córtex cerebral, e também pela estabilização das descargas neuronais nas membranas das vias primárias. Os neurolépticos possuem também ação sobre o sistema de

modulação da dor, alterando a sua percepção (HENNEMANN-KRAUSE; SREDNI, 2016).

6- Escala analgésica da dor

A OMS (Organização Mundial da Saúde, 1986) propôs um esquema da escada da dor e recomenda a organização e padronização do tratamento analgésico de acordo com o tipo de dor relatada pelo paciente. Ele aponta os tipos de medicamentos, não medicamentos específicos, além de se adequar às necessidades dos pacientes, também garante a flexibilidade dos prescritores (SCHWENGBER,2017).

De acordo com a OMS 1986, a dor deve ser tratada de acordo com uma escala crescente de eficácia da droga relacionada à sua intensidade. A principal característica dessa escada é que é recomendada a prescrição de analgésicos de acordo com seu efeito analgésico e o tipo de dor sofrida pelo paciente, pressupondo-se que o tratamento deva ser realizado de forma mais racional e pessoal, de paciente para paciente, como mostra a (Figura 03). (OLIVEIRA et al., 2019).



Figura 03: Escada analgésica da Organização Mundial da Saúde,1986.

Fonte: <https://revistas.unisuam.edu.br/index.php/semioses/article/view/323/144>

Segundo a OMS (1986), a escala analgésica consiste em quatro etapas graduais. A primeira etapa consiste na primeira linha de analgésicos, que sempre deve ser composta por analgésicos não opióides. Geralmente

são suficientes para o controle da dor, de intensidade leve a moderada, e podem ser fortalecidos com o uso de drogas adjuvantes. Se a dor persistir ou a primeira etapa falhar, deve-se utilizar a segunda etapa, neste caso deve-se iniciar opioides com menor poder analgésico, que podem estar relacionados aos não opióides e medicamentos adjuvantes (INCA,2002).

Se a dor persistir, use a terceira etapa, que corresponde a dor de forte intensidade a insuportável, são os opióides com maior alívio da dor, que são os de potência máxima, de forma a manter a possibilidade de combinar não opióides com medicamentos adjuvantes. Aproximadamente 20% dos pacientes não respondem à terapia farmacológica. Segundo a OMS, o uso de opióides está associado a um grande número de reações adversas a medicamentos (RAMs). Portanto, para esses pacientes, é proposta uma recomendação para criar uma quarta etapa, que, entre outras opções de tratamento, também inclui neuromodulação, como estimulação medular, implantação de bomba de infusão de drogas, incisão de canal radicular por radiofrequência, exercícios e estimulação do cortical motora e magnética transcraniana (OLIVEIRA et al., 2019).

7- Dor crônica e uso de opioides

De acordo o Instituto Nacional de Câncer (2002), a dor crônica é a continuação da dor aguda atingindo o sistema nervoso central e causando estimulação dos receptores da dor repetida e com duração prolongada devido a fatores patológicos crônicos com alterações no emocional e comportamental do paciente, e a sua intensidade vai variar de acordo a cada quadro clínico individual. É para o uso de drogas opiáceas a instituição terá que obedecer às etapas e critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1982, em que, para o início do tratamento farmacológico é necessário seguir uma escala de dor para iniciar o tratamento de drogas não opiáceas, opiáceas fracas ou fortes.

É a via de administração para o tratamento farmacológico mais recomendado pela a OMS é via oral por trazer ao paciente independência e conforto no manuseio do medicamento; pelo relógio com administração são intervalos fixos de acordo com a duração e ação do fármaco; pela intensidade que irá obedecer à escala da dor e graus (dor ligeira, moderada e severa) e para o indivíduo o tratamento individual e posologia

do medicamento sendo adequada para que a dosagem seja administrada sem muitos danos ao paciente em particularidade (COSTA, et al, 2007).

7.1 Não Opiáceo

Esse grupo de medicamento é constituído pelos analgésico/antipirético e os anti-inflamatórios não esteroides (AINE); os AINES irão atuar na inflamação e dor inibindo a síntese de prostaglandina (PG) e a ciclooxigenase (COX) podendo ser não seletiva inibindo a COX1 e COX2 ou inibidores somente da COX2 (COSTA, et al, 2007).

Efeitos adversos mais conhecidos dos anti-inflamatórios da COX1 são náuseas, ulcerações, hemorragias, e epigastralgia, renais, hematológicas ou reações de hipersensibilidade; é da COX2 o seu efeito adverso mais conhecido é o risco cardiovascular por inibição da prostaciclina (COSTA, et al, 2007).

De acordo Costa, et al (2007) segue alguns exemplos:

- Analgésico como o paracetamol na administração crônica não deve ultrapassar 6 gramas dia, devido à hepatotoxicidade.
- Não seletivo COX 1 é anti-inflamatório como o ibuprofeno sua administração é a cada 6 horas com dose máxima 3200 mg/dia.
- Seletivos COX2 são anti-inflamatórios como o celecoxib a cada 12 horas, dose diária 400 mg ou de acordo com prescrição médica.

7.2 Opiáceo Fraco

Nesse grupo de opiáceo fraco os fármacos utilizados são limitados devidos os seus efeitos colateral sendo um dos inibidores da serotonina, como são medicamentos sintéticos derivados do ópio como da codeína que irá se ligar no receptor μ , devido esse fator a sua administração e posologia não pode ter dose elevadas, aumentando assim os efeitos colaterais como insuficiência renal ou hepática (COSTA, et al, 2007).

De acordo o INCA (2002) os fármacos opiáceo fraco mais administrado em pacientes oncológico com dores moderadas e ligeiras são:

- Tramadol a dose oral é 200 mg à 400 mg, dose parenteral é 600 mg endovenosa, podendo ser dividido 4/6 hs.
- Codeína diidrocodeína a sua posologia é de 30 mg à 120mg de 4/4 hs por via oral.

7.3 Opiáceo Forte

Os medicamentos que fazem parte desse grupo são administrados nos pacientes oncológicos em último caso de acordo o degrau da OMS devido o seu índice de dependência física e psicológica após o seu uso, nesse grupo não teremos dose teto, ou seja, dose limite para o controle da dor do paciente (SCHWENGBER,2017).

Os medicamentos mais utilizados desse grupo de acordo o INCA (2002) são:

- Morfina podendo ser administrada por qualquer via com intervalo de 4/4 hs com dose inicial 5mg ou 10 mg, é o seu acréscimo de dosagem vai depender da resposta clínica do paciente oncológico.
- Fentanil é um medicamento de meia-vida curta transdérmico com apresentação em adesivo patch para pacientes com câncer incapaz de engolir medicamento por via oral, o seu uso deve ser monitorado em caso de paciente com o quadro agudo de dor, e a dependência pode ocorrer na substituição da morfina para fentanil, é para a sua aplicação o local tem que estar seco, limpo e sem pelos com intervalo pode ser de 12 ou 24 horas.

7.4 Sedação Terminal

Geralmente a utilização de medicamentos para a sedação terminal é quando o caso clínico do paciente há progressão da metástase cancerígenas e falência de órgãos, onde todos os tratamentos que estão no protocolo já foram utilizados e não houve êxito no caso clínico dentre os medicamentos administrados os opióides, antissecretores, antipsicóticos, ou seja, os tratamentos paliativos (NOGUEIRA; SAKATA, 2012).

Segundo Nogueira e Sakata (2012) para essa sedação acontecer vai obedecer a critérios rigorosos dentro da equipe multiprofissional para sua utilização, com esclarecimento da técnica ao paciente (caso tiver consciente), familiares ou cuidador para que não confundam esse método

em eutanásia, em que haja um esclarecimento que a utilização de sedação terminal é para o alívio do sofrimento do paciente com câncer terminal, trazendo ao mesmo uma boa morte com dignidade.

A medicação para fazer a sedação terminal irá depender da instituição e do profissional que irá fazer a técnica, mais na maioria são utilizados os medicamentos benzodiazepínicos, neurolépticos e barbitúricos, se necessário associação dos opioides e quando não chega ao nível de sedação adequada entra com os anti-histamínicos, antieméticos e anti-dopaminérgicos (NOGUEIRA; SAKATA, 2012).

As vias de administração predominante é a venosa por ser mais rápida a sua absorção do medicamento nas vias sanguíneas e a duração da sedação irá depender da situação clínica do paciente, geralmente o tempo médio é 24 horas, todo o procedimento terá que ser monitorado por médico e enfermeiro especializado na técnica para que seja verificada a dosagem, tempo e a situação clínica do paciente (NOGUEIRA; SAKATA, 2012).

8- Assistência farmacêutico no controle da dor oncológica

A atenção farmacêutica em pacientes com dor oncológica pode melhorar o tratamento e ajudando a reduzir os problemas relacionados com a medicação, o farmacêutico é um membro fundamental da equipe multiprofissional, devendo ter o paciente como foco principal de suas atividades profissionais, pois é ele o responsável pela detecção e resolução dos problemas relacionados aos medicamentos (COSTA et al; 2007).

Medicamentos para pacientes com dor crônica podem melhorar o tratamento Estabelecer e ajudar a reduzir os problemas relacionados às drogas. O sucesso deste tratamento está na monitorização, que permite personalizá-lo para obter o alívio da dor e prevenir os efeitos secundários. Atualmente, a dor é a principal causa de incapacidade e sofrimento no desenvolvimento de pacientes com câncer. Em todas as fases da doença e em 70% dos tumores, a dor crônica atinge cerca de 50% dos pacientes com câncer (OLIVEIRA et al., 2019).

Os cuidados paliativos têm como objetivo controlar os sintomas, fornecer cuidados, permitir que os pacientes vivam da maneira mais confortável possível e aliviar a dor e outros sintomas físicos, sociais, espirituais e mentais. O controle efetivo da dor oncológica em cuidados

paliativos exige uma equipe multidisciplinar, a qual deve seguir o protocolo proposto pela OMS, e utilizar fármacos por via oral de acordo com a Escada Analgésica; esta pode proporcionar alívio da dor (PINHEIRO,2014).

Dessa forma, cabe ao farmacêutico um papel importante no contato com esses pacientes, aconselhando-os na utilização dos medicamentos prescritos, evitando tolerância medicamentosa e prevenindo efeitos colaterais. Os farmacêuticos são profissionais fundamentais para garantir o uso racional e seguro dos medicamentos e auxiliando os pacientes como prevenir reações adversas a medicamentos, que são algumas das causas de internação e ocasionam o aumento da dor oncológica (ANDRADE,2015).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Diante do presente artigo, conclui-se que, considerando a gravidade do problema e a subjetividade dos fenômenos dolorosos, o controle da dor em oncologia sempre foi um desafio enfrentado pela prática clínica dos profissionais de farmácia.

As estratégias utilizadas para o alcance da qualidade da analgesia devem ser conduzidas de acordo com a intensidade da dor, de paciente para paciente, e prevenindo efeitos colaterais. Os analgésicos opioide constituem os principais agentes para o controle da dor, mas é necessário que uma equipe multidisciplinar de saúde tenha familiaridade com uma gama de opções terapêuticas, tais como medicamentos, técnicas anestésicas, procedimentos cirúrgicos, procedimentos intervencionistas, técnicas psicológicas e técnicas de reabilitação.

Os analgésicos opióides são os principais fármacos para o controle da dor, mas é necessário que a equipe multiprofissional de saúde conheça uma série de opções de tratamento, segundo a Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde.

5. REFERÊNCIAS:

ANDRADE, Djalisson Tayner Lima et al. **Condutas terapêuticas utilizadas no manejo da dor em oncologia.** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2015.

II Consenso Nacional de Dor Oncológica. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr.; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica**. Nº 1083, de 02 de outubro de 2012.

CASTEL-BRANCO, M. M, et al. As bases farmacológicas dos cuidados farmacêuticos: o caso dos AINES. **Acta Farmacêutica Portuguesa**, v. 2, n. 2, p. 79-87, 2013.

CORRÊA, R.; HORTALE, V. A. **Cuidados paliativos oncológicos**. [s.l: s.n.]. v. 22, 2006.

COSTA, Carla Alves et al. Dor oncológica. **Revista Portuguesa de pneumologia**, v. 13, n. 6, p. 855-867, 2007.

GUERRERO LIRA, M. **Cuidados paliativos**. [s.l: s.n.]. v. 23, 2018.
HENNEMANN-KRAUSE, L.; SREDNI, S. Farmacoterapia sistêmica da dor neuropática. **Rev. Dor**, v. 17, n. 1, p. 91-94, São Paulo, 2016.

KAZANOWSKI, Mary K; LACETTI, Margaret Saul. **Dor: fundamentos, abordagem clínica, tratamento**. Rio de Janeiro, 2005.

KONRAD, H. **Classificação neurofisiológica da dor**. 2004. Disponível em: http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=36 Acesso: 15 mar 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (2002). **Cuidados paliativos oncológicos- controle da dor**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/manuais/cuidados-paliativos-oncologicos-controle-da-dor>. Acesso em: 23/05/2021.

MINSON, F. P, et al. Opióides - **Farmacologia básica. Manual de Cuidados Paliativos** - ANCP, 2012, p.123.

NOGUEIRA, Fabíola Leite; SAKATA, Rioko Kimiko. Sedação paliativa do paciente terminal: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Rio de Janeiro, vol.62, n.4, 2012.

OLIVEIRA, G. J. DE et al. **Acompanhamento Farmacêutico no Controle Da Dor em Pacientes Oncológicos**. Semioses, v. 13, n. 2, p. 145-157, 2019.

OLIVEIRA, P. M.; TRINDADE, L. C. T. Manejo da dor no paciente com doença oncológica: orientações ao médico residente. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 298-304, 2013.

PINHEIRO, Kelly de Vargas. **Eficácia da Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS) em um Modelo de Síndrome Dolorosa Induzida por Paclitaxel em Ratos**. Santa Maria,RS, 2014.

SAMPAIO, Luciana Ribeiro., MOURA, Cristiane Victor., RESENDE, Marcos

Antonio. Recursos fisioterapêutico no controle da dor oncológica: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Minas Gerais, 2005; 51 (4): 339 – 46.

SCHWENGBER, Fernanda. **Eficácia e segurança: morfina versus outros opióides no controle da dor oncológica**. 2017. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Pós – Graduação Latu Sensu em Farmácia Hospitalar- UNIJUI – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande Do Sul, Ijuí, 2017.

VIEIRA, C.; BRÁS, M.; FRAGOSO, M. Opioids for cancer pain and its use under particular conditions: A narrative review. **Acta Medica Portuguesa**, v. 32, n. 5, p. 388–399, 2019.

SAÚDE DO CUIDADOR: EM UMA PERSPECTIVA DA SAÚDE DO IDOSO.

Brendha Barros Furtado de Oliveira
Isadora dos Santos Alves
Kesimarly Xavier da Silva
Marco Antonio Fernandes dos Reis Martins
Millena Cristina Rocha Pereira
Pricilla Xavier Alencar

RESUMO

Em torno do século XX, quando se refere à saúde, ela é definida como a ausência de doenças ou enfermidades. Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu a saúde como bem-estar físico, mental e social. A finalidade do presente trabalho visa conscientizar o leitor sobre a saúde do cuidador, levando em consideração a sua condição de trabalho, necessidades e a saúde da família. Trata-se de uma revisão acadêmica tendo em foco a importância da saúde do cuidador em relação a sua carga de trabalho zelando da saúde do idoso, levando em consideração a atenção básica, secundária e terciária dentro do programa de saúde da família juntamente da adesão terapêutica, a qual foi realizada através de revistas acadêmicas, Scientific Electronic Library online (SciELO) e Google acadêmico. Concluindo que cuidar é um papel difícil e cansativo, especificamente na saúde do idoso, por conter vários fatores que contribuem para o desgaste e sobrecarga físico e mental dos cuidadores, tornando assim a comunicação, um dos pontos fundamentais para a interação dos profissionais com os familiares e pacientes.

Palavras-Chave: Adesão Terapêutica; Saúde do Idoso; Cuidadores; Programa saúde da família.

1. INTRODUÇÃO

Em torno do século XX, quando se refere à saúde, ela é definida como a ausência de doenças ou enfermidades. Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu a saúde como bem-estar físico, mental e social. Devido ao passar dos anos, foi possível entender que a saúde está além de ausência de doenças, mas também está relacionada com diversos fatores individuais e sociais. A mesma está relacionada em se ter uma boa qualidade de vida, sentindo-se bem, não apresentar queixas de sofrimento somático ou psíquico, nem ter prejuízo no desempenho pessoal ou social, descreve LUNARD (1999).

O termo 'bem-estar', presente na definição da OMS, é um componente tanto do conceito de saúde, quanto de saúde

mental, é entendido como um constructo de natureza subjetiva, fortemente influenciado pela cultura. A OMS define saúde mental como "um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade (GAINO *et al*, 2018).

Por meio dos relatos contextualizado por Simon (2015), em 1988, a Constituição Federal do Brasil determinou no artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, considerando-a um direito fundamental para a sociedade, proporcionando mais dignidade humana, em busca de uma sociedade livre, justa e solidária. Nota-se que a saúde está interligada com outros fatores sociais, quando descrito no artigo 6º da Constituição brasileira de 1988, sendo definida como um direito social, juntamente com a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados.

Ao entender que a saúde está relacionada ao bem-estar físico, mental e social de cada indivíduo, o objetivo do presente trabalho visa conscientizar o leitor sobre a saúde do cuidador, levando em consideração a sua condição de trabalho, necessidades e a saúde da família. Usufruindo como justificativa, estudar os fatores que sejam capazes de interferir na saúde dos cuidadores de idosos, de modo que desestabilize sua qualidade de vida, bem-estar pessoal, conseqüentemente promovendo a sobrecarga e exaustão.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão acadêmica tendo em foco a importância da saúde do cuidador em relação a sua carga de trabalho zelando pela saúde do idoso, a qual foi realizada através de revistas acadêmicas, Scientific Electronic Library online (SciELO) e Google acadêmico, datados nos anos de 1999 a 2020, nos idiomas: Português, Espanhol e Inglês. Pesquisados através dos descritores: Adesão Terapêutica; Saúde do Idoso; Cuidadores; Programa saúde da família.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer dos anos o número de idosos vem aumentando, mas

apesar da velhice não ser sinônimo de doença mas esse processo de envelhecimento podem aumentar os fatores de riscos como doenças crônicas não transmissíveis e outras comorbidades, dessa forma tendo uma maior demanda e necessidade de cuidadores para o auxílio ao realizar tarefas (SOUZA, 2015).

Essa dependência geradora de fragilidade, são causadas por fatores/razões relacionadas à falta de autonomia física e psicológica, atrapalhando as pessoas a realizar Atividades Básicas de Vida Diárias (AVDs). Dessa forma necessitando de assistência de outras pessoas, geralmente a família (ANJOS, 2014).

A sobrecarga deve ser vista como um conceito multidimensional, o qual abrange a esfera biopsicossocial, resultado da busca de equilíbrio entre as seguintes variáveis: tempo disponível para o cuidado, recursos financeiros, condições psicológicas, físicas e sociais, atribuições e distribuição de papéis (Souza, 2015).

A maior queixa dos cuidadores é de sobrecarga e de depressão, estresse e ansiedade. Essa sobrecarga abrange os aspectos biopsicossocial, não tendo tempo para o autocuidado e o lazer. Dessa forma podendo afetar até o desempenho do cuidado do idoso (SOUZA, 2015).

Os familiares que assumem o papel de cuidadores na maioria das vezes não tem capacitação o que dificulta o cuidado podendo receber visitas periódicas de profissionais da saúde como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e agentes comunitários para que tenham uma melhor estrutura para o cuidado. (AREOSA, 2013)

3.1. A importância da saúde da família

O Programa de Saúde da Família foi implementado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1993 para fazer com que a assistência ao paciente se torne mais dinâmica e uma melhor lógica em relação a promoção da saúde, para isso foi de estratégia que foi acrescentado ao Programa três etapas de atenção ao paciente e as circunstâncias em que ele se encontra, sendo elas determinadas como: Atenção Primária ou Básica; Atenção Secundária ou Média Complexidade; Atenção Terciária ou Alta Complexidade (BESEN *et al*, 2007).

Em concordância com Pimenta et al (2018), o profissional da área de

Enfermagem no que exige do seu trabalho como cuidador está sujeito a agravos em sua saúde decorrente de sua extensa demanda física e psicológica devido a atividades de grande complexidade como, por exemplo, a atenção secundária e terciária, o que também pode interferir na dinâmica organizacional da assistência prestada.

3.2. Adesão terapêutica.

Através dos estudos de Barros; Silva; Leite (2015), é possível compreender que na realização do cuidado ao idoso, necessita-se de alguns recursos materiais para o próprio paciente, e dentre eles, o estudo aponta a utilização de medicamentos em consumo sistemática e contínua. A utilização de medicamentos são recursos indispensáveis para práticas de recuperação e reabilitação da saúde do idoso, se tornando uma das atividade frequente prestado pelos cuidadores. Os idosos com alto grau de dependência precisam de cuidados diários, tendo um cuidador que seja responsável pela sua administração de medicamentos, dedicando-se exclusivamente à tarefa.

Os idosos mais jovens apresentam maior independência quando comparados aos idosos mais velhos, mas muitas vezes, por não serem o alvo das atenções e da prestação de cuidados por parte de terceiros, mesmo quando vivem em famílias numerosas, ou com cuidadores, gozam de mais autonomia nas tomadas de decisões, inclusive quando decidem abandonar o tratamento ou não segui-lo conforme a prescrição médica, conhecida como "não adesão intencional (AIOLFI et al., 2015).

Uma das maiores causas que influenciam na adesão terapêutica segundo Sousa et al. (2011), é o esquecimento caracterizado pela dificuldade de se lembrar, o idoso acaba não querendo se medicar, fazendo com que o cuidador procure um método para convencê-lo e ter permissão para administrar a medicação. A família também influencia no tratamento do idoso e para que o cuidador tenha um melhor desempenho em suas obrigações, é importante que haja uma educação em saúde entre o idoso e seus familiares, em busca de recursos que auxiliem o cumprimento dos horários de administração e outros afazeres, evitando quaisquer adesões terapêuticas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi apresentado no texto, o ato de cuidar é um papel difícil e cansativo, especificamente na saúde do idoso, por conter vários fatores que contribuem para o desgaste e sobrecarga físico e mental dos cuidadores, ocasionando em uma assistência insatisfatória e promovendo ações negativas voltadas à família como: abandono, diminuição do lazer, sentimento de obrigação de cuidado, vergonha de mostrar que necessitam de ajuda, entre outros, dificultando assim a qualidade de vida, recuperação e tratamento do idoso, entretanto os profissionais necessitam ser capacitados para auxiliar a família seja no processo de senescência ou senilidade resultantes do processo de envelhecimento, tendo isso em vista, cabe ao profissional promover uma comunicação adequada, auxiliar nas instruções de técnicas básicas para o tratamento em domicílio. Ou seja, no campo de saúde do Idoso, a comunicação entre profissionais, familiares e pacientes é de suma importância, tanto para quebrar os paradigmas sobre envelhecer, como para promover, prevenir e proteger a saúde dos idosos e dos cuidadores, sejam eles formais ou informais.

5. REFERÊNCIAS

- AIOLFI, C.R.; ALVARENGA, M.R.M.; MOURA, C.D.S. e RENOVATO, R.D. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2015; 18(2):397-404. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n2/1809-9823-rbagg-18-02-00397.pdf>. Acesso em: 22 de Maio de 2021.
- ANJOS, K. F. D.; BOERY, R. N. S. D. O.; PEREIRA, R.; PEDREIRA, L. C.; VILELA, A. B. A., SANTOS, V. C.; ROSA, D. D. O. S. (2015) Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015, 20(5):1321-1330.
- AREOSA, C.; VIRGÍNIA, S.; HENZ, L. F.; LAWISCH, D.; COUTINHO A. R. Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. **Psicologia, Saúde e Doenças**, 2014, 15(2):482-494. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36231460012>. Acesso em: Acesso em: 21 de maio de 2021
- BARROS, D.S.L.; SILVA, D.L.M. e LEITE, S.N. Conduta do tratamento medicamentoso por cuidadores de idosos. **Comunicação, saúde e educação**, 2015, 19(54):527-36. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2015.v19n54/527-536/pt>. Acesso em: 22 de Maio de 2021.

BESEN, C. B.; NETTO, M. S.; ROS, M. A.; SILVA, F. W.; SILVA, C. G.; PIRES, M. F. A estratégia saúde da família como objetivo de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, 2007, Jan.-Abr., 16(1): 57-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000100006>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

GAINO, L.V.; SOUZA, J.D.; CIRINEU, C.T. e TULIMOSKY, T.D. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. 2018, Abr.-Jun.;14(2): 108-116. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n2/07.pdf>. Acesso em: 24 de Maio de 2021.

LUNARD, V. L. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **Rev. gaúcha de Enferm.**, 1999, Porto Alegre, 20(1):26-40. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4219/2229>. Acesso em: 24 de Maio de 2021.

PIMENTA, C. J. L.; SILVA, C. R. R.; BEZERRA T. A.; COSTA, T. F.; OLIVEIRA, J. S.; COSTA, K. N. F. M. O impacto do trabalho para a saúde do profissional de enfermagem. **Rev. da Escola de Enfer. da USP**, 2020, vol.54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018046103584>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

SIMON, L. C. Desafio: concretização do direito à saúde pública no Brasil. CONASS para entender a gestão do SUS. **Direito à saúde**, 1ª Edição. 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO A SAUDE-ART 31.pdf>. Acesso em: 24 de Maio de 2021.

SOUZA, S.; PIRES, A.; CONCEIÇÃO, C.; NASCIMENTO, T.; GRENHA, A. e BRAZ, L. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. **Rev. Port. Clin. Geral**. 2011; 27:176-82.

SOUZA, L. R. D.; HANUS, J. S.; LIBERA L. B. D.; SILVA, V. M.; MANGILLI, E. M., SIMÕES, P. W., CERETTA, L. B.; TUON, L. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Caderno de Saúde Coletiva**, 2015, 23(2):140-149. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>. Acesso em: Acesso em: 21 de maio de 2021.

EFEITOS SOCIAIS DA PANDEMIA DA COVID-19 SOBRE A POPULAÇÃO MAIS POBRE NO BRASIL

Luana da Silva Celestino
Gabriely Eduarda Fernandes Jesus
Dalila Aparecida de Sousa Rosa
Washington Pereira Campos

RESUMO

Este artigo mostrará as consequências sociais da covid-19 nas famílias de baixa renda na forma do trabalho, qualidade de vida, aumento da inflação e na saúde. O presente artigo tem como objetivo refletir sobre os efeitos causados pela pandemia da Covid-19 na qualidade de vida dos indivíduos. A Metodologia usada com base bibliográfica e através meios de comunicação da atualidade como as notícias. Conclua-se que no Brasil existe má distribuição de recursos voltados à população mais carente faz-se assim necessário a intervenção por meio das políticas públicas.

PALAVRAS-CHAVE: Efeitos sociais, Covid-19, Políticas Públicas.

1. INTRODUÇÃO

A pandemia do COVID-19 não está somente causando uma crise sanitária, mas um colapso no sistema de saúde do mundo inteiro, e também afetando a economia global. Nenhuma pandemia foi tão fatal e tão grandiosa, surgindo em apenas cem dias em uma cidade desconhecida e se alastrou rapidamente no planeta inteiro, fazendo assim lugares no mundo inteiro e pessoas serem obrigadas a ficarem em casa. Governos no mundo todo de diferentes países ficam impotentes ao verem um vírus invisível se propagando em todos os continentes, na qual não existe vacina, medicamentos e nem tratamento que elimine este vírus.

Essa situação foi inesperada e o mundo, em poucos dias, trouxe consigo novos hábitos, meios de comunicação e reflexões durante o isolamento. Uma tragédia que está acontecendo devido a COVID-19 só mostra nossa relação com ambiente, devemos criar novas atitudes diante do que está acontecendo voltar os olhos para as pessoas que necessitam, ser solidários uns aos outros modificando hábitos e costumes.

Este artigo abordará, os efeitos sociais da pandemia COVID-19 sobre a população mais carente do Brasil, retratando a forma como o grupo social mais carente do nosso país está lidando com os efeitos da pandemia da COVID-19, perante a eles. Além disso, e antes de tudo, será abordado

sobre o vírus e a desigualdade social para que logo após possamos adentrar à questão dos efeitos. O objetivo deste trabalho é nada mais que retratar os obstáculos que a população mais carente vem enfrentando desde o início do surto pandêmico até o momento que estamos vivendo.

2. METODOLOGIA

A metodologia usada na criação deste artigo é de base qualitativa exploratória que busca fazer uma análise com base teórica sobre os impactos sociais que foram causados pela pandemia da Covid-19 a população mais carente do Brasil. Este artigo também utilizou a referência bibliográfica feita através de livros, artigos, noticiários, dados de institutos de pesquisas IBGE, IDH e Ipea, webconferência entre as acadêmicas. E assim essa pesquisa se propôs a analisar os seus impactos causados na população que mais sofre por falta de fatores que são essenciais para vida de todos os indivíduos, usamos como base materiais de autores tais como;(CASTELO.2010), (CARVALHO.2021), (CHEIBUB.2020), (LAMEIRAS.2021), (MELO.2020), (MOTA.2020), (NERI.2019), (SILVA.2002), (SOUZA.2009), (SASSI.2021), (PIRES.2020). Vamos abordar no tópico 3.1 Covid-19 A Pandemia alarmante deste século, no tópico 3.2 A desigualdade no Brasil e no tópico 3.3 A Pandemia e seus Efeitos na Sociedade Carente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um vírus capaz de matar milhares de pessoas em instantes e a necessidade de sobreviver e se manter são desastrosos. Agora imagine eles combinados, na verdade nem é preciso muita imaginação basta olhar o que está acontecendo no mundo e principalmente no Brasil, que em outros países está sendo visto como uma ameaça internacionalmente. Pois enquanto nos demais países o número de casos e mortes decresce e a vacinação ocorre em massa tanto na população nativa quanto em visitantes estrangeiros no nosso país os casos aumentam cada vez mais, o sistema de saúde ainda está à beira de um colapso, a vacinação ocorrendo aos poucos tendo cerca de 6% de toda nossa nação vacinada com as duas doses até a data de 22 de maio de 2021, os, brasileiros que possuem condições estão indo para os Estados Unidos se vacinar, sendo que era

possível uma imunização em massa a qual não acontece porque o presidente Jair Bolsonaro sempre demonstra sua falta de empatia, não tendo a intenção de gastar com a saúde por não acreditar no perigo do vírus, colocando a população brasileira em risco, mas gastando com armamentos e atacando a importância do isolamento.

Enquanto isso o Brasil se torna terra fértil para a disseminação do vírus, assim como cita o neurocientista brasileiro Miguel Nicolelis e com quem concordo "Qual o sentido de se resolver a pandemia na Europa e nos EUA, se o Brasil continua a ser terreno fértil para o vírus?" (ROCHA,2021)

3.1 COVID-19 a pandemia alarmante do século XXI

O 'novo-coronavírus' trata-se de variações que se originaram através de outras famílias do mesmo grupo viral. Os primeiros casos de um destes coronavírus foi identificado em 1937 e logo foi isolado para estudos, em meados de 1960 surgiu outra variação na cidade chinesa Wuhan como um surto misterioso epidêmico de pneumonia. No entanto, ele foi descrito apenas em 1965 depois de diversas pesquisas e os experimentos comprovaram que o mesmo causava os resfriados e crises respiratórias e em 1966 recebeu o nome de coronavírus (HCoV 229E) pois seu formato visto em microscópio lembrava uma coroa. No ano seguinte outro desse vírus foi descoberto e isolado para pesquisas este foi nomeado como HCoV-OC43, após aparição de outros do mesmo grupo viral, no ano de 1975 criaram a família coronaviridae a qual na atualidade é composto pelos quatro gêneros: alfa-coronavírus(229E), beta-coronavírus(OC43), gama-coronavírus(NL63) e delta-coronavírus(HKU1). Mas mesmo com esses surgimentos não foi o bastante para levantar a curiosidade científica suficiente para estudá-los, até que novamente surgiu um surto de síndrome respiratória aguda grave(SARS-CoV) na China em novembro de 2002, se espalhou por 29 países tendo um total de casos registrados 8098 e 774 óbitos. Após essa epidemia, os cientistas começaram a ter mais interesse e descobriram que dois grupos virais poderiam infectar o ser humano, sendo o HCoV-NL63 e o HKU1 (NISHIOKA;2020)

A COVID-19 é um vírus invisível avassalador que vem tirando milhares de vidas a cada minuto causando crises econômicas, sanitárias por quase todo o nosso planeta, deixando a saúde pública à beira de um

colapso e um verdadeiro desespero mundial a mais de um ano. Em dezembro de 2019 o novocoronavírus (SARS-coV-2) surgiu na capital da província chinesa Hubei na cidade de Wuhan e foi identificado após casos de pneumonia sem quaisquer motivos aparentes de causa. Ele se espalhou rapidamente por toda a China, seguido por um crescente número de casos em outros países, em janeiro a Organização Mundial da saúde(OMS) classificou a situação como um surto epidêmico e em 11 de março de 2020, a mesma declarou estado de emergência pandêmica por causa da quantidade de casos e óbitos alarmantemente crescentes em diversos países pelo mundo. Aqui no Brasil até a data de 19 de maio de 2021 o total de casos passava de mais de 439 mil, tendo um recuo de 16% nos casos em 14 dias, com 2.517 óbito registrados nas últimas 24 horas do dia 18 deste mês (maio) com uma média de morte de 1.953 por dia. (BRASIL; 2021); (G1;VALOR; 2021); (MCINTOSH, 2020).

Em relação a doenças infecciosas de evolução rápida, é utilizado a taxa de incidência como um indicador, com o objetivo de mensurar os casos novos da doença em uma população que está sob risco e em um período determinado, sendo geralmente multiplicado por 100.000 habitantes. Tal indicador permite realizar certas comparações de comportamento de doenças em diferentes localidades. Outro indicador relevante que fornece subsídios para comparativos é a taxa de mortalidade, que pode revelar com que intensidade os óbitos por COVID-19 ocorreram nos diversos países (MANIEZZO, 2020).

Desde a descoberta do novo coronavírus apresentou-se uma taxa de transmissão extremamente alta. Em 30 de janeiro de 2020 já haviam sido notificados 7.818 casos de pessoas infectadas em 18 países, e 170 pessoas já haviam falecido na China por conta da COVID-19, os casos de COVID-19 foram crescendo rapidamente em todo o mundo, e assim surgindo novas Cepas. em março foram registrados mais de 118 mil casos da doença em 113 países com mais de 4 mil óbitos.

Conforme Gerontol (2020), o Brasil registrou o primeiro caso da doença em 26 de fevereiro de 2020 e tratava-se de um idoso com histórico de viagem pela Itália. Desde então, todos achavam que o novo coronavírus só atingia os mais idosos. A cada dia os casos desse vírus têm apresentado um crescimento diário significativo no país, não só como

idosos mas como jovens, crianças e adultos têm sido contaminados pelo vírus, além de constantemente surgirem novas variâncias em muitas cidades e países que ainda o enfrentam. No dia 25 de maio de 2020 foram registrados mais de 374 mil casos e 23.473 mortes em todo o território nacional brasileiro.

Ao analisar a distribuição dos casos da doença e de óbitos por faixa etária, no Brasil e no mundo, observa-se que há uma maior incidência da doença na população adulta, contudo, a letalidade é maior na população idosa. A presença de morbidades associadas contribui significativamente para o incremento dessa taxa, e no Brasil verifica-se que 69,3% dos óbitos ocorreram em pessoas com mais de 60 anos e destes, 64% apresentavam ao menos um fator de risco. Situação semelhante já havia sido reportada pelos pacientes infectados pelo coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV) e pelo coronavírus da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV).

Os dados da COVID-19 apontam que entre as pessoas com 80 anos ou mais 14,8% dos infectados morreram, comparado a 8,0% entre os idosos de 70 a 79 anos e 8,8% entre aqueles de 60 a 69 anos (taxa 3,82 vezes maior que a média geral), o que deveria alertar as autoridades sanitárias para o desenvolvimento de estratégias para proteção da saúde dos idosos, entretanto, não tem ocorrido. O risco de morrer por COVID-19 aumenta com a idade, já que a maioria das mortes ocorre em idosos, especialmente aqueles com doenças crônicas. A imunossenescência aumenta a vulnerabilidade às doenças infectocontagiosas e os prognósticos para aqueles com doenças crônicas são desfavoráveis (GERONTOL, 2020).

3.2 Desigualdade social no Brasil

A desigualdade social no Brasil é um processo histórico social, pois seu surgimento vem dos tempos da chegada dos portugueses ao Brasil. E nos dias atuais só vem aumentando cada dia mais, e existem alguns fatores que contribuem para esse aumento, podendo econômicos, políticos e culturais. No Brasil, uma das principais causas é a baixa renda, fator econômico que abrange saúde e educação. Com isso, a desigualdade limita e prejudica as pessoas das classes mais baixas, vale ressaltar que no Brasil

onde 15% da população vive sem abastecimento de água, e cerca de 36% residem em domicílios sem coleta de lixo e rede de esgoto (MELO, 2020).

Com a chegada da COVID-19 e o isolamento social, algo ficou bastante claro que o vírus não escolhe cor, idade e classe social, mais ainda está bastante claro que a classe que mais sofre é a baixa da população, com isso a desigualdade mostra que ainda existe maiores índices de pobreza e a cada dia fica mais claro a divisão social onde de um lado está a classe alta e no outro a classe baixa.¹

Segundo, (Castelo, 2015 p. 3)

Em modos pré-capitalistas, a pobreza e as desigualdades sociais eram ligadas à escassez, consoante ao baixo grau de desenvolvimento das forças produtivas das relações de produção associadas a aquelas. Já no capitalismo, adquiriram uma nova lógica e dinâmica, estando associadas à produção de riqueza, ou seja, a escassez passa a ser uma produção social, e não mais resultado da ordem natural. Mas, em ambos os casos, a pobreza e as desigualdades sociais podem ser relacionadas à divisão da sociedade em classes sociais e à existência da propriedade privada.

Diariamente esses retratos de desigualdade são retratados na mídia, meios de comunicação, televisão, internet, rádio e jornais, mostrando fatos da realidade brasileira e seu avanço basicamente relacionados com a pobreza em níveis alarmantes, principalmente agora com a pandemia da COVID-19, onde atualmente há uma crise na saúde pública e altas taxas de desemprego.

Assim como a desigualdade também pode ser medida pela quantidade de renda dos indivíduos, medida que tem por objetivo analisar as médias das classes alta e baixa, como também pode ser utilizado os dados para cálculos de desigualdade, é o índice de GINI¹ ou mais conhecido como coeficiente GINI recebeu este nome em referência a seu desenvolvedor o matemático Conrado no ano de 1912 com a preocupação de um determinado local ser mais justo ou desigual. Já o IDH², é um dado estatístico criado pela ONU, nas décadas de 1990 para argumentar os dados de modo específico, o cálculo do IDH é feito através de três fatores

¹ Coeficiente Medida Estatística Desigualdade

² Índice de Desenvolvimento Humano

³ Instituto Pesquisas Econômicas Aplicada

principais: Educação(Taxa de Escolaridade), Saúde(Mortalidade), e Renda(PIB, per capita).

Assim como o uso das variáveis educação, saúde e renda fazendo uma comparação com diferentes países do mundo e também ser de referência para determinar medidas que sejam importantes para determinar se um país que se vê diante destas reivindicações.

Diante a esses fatos vale ressaltar que também houve grande aumento na inflação por faixa de renda de acordo com o indicador Ipea³ de inflação em outubro de 2020 das famílias de renda mais baixa foi a que mais apresentou a maior variação (0,98%) entre todas as classes pesquisadas (LAMEIRAS, 2021).

E em março de 2021 o mesmo indicador apontou aceleração nas taxas de inflação em todas as classes pesquisadas, no mês anterior as maiores variações foram registradas nos segmentos de renda média(1,09%) e renda média alta(1,08%) (LAMEIRAS, 2021).

3.3 A pandemia e seus efeitos na social mais carente

Esta pandemia está tirando muitas vidas e a maioria delas são de pessoas com renda média ou baixa. Tanto o vírus da COVID-19 quanto a desigualdade social são fatos cruéis, mas estando coadunados se tornam ainda mais desastrosos do que quando estão separados. Esse momento pandêmico agravou ainda mais problemas sociais e recursos escassos como a economia não apenas deste país mas também muitos outros, as crises sanitárias também pioraram. A vida destas pessoas mais necessitadas tem ficado cada vez mais difícil já que diversos trabalhadores perderam seus empregos, o custo de vida e a inflação aumentaram ainda mais por conta do isolamento.

Diante desse caos que é a pandemia do COVID-19, o Governo de Goiás começou a ajudar famílias do estado de baixa renda com apoio da Secretaria de Desenvolvimento Social (Seds) para amenizar os efeitos econômicos, as instituições educacionais passaram a apoiar a família dos alunos entregando kits de alimentação mensalmente. A partir de agora o governo irá começar a depositar um determinado valor em contas cadastradas com o CPF do titular do aluno no lugar do kit, o que se torna uma ajuda maior para as famílias mais carentes.

No ano passado (2020) o Governo Federal passou a contribuir com aqueles que se encaixasse nos padrões exigidos com o auxílio emergencial, cujo devo ressaltar que milhares de pessoas tiveram que recorrer a esse benefício por causa do desemprego e por necessidade para tentar sobreviver a esta pandemia e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a taxa de desemprego em 2020 foi mais alta do que a de 2012 sendo de 14,1%. (NOTÍCIAS, 2020)

No entanto, mesmo com esses benefícios ainda é pouco, é pouco e injusto pois mesmo com tais ajudas esses cidadãos ainda não possuem o suficiente para o aluguel, água, energia, comprar comida e outros mantimentos essenciais, por estarem desempregados, os trabalhadores autônomos terem de ficar nesse abre e fecha de seus comércios perdendo mercadoria, os ambulantes não terem mais tantos clientes e ambos mal tendo como se manter. E sim algumas das situações citadas já existiam antes do novo-coronavírus, o ponto é que agora estão pior mesmo após 1 ano em isolamento, a inflação continua subindo pelo simples fato de que nesse período de calamidade as pessoas estão ou ao menos deveriam estar, ficando mais em casa já que as aulas presenciais em escolas, creches e faculdades pararam e ainda não retornaram em muitos estados e cidades, diversos serviços considerados não essenciais foram interrompidos.

O que de certa forma acaba por gerar um aumento nos gastos, nas contas, o preço dos mantimentos aumentam para tentar balancear a economia do país deixando a população carente ainda mais carente, ou como dizem, deixando o pobre ainda mais pobre. Ao falar de desigualdade social é importante destacar que o Brasil é um dos recordistas em concentrar renda no mundo tendo 23,7% da renda total sendo o terceiro colocado entre 180 países, ficando atrás apenas de O Catar (será sede da copa do mundo em 2022), e do Chile.

A população brasileira ampliada a 1% para 10% dos mais ricos por si já aumenta a renda total do país em 41,9%, deixando os outros 90% com menos de 60% dessa renda. Este país está entre os 10 mais desiguais no quesito de igualdade social no mundo, e no fim de tudo, realmente os conceitos e pensamento de Karl Marx sobre a sociedade não estavam errados ele acertou ao acreditar que a miséria e a desigualdade social causadas pela divisão de classes era e ainda é utilizada como um mero

instrumento de poder pelos proletários. O vírus da COVID-19 mata, mas a desigualdade destrói ainda mais (SASSE, 2021)

O vírus da COVID-19 mata, mas a desigualdade destrói ainda mais, e a frase “Estamos em um país onde todos são iguais, mas vivemos submergidos em uma desigualdade social” de Said Augusto sempre fez sentido, mas nesse período faz ainda mais.

Os cidadãos que não perderam seus empregos e rendas, que conseguiram trabalhar como camelôs, fazendo ‘bicos’ para se manter, enfrentam ainda mais o risco de se contaminar por não possuírem o benefício de ficar em casa para a segurança da própria saúde pois ou trabalham correndo riscos ou morrem de fome, e quem diz que isso não ocorre realmente está por fora das notícias e dados estatísticos que envolvem a população, pois segundo a pesquisa da Rede de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede Penssan) são mais de 116 milhões de brasileiros (mais da metade da nossa população), que passam fome ou estão quase nesse ponto, e todos sabemos que a fome é a que mais mata.

Enquanto essas pessoas se arriscam,, os que podem trabalhar em suas residências e ficar mais em suas casas isolados estão indo a festas clandestinas, sociais com amigos, aglomerando sem quaisquer cuidado como se esse vírus e milhares de vidas perdidas fossem uma piada, colocando a vida de familiares, funcionários e entre outros que são trabalhadores essenciais e necessitados em perigo. Se formos analisar a culpa do Brasil ainda estar nessa calamidade viral não é culpa apenas das decisões do presidente ou dos parlamentares que o apoiam, grande parte da população brasileira contribui em um nível satisfatoriamente assustador com a disseminação e não contenção do COVID-19 no país. (NICOLAV, 2021)

Da mesma forma em que se tem a preocupação com as pessoas de renda média ou baixa, não se pode esquecer as pessoas em situação de rua. O número de pessoas em situação de rua aqui no Brasil ultrapassa de 222 mil, ou seja, são mais de 222 mil pessoas passando por diversas violências diárias, abuso policial, péssimas condições de vida, alcoolismo, overdose e entre outros. Existem diversos abrigos acolhendo a cada dia essas pessoas, e quase não dão conta da demanda. Agora voltando à

questão do vírus, a pandemia agravou ainda mais a situação desses cidadãos, eles não possuem um isolamento social, condições alimentares e higiênicas dignas de um ser humano. (LIMA, 2021) e (NOGUEIRA,2021)

As quais sempre foram consideradas como seres inativos, pouco importantes perante a sociedade ativa e na maioria das vezes tratadas e consideradas como lixo ambulante sendo desumanizadas. O triste é que foi necessário uma pandemia mundial para ressaltar a desigualdade social e para que a sociedade olhasse ao menos um pouco para essas pessoas, começasse a ajudar com coisas básicas como o cuidado com a saúde mental e física e tornar umas das prioridades o quesito de as vacinação. Apenas no ano passado (2020) algumas cidades passaram a dar mais importância ao fato de ser permitido em um nível histórico e social o uso de banheiros, chuveiros e pias públicas; ambientes os quais eram o mínimo que essas pessoas já deveriam ter acesso a muito tempo sem julgamentos, não que não haja mais julgamentos, ataques e assassinatos brutais em relação a essas pessoas por estarmos em um momento crítico, porque infelizmente estamos falando de seres, da raça humana, que mesmo em uma pandemia não consegue olhar totalmente para o próximo e infelizmente enquanto existir pessoas que olham apenas para o próprio 'umbigo' tais julgamentos e ações não terão fim. (LIMA; 2021)

Por sorte esses seres humanos em situação recebem ajuda e apoio de centros como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por incrível que pareça existem pessoas que se importam com esteja em vulnerabilidade e moram nas ruas, as quais distribuem marmitas, roupas, cobertores, e até mesmo produtos higiênicos.

Para a escrita deste tópico 3.3 foram realizadas pesquisas bibliográficas em sites como G1, dados do IBGE, Agência Senado, Agência Brasil Brasília, e etc.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi apresentado neste artigo pelas respectivas autoras, que a pandemia da COVID-19 trouxe a tona e agravou diversos problemas sociais existentes a muito tempo que foram levados em

consideração apenas por causa de um surto pandêmico, foi ressaltado o quanto esse país e a sociedade é desigual com sua própria população, o descaso com o grupo mais carente e vulnerável. Propor e deixar em pauta uma solução mirabolante para o problema que a pandemia causou e ressaltou no Brasil para com essas pessoas é fácil, o difícil é tirar do papel e colocar em prática. A final tem de se repensar o capitalismo, pressionar as políticas públicas, acabar com diversas leis discriminatórias, assegurar uma renda digna e justa a população mais necessitada, e é mais do que nítido que para isso é preciso de uma manifestação política e também da própria sociedade, no entanto, é igualmente nítido que o grupo social que possui poder monetário não quer isso já que ganham mais com essa divisão injusta. Torna-se necessário a criação de um sistema único de inclusão social que possa atender a população por meio das políticas públicas sociais e assim elaborando meios de intervenção por meio de uma elaboração de projetos sociais específicos no combate à pobreza no Brasil.

Foi muito satisfatório participar desta proposta de pesquisa sobre os efeitos sociais da pandemia da COVID-19 certificamos a sua importância para nossa aprendizagem. Assim concluímos com imensa satisfação por ter abordado esse tema, e sua relevância para nós e para todos que vierem a ler.

5 REFERÊNCIAS

ABRO; **Entenda o Coronavírus** Disponível em: <https://abro.org.br/entenda-o-coronavirus/> Acesso em 20 de Maio de 2012 às 15:00

BANQUEIROS, Sindicato **Governo ignora situação da população mais carente** Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2021/03/recordista-em-desigualdade-pais-estuda-alternativas-para-ajudar-os-mais-pobres#:~:text=Recordista%20em%20desigualdade%2C%20pa%C3%ADs%20estuda%20alternativas%20para%20ajudar%20os%20mais%20pobres,=Cintia%20Sasse&text=A%20pandemia%20escancarou%2C%20mais%20uma,social%20e%20econ%C3%B4mica%20no%20Brasil.> Acesso em: 18 de Maio de 2021 às 00:29

BRASIL, Agência **Coronavírus hoje: Brasil tem 2517 mortes, e o total de vítimas passa de 439 mil.** Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-05/covid-19-brasil-tem-25-mil-mortes-e-754-mil-casos-em-24->

MOTA, Hugo **O que é IDH?** Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/o-que-e/geografia/o-que-e-idh.htm> Acesso em: 21 de Maio de 2021 às 11:15

NERI, Marcelo C. **A Escalada Da Desigualdade - Qual foi o impacto da crise sobre a distribuição de renda e da pobreza?** Disponível em: <https://www.cps.fgv.br/cps/bd/docs/A-Escalada-da-Desigualdade-Marcelo-Neri-FGV-Social.pdf> Acesso em: 19 de Maio de 2021 às 17:30

NERI, Marcelo **Desigualdade social e saúde no brasil** Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2002.v18suppl0/S77-S87/pt/> Acesso em 20 de Maio de 2021 às 18:20

NISHIOKA, Sérgio de Andrade; "Portal UNA-SUS - Especial COVID-19" <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/markdown/111> Acesso em 20 de Maio de 2021 às 14:38 P.M

NOGUEIRA, Chico; "Abrigos para pessoas em situação de rua correm o risco de fechar no Rio | Rio de Janeiro | G1" <https://g1.globo.com/google/amp/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/04/21/abrigos-para-pessoas-em-situacao-de-rua-correm-o-risco-de-fechar-no-rio.ghtml> Acesso em 19 de Maio de 2021 às 12:19

SINPOSBA **Descaso-Governo ignora situação da população mais carente** Disponível em: <https://www.sinposba.org.br/index.php/2020/07/18/descaso-governo-ignora-situacao-da-populacao-mais-carente/> Acesso em 18 de Maio de 2021 às 00:28

SILVA, Reginaldo Nascimento **O Processo de construção do problema da pobreza no Brasil** Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/13679/1/ReginaldoN_S DISSERT.pdf Acesso em: 18 de Maio de 2021 às 20:00

SOUSA, Juliane Martins Carneiro **Desigualdades sociais e distribuição injustas das riquezas sociais no brasil** Disponível em: [https://administradores.com.br/artigos/desigualdades-sociais-e-distribuicao-injusta-das-riquezas-sociais-no-brasil#:~:text=O%20s%C3%A9culo%20XIX%20marca%20no%20Brasil%20um%20per%C3%ADodo%20de%20exacerba%C3%A7%C3%A3o%20da%20desigualdade.&text=J%C3%A1%20no%20final%20do%20s%C3%A9culo%20,12%20vezes%20superior%20%C3%A0%20brasileira\).](https://administradores.com.br/artigos/desigualdades-sociais-e-distribuicao-injusta-das-riquezas-sociais-no-brasil#:~:text=O%20s%C3%A9culo%20XIX%20marca%20no%20Brasil%20um%20per%C3%ADodo%20de%20exacerba%C3%A7%C3%A3o%20da%20desigualdade.&text=J%C3%A1%20no%20final%20do%20s%C3%A9culo%20,12%20vezes%20superior%20%C3%A0%20brasileira).) Acesso em 20 de Maio de 2021 às 17:00

SASSI, Cintia **Recordista em desigualdade, país estuda alternativas para ajudar os mais pobres** Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2021/03/recordista-em-desigualdade-pais-estuda-alternativas-para-ajudar-os-mais-pobres#:~:text=Recordista%20em%20desigualdade%2C%20pa%C3%ADs%20estuda%20alternativas%20para%20ajudar%20os%20mais%20pobres,>

=

Cintia%20Sasse&text=A%20pandemia%20escancarou%2C%20mais%20u
ma,social%20e%20econ%C3%B4mica%20no%20Brasil. Acesso em 18 de
Maio de 2021 às 00:12

PIRES, Luiza Nassif **Covid-19 e desigualdade a distribuição de fatores
de risco no Brasil** Disponível em: [https://ondasbrasil.org/wp-
content/uploads/2020/04/COVID-19-e-desigualdade-a-
distribui%C3%A7%C3%A3o-dos-fatores-de-risco-no-Brasil.pdf](https://ondasbrasil.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-e-desigualdade-a-distribui%C3%A7%C3%A3o-dos-fatores-de-risco-no-Brasil.pdf) Acesso em:
19 de Maio de 2021 às 20:35

ROCHA, Camilo **O Brasil visto como ameaça para outros países**
Disponível em:[https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/03/06/O-
Brasil-visto-como-amea%C3%A7a-por-outros-pa%C3%ADses-na-pandemia](https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/03/06/O-Brasil-visto-como-amea%C3%A7a-por-outros-pa%C3%ADses-na-pandemia)
Acesso em 19 de Maio de 2021 às 10:21

PENA, Rodolfo Alves **Como é feito o cálculo do IDH?** Disponível em:
[https://brasilecola.uol.com.br/geografia/desenvolvimento-
humano.htm#:~:text=O%20c%C3%A1lculo%20do%20%C3%8Dndice%20
de,e%20a%20renda%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o.&text=%C3%89
%20claro%20que%20esse%20%C3%ADndice,e%20outros%20importantes
%20elementos%20sociais.](https://brasilecola.uol.com.br/geografia/desenvolvimento-humano.htm#:~:text=O%20c%C3%A1lculo%20do%20%C3%8Dndice%20de,e%20a%20renda%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o.&text=%C3%89%20claro%20que%20esse%20%C3%ADndice,e%20outros%20importantes%20elementos%20sociais) Acesso em: 23 de Maio de 2021 às 15:30

ATENDIMENTOS DE PESSOAS SURDAS NA ÁREA DA SAÚDE

Cleidiane Soares Lopes do Nascimento
Maria Eduarda Mendes Rodrigues
Michelly Araújo Santos
Nayara Santinelle Nunes Mota
Walyta Natália Borges Nunes
Rayan Soares dos Santos

RESUMO

A Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) é reconhecida pela Lei 10.436/02 como uma língua que possui características próprias, sendo usada pelas pessoas surdas para se comunicarem e interagirem no ambiente social. Para o atendimento de pessoas surdas na área de saúde é de grande relevância que nestes locais tenham profissionais com conhecimento em libras ou a presença de intérpretes ou tradutores para que haja atendimento de qualidade a comunidade surda. Segundo o decreto de nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005 toda pessoa surda tem direito à saúde, portanto é importante o aprendizado de libras pelos profissionais da área, com o intuito de obter um diagnóstico correto e uma boa prevenção e tratamento da doença. Porém podemos observar que existem vários desafios no atendimento de pessoas surdas na área da saúde e que estes locais não possuem sinalização e orientações necessárias para essa comunidade. Por este motivo a inclusão da LIBRAS no currículo dos profissionais da saúde e o conhecimento destes serviços prestados às pessoas surdas são importantes para a inclusão de ações na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Palavras-chave: Libras; Surdos; Comunicação; Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

Muitas pessoas acreditam que a Língua Brasileira de Sinais é o português nas mãos, na qual os sinais substituem as palavras. Outras pensam que é linguagem como a linguagem das abelhas ou do corpo. Muitas pensam que são somente gestos iguais ao das línguas Orais. Entre as pessoas que acreditam que é uma língua, há algumas que crêem que é limitada e expressa apenas informações concretas e que não é capaz de transmitir ideias concretas. Legalmente reconhecida no Brasil pela Lei 10.436/02 como uma língua com estrutura linguística própria, a Língua Brasileira de Sinais (Libras) é usada por pessoas surdas para se comunicarem e interagirem no espaço social. Trata-se de uma língua com estrutura própria, e aspectos linguísticos. (PEREIRA, 2011).

Segundo QUADROS et al., (2004), Pesquisas sobre LIBRAS vêm sendo desenvolvidas, mostrando que esta língua é complexa a qualquer línguas orais. Esta língua não é uma forma do português ao contrário, tem suas próprias estruturas gramaticais, que deve ser aprendida do mesmo modo que outras línguas. A Libras difere das línguas orais por utilizar outro canal comunicativo, como a visão em vez da audição, sendo capaz de expressar ideias sutis, complexas e abstratas. Os seus usuários podem discutir filosofia, literatura ou política, além de esportes, trabalho, moda, etc. A Libras pode expressar poesia e humor, como outras línguas a aumentar o vocabulário com novos sinais introduzidos pela comunidade surda em resposta à mudança cultural e tecnológica, não é universal. Assim como as pessoas ouvintes em países diferentes falam diferentes línguas, também as pessoas surdas por toda parte do mundo usam línguas de sinais diferentes.

A falta de acessibilidade como falta de profissionais tradutores e intérpretes de libras e língua portuguesa, falta de conhecimento mínimos de libras dos servidores de órgão públicos e privados, e a maioria das línguas são organizadas na modalidade oral-auditiva forma mais comum de comunicação entre pessoas, em decorrência de tais fatos, a proposta que se torna necessária é que os profissionais da Saúde, principalmente aqueles componentes da Atenção Básica e da Saúde da família sejam capacitados para se comunicarem de maneira eficiente por pessoas surdas que utilizam os serviços de saúde. Essa capacitação se concretiza na oferta de cursos de LIBRAS a todos os profissionais de Saúde de tais áreas, para que pelo menos esses profissionais tenham um mínimo de entendimento necessário para o atendimento do paciente (QUADROS et al., 2004),

A falta de comunicação oral torna o surdo desintegrado da sociedade ouvinte, tendo dificuldades de usufruir serviços básicos, como, por exemplo, acesso a hospitais, já que os ouvintes também têm dificuldades em entender a língua de sinais.

1. O direito à saúde da pessoa surda.

O decreto de nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005, trata da garantia do direito à saúde das pessoas Surdas ou com deficiência auditiva, determina que o atendimento às pessoas Surdas ou com deficiência auditiva

na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), como nas empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, seja realizado por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para a sua tradução e interpretação. (BRASIL, 2005).

A lei de nº 10.436, de 24 de abril de 2002, ela reconhece a legitimidade da Língua Brasileira de Sinais (Libras), assegurando matrículas nas redes de ensino da educação básica, a atenção integral à saúde, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas, com isso seu uso pela comunidade surda ganha respaldo do poder e dos serviços públicos. A língua de sinais constitui esta ponte, sendo importante na educação dos surdos nas classes regulares, e esse reconhecimento traz consequências positivas para a comunidade surda, principalmente para as vivências em locais públicos. (BRASIL, 2005).

2. A importância do aprendizado de Libras na área da saúde por parte da equipe de profissionais da saúde.

A indicação de sinais e sintomas e hábitos de vida comunicados pelo paciente ao profissional de saúde ajuda na construção do diagnóstico, tratamento e prevenção. No caso do deficiente auditivo essa comunicação pode ser bem prejudicada quando o profissional ele não tem conhecimento da língua de sinais, afetando negativamente o vínculo e a assistência que está sendo prestada. Diante disso, é importante o conhecimento e a identificação correta dos sinais linguísticos em Libras. A comunicação enfermeiro e paciente ela pode ser prejudicada por fatores inerentes ao paciente, como a impossibilidade de falar, compreender ou ouvir. Essas situações são desafiadoras para os profissionais, que buscam vencê-las utilizando-se de alternativas além da verbalização, como o toque, a leitura das expressões faciais e corporais (OLIVEIRA et al., 2012).

A humanização do cuidado em saúde como sendo um conjunto de conhecimentos, processos e métodos usados na área da saúde. A mesma emprega a oferta de dispositivos e de tecnologias para fortalecer os diversos setores da saúde e da comunidade atendida. Os recursos tecnológicos, acesso, acolhimento e vínculo devem estar presentes na relação estabelecida entre trabalhadores e usuários para que as ações de saúde sejam mais acolhedoras, ágeis e resolutivas. Para que isso ocorra, o

atendimento em saúde deveria estar baseado em um acolhimento dialogado, representado pela valorização do encontro. Nesse encontro o profissional ouve e discute com o usuário na tentativa de identificar suas necessidades e de saber o modo melhor de resolvê-las (OLIVEIRA et al., 2012).

Os surdos, quando vão para locais públicos como, por exemplo, os setores de saúde e principalmente os consultórios de profissionais de saúde, deparam-se não apenas com uma limitação na autonomia, mas também com a redução da privacidade pois, geralmente vão acompanhados por familiares para que sejam interpretadas as suas consultas. Por não fazer uso da língua oral o surdo acaba ficando separado ou isolado, tendo seus conhecimentos sobre sua saúde ou saúde em geral prejudicados ou incompletos (RAIMUNDO et al., 2012).

Apesar de suas dificuldades de comunicação com as pessoas com quem convive, o surdo tenta se comunicar através dos meios possíveis e que estão ao seu alcance como gestos, desenhos, escrita, e dependendo do seu nível de treinamento, pode realizar leitura labial. O profissional que recebe um surdo para atendimento em saúde deveria estar atento às singularidades comunicativas de que esse indivíduo necessita para então, possibilitar de maneira humanizada a atenção em saúde voltada para essa pessoa (RAIMUNDO et al., 2012).

3. Os desafios no atendimento em saúde da pessoa surda.

O desafio em atender o usuário surdo nos serviços de saúde se caracteriza, pela barreira comunicacional; fato que é devido também à necessidade de capacitação dos profissionais da saúde. Apesar da existência de políticas públicas planejadas pelos serviços de saúde, normalmente, as ferramentas utilizadas com o intuito de viabilizar a comunicação são parte de iniciativas individuais dos profissionais, o que continua sendo uma barreira para os portadores de surdez (TEDESCO et al., 2013).

As dificuldades de comunicação e informação entre profissionais que prestam assistência e usuários que buscam os serviços de saúde podem comprometer o cuidado, em razão da dificuldade de entendimento mútuo, configurar, assim, falha no atendimento humanizado e inclusivo. Os obstáculos vivenciados se tornam ainda mais preocupantes quando uma

comunicação inadequada pode comprometer o diagnóstico dos problemas de saúde e o tratamento do paciente (TEDESCO et al., 2013).

Somente pela comunicação efetiva, o profissional poderá compreender o que paciente expressa e, desse modo, ajudá-lo a reconhecer e enfrentar o processo de adoecimento e de saúde. Ao término da consulta, alguns pacientes não compreendem o seu problema, tampouco os motivos que levaram à indicação do uso da medicação administrada. No dia a dia, a realidade confirma a escassez de profissionais de saúde que se comunicam adequadamente com as pessoas surdas. Poucos conhecem a língua de sinais e as peculiaridades da cultura surda, e um quantitativo ainda menor se comunica por essa língua (CHAVEIRO et al., 2010).

Uma das proposições é o emprego da língua de sinais nos pontos de atenção da rede, seja pela inserção de intérpretes de língua de sinais, seja pelo uso da língua por profissionais capacitados. Sugerem que o Governo invista na formação dos profissionais da saúde para habilitá-los na aplicação dessa modalidade comunicativa. Apontam, que o aprendizado de Libras por ouvintes só ocorrerá, de fato, se houver contato permanente com a língua. Após capacitados, muitos ouvintes esquecem os sinais. A inclusão do surdo, ou do intérprete de língua de sinais, nos serviços de saúde, para que haja interação contínua em prol de uma comunicação efetiva (CHAVEIRO et al., 2010).

4. Sinalização e orientações dentro das unidades de saúde.

Aparentemente fora do contexto de atendimento em saúde, as primeiras barreiras de acesso aos serviços de saúde, para a comunidade surda, começam na dificuldade de obter informações, realizar agendamentos de serviços de saúde e no entendimento das sinalizações e orientações do que são e onde ficam os setores e diferentes tipos de serviços prestados dentro das unidades de saúde como secretária, emergência, consultórios, especialidades, aviso de acesso proibido, rotas de fuga, saídas de emergência e etc. Apesar de a escrita facilitar a comunicação com alguns pacientes surdos, ou com deficiência auditiva, a escrita é de pouca ajuda para os surdos pré-linguísticos, que ficaram surdos antes da aquisição da língua oral, e que não tiveram acesso a uma educação bilíngue, sem o qual pouco conhecem do idioma português.

(CASTRO et al., 2011).

Desta forma, as sinalizações deveriam considerar as barreiras de comunicação entre a comunidade surda, que algumas vezes tem dificuldade de entender o português, e a sociedade, que em geral não compreende a Libras, o que torna difícil para o surdo obter informações e melhor se orientar dentro das unidades de saúde nas quais deseja uma prestação de serviço. E com frequência, as unidades de saúde não possuem uma equipe de recepção que conheça a Libras e algumas vezes, a equipe sequer sabe o que é Libras, não há Central telefônica adequada aos deficientes auditivos para que possam obter informações ou fazer marcação de consultas. Algumas centrais oferecem a marcação por internet e outras somente por telefone, nem sempre há sistema eletrônico visual de "chamada" ao atendimento nas unidades de saúde, havendo somente chamada de voz, poucas unidades de saúde disponibiliza intérprete de Libras no horário de atendimento (CHAVEIRO et al., 2008)

Assim, dentro dessa temática, o presente trabalho tem como objetivo, a partir de um levantamento discutir a necessidade de se incluir a Língua Brasileira de Sinais nos currículos dos cursos da área de Saúde, conhecer a assistência à saúde prestada às pessoas surdas, a partir da sua perspectiva, com vistas a refletir sobre a inclusão de ações na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

2. METODOLOGIA

Neste estudo foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o atendimento de pessoas surdas na área da saúde. A escolha do tema foi discutida entre os integrantes do grupo e escolhida devido a sua grande importância, visto que muitos profissionais da área da saúde não tem conhecimento o suficiente para atender pessoas surdas adequadamente e com qualidade. Este estudo teve como referência artigos do ano de 2002 a 2021, encontrados em websites como, SCIELO, google acadêmico, dentre outros.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As pesquisas mostraram experiências constrangedoras de pessoas surdas no atendimento na área da saúde seja em ambulatório, pronto

socorro, Unidade Básica de Saúde (UBSs) e consultórios, em diferentes áreas: Médica, Odontológica, Psicólogo, Farmácia entre outros. Percebemos a importância dos profissionais de saúde serem bilíngues ou profissionais que tenham a primeira língua(L1) Libras, no mercado de trabalho isso faz com que pessoas surdas tenham atendimento desejado e digno. De acordo com o Decreto nº 5.626/05 tornou obrigatória a inclusão de Libras nos currículos, apenas nos cursos de graduação em fonoaudiologia, nos cursos que formam professores como as licenciaturas e a pedagogia. (SOUZA et al., 2009).

A regulamentação da lei nº 5.626/04 dá prioridade às pessoas surdas com acessibilidade, elas têm direitos, crianças, adultos quanto idosos têm prioridade em diversos setores da saúde e acesso fácil à informação exemplo: A televisão com legenda e uma janela na tela sendo interpretado na Língua Brasileira de Sinais,(SOUZA et al., 2009).

De acordo com o Decreto lei nº 5.626/05 Art. 25. A partir de um ano da publicação deste Decreto, o Sistema Único de Saúde - SUS e as empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, na perspectiva da inclusão plena das pessoas surdas ou com deficiência auditiva em todas as esferas da vida social, devem garantir, prioritariamente aos alunos matriculados nas redes de ensino da educação básica, a atenção integral à sua saúde, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas, efetivando. (BRASIL, 2005).

A solução melhor seria ter mais profissionais habilitados no mercado profissional, somente assim os pacientes teriam vínculos com os profissionais de saúde sem necessidade de intérprete em Libras do lado. Pois tem momento que é difícil para o surdo expor seu real problema com intérprete ou tradutor por perto tirando assim a liberdade de expressão e a privacidade diante o profissional de saúde (CHAVEIRO et al.,2005).

A comunidade surda é composta por pessoas que usam Língua de Sinais (LS) como primeiro meio de comunicação, tendo cultura própria e características únicas, a língua de sinais consiste em linguagem além de normas sociais. As línguas de sinais, embora presentes em todos os continentes, não têm uma estrutura universal, pois apresentam estrutura gramatical diferenciada. É uma linguagem de modalidade espaço-visual, pois o sistema de signos compartilhado é recebido pelos olhos e sua produção é realizada pelas mãos, no espaço. São reconhecidas como língua

pela linguística e possuem uma estrutura tão complexa como as línguas faladas, fato que lhes permite ser atribuído o conceito de línguas naturais. (MEDEIROS et al., 2010)

Na área de saúde, habilidades de comunicação interpessoal são imprescindíveis na assistência a qualquer paciente, e as ações dos profissionais da saúde são pautadas pela comunicação, independente da sua formação acadêmica. Este profissional tem como ferramenta-base de seu trabalho as relações humanas. Portanto, compreender o relacionamento entre o profissional da saúde e a pessoa surda é condição necessária para qualificar os serviços prestados à população surda (CHAVEIRO et al., 2010)

A surdez é caracterizada pela perda da percepção normal dos sons. Os profissionais que atuam na atenção básica precisam estar preparados para acolher e prestar atendimento a toda a população, inclusive ao usuário com deficiência auditiva, pois esta deve considerar o indivíduo em sua particularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. A atenção básica é considerada, dentro da rede de atenção à saúde como o primeiro nível, sendo a porta de entrada do usuário para os serviços ofertados pelo sistema único de saúde, e tem o papel de desenvolver estratégias que possibilitem ao indivíduo viver de modo saudável, autônomo e sem limitações físicas ou de comunicação (ALMEIDA, et al., 2017).

4. CONCLUSÃO

A relação profissional da saúde e o surdo precisa-se de várias melhorias, porque para os surdos o atendimento digno é atingido quando são compreendidos em suas necessidades, efetivando assim a inclusão na saúde, atualmente preconiza-se a convivência com as diferenças. Várias medidas são adotadas nas instâncias Federal, Estaduais e Municipais, asseguradas pela Constituição Brasileira, tentando garantir a inclusão das pessoas com surdez no cotidiano familiar, coletivo e institucional na saúde torna-se indispensável buscar novos paradigmas que facilitem promover uma assistência à saúde de qualidade.

Compreender as dificuldades dos surdos quando procuram atendimento à saúde é dever de todos profissionais comprometidos em colaborar na construção de uma sociedade inclusiva, a comunicação estabelecida com os surdos, e um dos grandes obstáculos na saúde . As

dificuldades na comunicação prejudicam o vínculo entre profissionais da saúde e surdos, comprometendo o atendimento.

Durante a realização desse estudo percebemos o quanto é importante a inclusão social dos surdos em relação aos atendimentos no sistema de saúde, respeitando e valorizando as diferenças, melhorando consequentemente a qualidade da assistência em saúde. Com a presença do intérprete solucionaria todos os problemas de comunicação, entretanto nem sempre é assim que ocorre De acordo com o O decreto de nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005 a pessoa surda tem o atendimento realizado por profissional capacitado para o uso de libras ou para a sua tradução e interpretação, A atuação do intérprete melhora, mas não contribui totalmente para a inclusão do surdo.

5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Antonieta Pereira Tigre. **Atendimento ao surdo na atenção básica: Perspectiva da equipe multidisciplinar**. Capa > v. 10, n. 33 (2017). Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/589https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/589>. Acesso em: 22 Mai. 2021.

BRASIL. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. **Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais** - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm>. acesso em: 22 de Mai. 2021.

CASTRO, S. S. et. al. **Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.45, n.1, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100011> acesso em: 20 Mai. 2021.

CHAVEIRO, Neuma et al. **Atendimento à pessoa surda que utiliza a língua de sinais na perspectiva do profissional de saúde**. Cogitare Enfermagem, dec. 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20359>>. acesso em: 19 mai. 2021.

CHAVEIRO, N. BARBOSA, M. A.; PORTO, C.C. **Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, set. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300023&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 20 Maio. 2021.

CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves. **Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social**. Ano 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/scielo.php>>. acesso em: 20 Mai. 2021.

OLIVEIRA, Y. C. A.; COSTA, G. M. C.; COURA, A. S.; CARTAXO, R. O.; FRANÇA, I. S. X. **A língua brasileira de sinais na formação dos profissionais de Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia no estado da Paraíba, Brasil**. interface Comunic. saude. Educ. Botucatu/SP. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4712.pdf>>. acesso em: 19 Mai. 2021.

PEREIRA, M.C.C. **Libras:Conhecimento além dos sinais**.In: CHOI, D.; VIEIRA M.I.; GASPAR, P.; NAKASATO, R. (Org.). São Paulo:Pearson Prentice Hall, 2011.

QUADROS, Ronice; KARNOPP, Lodenir. **Língua de sinais brasileira: estudos linguísticos**. Artmed: Porto Alegre, 2004.

RAIMUNDO, Ronney Jorge de Souza; DOS SANTOS, Thais Alves. **A Importância do aprendizado da comunicação em libras no atendimento ao deficiente auditivo em serviço de saúde**.Revista Uniaraguaia, out. 2012. ISSN 2676-0436. Disponível em: <<http://www.fara.edu.br/sipe/index.php/REVISTAUNIARAGUAIA/article/view/126>>. Acesso em: 19 Mai. 2021.

SOUZA, Marcos Torres; PORROZZI, Renato **Ensino de Libras para os Profissionais de Saúde: Uma Necessidade Premente**. Ano 2009. Disponível em: < <http://revistas.unifoa.edu.br/>>. acesso em: 19 Mai. 2021.

TEDESCO, Janaina dos Reis; JUNGES, José Roque. **Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, Aug. 2013.

A INCLUSÃO DA CRIANÇA COM O TRANSTORNO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NA EDUCAÇÃO INFANTIL

Mylena Pereira da Silva Borges
Érica Sandoval Garcez

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo falar sobre a inclusão dos alunos na educação infantil diagnosticados com o TEA (Transtorno do Espectro Autista) que é conceituado um distúrbio do desenvolvimento manifestado os primeiros anos de vida, e se classifica em três graus: leve, moderado e severo. Neste artigo abordaremos a educação infantil da criança e apresentaremos o transtorno e sua definição, provavelmente por volta dos dois ou três anos de idade, nesta etapa que a criança estabelece relações socialmente. E a várias dificuldades apresentadas a uma criança com autismo, assimilar e compreender o que está sendo proposto ao seu redor de imediato. O docente precisa ser bastante paciente e dando espaço para o educando se auto conhecer e propor aulas para que aquele aluno possa realizar o que foi proposto. Além de apresentar à classe docente das redes regulares de ensino, principalmente às creches, subsídios para a realização de um produtivo trabalho pedagógico, visando uma inclusão escolar efetiva, conquista de autonomia para a realização de atividades cotidianas, desenvolvimento mental e aprendizagem, para que, com métodos de intervenção eficazes, seja possível desenvolver um trabalho qualitativo com essas crianças. Para isso, realizamos uma análise da bibliografia referida neste artigo, para que, munidos de informações, possamos demonstrar a viabilidade da realização de um trabalho efetivo e inclusivo com a maioria das crianças com TEA, dentro das redes regulares de ensino.

Palavras-chave: Inclusão; Autismo; Professores; Educação; Aprendizagem.

1. INTRODUÇÃO

Com este trabalho pretendemos mostrar que é possível garantir ao aluno diagnosticado com o Transtorno do Espectro Austimo (TEA), uma maior autonomia para a realização das atividades cotidianas, melhoria do relacionamento e interação social com os demais indivíduos e a conquista de uma melhor qualidade de vida.

Tendo por base esses objetivos, o trabalho foi realizado através de uma revisão bibliográfica sobre o conteúdo abordado, a fim de demonstrar a viabilidade da inclusão de uma criança com autismo dentro de uma classe comum de educação infantil e apresentar mecanismos de trabalho para que

esta inclusão seja possível, esquematizando-se o presente trabalho em quatro capítulos principais.

Inicialmente, apresentaremos o transtorno espectro autista infantil através de sua definição, abordando as possibilidades para as causas do transtorno e as características do autismo infantil quanto à interação social, comunicação e os interesses e atividades.

Posteriormente abordaremos como é realizado as formas de tratamento mais utilizadas para o desenvolvimento de crianças com autismo, visando à melhoria do comportamento característico do autismo, para minimizar o comportamento estereotipado, melhorar a comunicação e a interação social. Logo após, trataremos da questão pedagógica frente ao autismo infantil, com a sugestão de estratégias para a classe docente utilizar com a criança autista dentro da sala de aula regular. O trabalho termina com algumas notas finais, analisando tudo o que foi referido.

O objetivo do estudo foi analisar como os procedimentos extra escolares da equipe funcional são adotados pelo docente no desenvolvimento da criança com o TEA. Os dados indicam que a ausência dos pais e a relação família e escola são pontos fortes para a melhoria do desenvolvimento desta inclusão e na relação ensino-aprendizagem do aluno autista.

3. METODOLOGIA

De acordo com a classificação apresentada por Apolinário (2014), a pesquisa teve caráter de finalidade bibliográfica, pois seu objetivo foi compreender de que forma a família representa a criança com o TEA, porque ali foi interpretada a realidade desse aluno, buscamos entender como é essa realidade através dos recursos pedagógicos utilizados em atividades para com alunos autistas como podem ajudar no desenvolvimento escolar, e que dificuldades apresenta o profissional da educação para trabalhar com crianças diagnosticadas com o TEA, para resolver problemas imediatos de como lidar com o desenvolvimento da criança autista, e como a família e o docente podem auxiliá-lo.

Porque ali foi interpretada a realidade desse aluno, buscamos entender como é essa realidade através dos recursos pedagógicos utilizados em atividades para com alunos com transtorno espectro autista.

Para Rappaport (2018, p.42),

A família é o principal agente socializador, recaindo sobre os pais a responsabilidade de facilitar a seus filhos o desenvolvimento da personalidade". Desta forma, entendemos que se faz necessário a colaboração da família neste processo de socialização para a aprendizagem, uma vez que, o autista é influenciado por sua rotina.

Este tipo de pesquisa é caracterizada por pesquisa qualitativa. Fachin (2016), explica que a metodologia de pesquisa deve responder a quais etapas serão traçadas, preferencialmente dispostas em ordem cronológica, numeradas, especificadas, comportando, pois, todos os passos a serem desenvolvidos em um artigo científico.

Sobre a metodologia aplicada, o tema abordado utilizou-se de conteúdo investigativo dedutivo, com uma abordagem qualitativa, ou seja, pesquisa bibliográfica com base em livros, artigos, revistas, documentos relacionados, leis, normas e jurisprudências.

4. O AUTISMO INFANTIL: DEFINIÇÃO E HISTÓRICO

Segundo Facion (2017, p. 26), "O transtorno autista apresenta-se como uma desordem no desenvolvimento que se manifesta desde o nascimento, de maneira grave e por toda a vida."

A primeira descrição deste distúrbio foi feita pelo psiquiatra austríaco Leo Kanner, em 1943, que observou que algumas crianças que atendia possuíam uma dificuldade no relacionamento interpessoal, que se distinguia de outras patologias. Além disso, percebeu que na maioria destes casos havia a ausência ou dificuldades com a fala e quando a mesma existia, não era dotada de sentido. (BAPTISTA & ROSA, 2012, p. 22-23)

Segundo os autores, outros fatos observados por Kanner, nestes indivíduos, foram a presença de ecolalia imediata (palavras repetidas imediatamente após ouvidas) e ecolalia diferida (palavras repetidas posteriormente após ouvidas). Constatou ainda que a entonação das palavras nem sempre combinava com o contexto linguístico, entre outras observações.

Estatísticas governamentais sugerem que a taxa de autismo está aumentando de 10-17% anualmente. Não existe explicação estabelecida para justificar este aumento.

De acordo com Puyuelo & Rondal (2017, p. 317-318), recentes pesquisas atribuem como causas para o transtorno condições genéticas, infecções e dificuldades no período pré e pós-natal. Algumas teorias sugerem, para explicar a presença de autismo em um indivíduo algumas doenças e transtornos, como fenilcetonúria, neurofibromatose, síndrome do Xfrágil e infecções, como a exposição fetal ao vírus da rubéola, citomegalovírus, e pelo herpes encefálico.

Ainda não há marcadores biológicos e exames específicos para o autismo, mas alguns exames, tais como cariótipo (com pesquisa de X frágil, Eletroencefalograma, Ressonância Magnética e erros inatos do metabolismo), teste do pezinho, sorologias para sífilis, rubéola e toxoplasmose, audiometria e testes neuropsicológicos são necessários para investigar causas e outras doenças associadas.

Até um terço dos indivíduos com autismo desenvolvem convulsões (causada por atividade elétrica anormal no cérebro, podendo produzir uma perda temporária da consciência, movimentos involuntários, ou olhar vidrado). Muitas vezes essas convulsões iniciam-se na primeira infância ou na adolescência. Um dos fatores que contribui para que isso ocorra é a falta de sono ou febre alta apresentada pela criança.

O autismo pode ser encontrado em indivíduos de todos os grupos sociais, raciais e étnicos. Suas características são observáveis antes dos três anos de idade e atingem 20 entre cada 10 mil nascidos, sendo mais comum em meninos do que em meninas (FACION, 2017, p. 26-27).

De acordo com *Autism Speaks* (2011, p. 12), "As características do autismo geralmente duram a vida toda de uma pessoa, embora possam mudar consideravelmente ao longo do tempo e segundo as intervenções." Seu diagnóstico se dá de forma clínica, através da observação do comportamento e testes educacionais/ psicológicos.

Cerca de 70% das pessoas autistas possuem retardo mental; outros 20% podem apresentar inteligência dentro da normalidade e o restante pode apresentar uma inteligência acima da média, o que chamamos de autismo de alto funcionamento. (FACION, 2017, p. 28).

4.1. Comportamento social

As crianças com autismo possuem dificuldade para interagir com

outros indivíduos. Ainda bebês, muitos não interagem e evitam o contato visual com as demais pessoas.

De acordo com *Autism Speaks* (2011, p. 13), crianças consideradas normais possuem comportamentos classificados como adequados para a faixa etária na qual estão inseridas. "Já no início da vida, olham para as pessoas, voltam-se para vozes, [...] e sorriem."

Acredita-se, entre os estudiosos, que a explicação para tais comportamentos deve-se ao desequilíbrio sensorial do autista, ou ainda que esses movimentos possam provocar prazer e sensação de bem-estar no autista, ou mesmo que esses comportamentos servem de válvula de escape para os autistas, ajudando-os a se acalmarem.

Essas crianças possuem dificuldades para interpretar o que os outros estão pensando e sentindo; não possuem habilidade para interpretar gestos e expressões faciais e apresentam dificuldades para enxergar as coisas na perspectiva de outra pessoa, tornando-se incapazes de prever ou compreender as ações de outras pessoas. Muitos apresentam dificuldades para controlar suas emoções. Podem chorar ou apresentar explosões verbais inadequadas na sala de aula.

Ainda, segundo o autor, "O indivíduo com autismo pode ser perturbador e fisicamente agressivo, às vezes, tornando suas relações sociais ainda mais difíceis." Podem, por vezes, apresentar reações explosivas; quando contrariados, costumam bater com a cabeça, puxar seus cabelos, ou morder seus braços e dedos. Costumam fazer birras ou apresentar aflição extrema sem razão aparente; rir, sorrir ou simplesmente ignorar uma presença.

Segundo Puyuelo & Rondal (2017, p. 320): Essas crianças têm dificuldades para aplicar habilidades a situações diferentes. Por exemplo, podem aprender a escovar os dentes com uma escova de uma cor determinada e colocar dificuldades quando é mudada a cor da escova. Sua aprendizagem é específica para cada situação concreta, não sabem selecionar a estratégia mais adequada para cada situação.

Com isso, explica-se a dificuldade encontrada pelos autistas quanto às mudanças de rotina e as reações perturbadoras quando estas ocorrem. Muitos indivíduos autistas aparentam normalidade física e muitos possuem um bom controle muscular; porém a presença de movimentos corporais

repetitivos logo chamam a atenção dos indivíduos “normais”, podendo ser sutis ou altamente visíveis.

4.2. Dificuldades de comunicação

De acordo com o Ministério da Educação – MEC (2014, p. 21), muitos autistas não vão falar nunca; outros apresentam dificuldades para se comunicar, necessitando de apoio para adquirirem uma linguagem verbal o mais expressiva possível.

Autistas que falam, muitas vezes usam a linguagem de maneira incomum. Eles parecem ser incapazes de combinar palavras em frases que tenham sentido. Alguns falam apenas palavras isoladas, enquanto outros repetem a mesma frase várias vezes.

Crianças com autismo podem apresentar ecolalia imediata (repetição do que outras pessoas acabaram de falar) ou ecolalia tardia (repetição de falas anteriormente ouvidas, comerciais televisivos, músicas e falas ouvidas em rádios ou televisão) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014, p. 13).

Segundo Puyuelo & Rondal (2017, p. 323), “As pessoas autistas têm uma incapacidade para interpretar as intenções e estados mentais dos outros, o que lhes dificulta entender a relevância da comunicação alheia.” Conclui-se, com isso, que compreender os indivíduos para o autista é tão difícil quanto se fazer compreender para eles. Desta forma, acreditamos explicar a frequência dos gritos e do comportamento exacerbado presente nestes casos, bem como a não correspondência de significação entre as expressões faciais, movimentos e gestos realizados, além da discrepância entre o tom e o volume de voz, quando tentam se comunicar.

De acordo com o Ministério da Educação – MEC (2004, p. 32), os comportamentos não adaptativos mais comuns presentes nos autistas são: gritos constantes, choros sem explicação, risos ou gargalhadas repentinos, agressividade, obsessões frequentes, hábitos alimentares incomuns (falta de apetite ou compulsões), recusa em ir à escola, a andar e realizar as tarefas, jogar ou quebrar objetos.

Algumas crianças e indivíduos mais velhos passam muito tempo agitando repetidamente os braços ou andando na ponta dos pés. Alguns, inclusive, podem permanecer parados na posição em que estão por algum tempo, imóveis. Crianças autistas podem preferir rodar objetos e

brinquedos a utilizá-los corretamente, como o esperado para uma criança “normal”;

“Certas pessoas autistas têm algumas habilidades de funcionamento cognitivo que são muito superiores ao que se deveria esperar pelo seu nível de desenvolvimento”, refletindo em interesses peculiares (PUYUELO; RONDAL, 2017, p. 321). Explica-se, desta forma, o curioso interesse dos autistas por assuntos incomuns, como marcas de carro, datas do calendário, temas da ciência, entre outros. Também é comum o interesse obsessivo por determinados objetos, como cordões de sapatos, fitas, botões, entre outros (Ministério da Educação, 2014, p. 13)

De acordo com Facion (2017), a percepção sensorial dos autistas é desordenada. Muitos deles mostram respostas não comuns a determinados estímulos sensoriais, devido a dificuldades no processamento destas informações. Muitas vezes, estímulos considerados normais e agradáveis para qualquer outro indivíduo (por exemplo: sons, texturas, sabores e cheiros) podem ser vividos pelo autista como doloroso ou desagradável..

A estereotipia, isto é, comportamentos considerados inadequados, podem envolver um ou mais sentidos, como por exemplo, visual: olhar para as luzes, piscar repetidamente, movimentar os dedos em frente aos olhos, bater as mãos; auditivo: bater nos ouvidos, estalar os dedos, produzir sons vocais; tátil: esfregar a pele com uma das mãos ou com outro objeto, arranhar; paladar: colocar partes do corpo ou colocar objetos na boca, lamber objetos; olfato: cheirar objetos ou pessoas, entre outros.

Qualquer que seja a explicação para tais comportamentos, fato é que eles interferem na atenção e aprendizado do indivíduo autista e, portanto, deve-se procurar limitar a repetição de tais estereotipias..

O tratamento consiste em intervenções psicoeducacionais, orientação familiar, desenvolvimento da linguagem e/ou comunicação, cujo objetivo é reduzir os comportamentos mal-adaptativos, promover a aprendizagem, a aquisição e desenvolvimento da linguagem e outras habilidades sociais. Tratamento e Ensino de Crianças com Autismo e problemas de comunicação correlatos (TEACCH). O objetivo desse método é “[...] desenvolver habilidades comunicativas e sua utilização espontânea em contextos naturais” (PUYUELO; RONDAL, 2017, p. 326). Segundo o autor, as habilidades são ensinadas em situações estruturadas, mas também existe a

intervenção em ambientes naturais. Neste método, a família deve intervir ativamente no ensino e no uso das habilidades.

Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (PECS – Picture Exchange Communication System) é um método em que se utilizam figuras e adesivos para facilitar a comunicação e compreensão ao estabelecer uma associação entre a atividade/símbolo. O PECS pode ser usado em casa, na sala de aula ou em vários outros ambientes. Um terapeuta, professor, pai ou mãe ajuda a criança a construir vocabulário e articular os desejos, observações ou sentimentos usando as imagens sistematicamente.

Embora o PECS seja baseado em ferramentas visuais, reforço verbal é um componente importante e a comunicação verbal é incentivada;

Análise do Comportamento Aplicada (ABA): técnica utilizada nos tratamentos do autismo para diminuir os comportamentos problemáticos relacionados ao autismo e ensinar habilidades que a criança autista não possui; se embasa na aplicação dos princípios fundamentais da teoria do aprendizado baseado no condicionamento operante e reforçadores para incrementar comportamentos socialmente significativos, reduzir comportamentos indesejáveis e desenvolver habilidades;

Terapia fonoaudiológica: abrange uma série de técnicas e trata de uma gama de desafios para crianças com autismo. O tratamento fonoaudiológico para crianças com autismo visa coordenar a mecânica da fala com o significado e valor social da linguagem. Dependendo da aptidão verbal do indivíduo, o objetivo pode ter o domínio da língua falada ou pode ter o aprendizado de sinais e gestos para se comunicar. Em cada caso, o objetivo é ajudar a pessoa a aprender a comunicar-se de forma útil e funcional;

Terapia Ocupacional (TO): trabalha conjuntamente habilidades cognitivas, físicas e motoras. O objetivo é ajudar a pessoa a se tornar funcional e independente. Para uma criança com autismo, o foco pode ser as habilidades de brincar e aprender, assim como habilidades básicas para atividades de vida diária (ex: saber se vestir, se alimentar, se arrumar e usar o banheiro de forma independente e melhorar as habilidades sociais, motoras finas e de percepção visual);

Fisioterapia: concentra-se em qualquer problema do movimento que cause limitações funcionais. Crianças com autismo muitas vezes têm

dificuldades motoras, tais como dificuldades para sentar, andar, correr e pular. A fisioterapia também pode tratar a falta de tônus muscular, equilíbrio e coordenação; Acompanhamento psicopedagógico: busca desenvolver recursos para a aprendizagem, instrumentalizando com técnicas que facilitem o aprender, investindo no potencial (habilidade) encontrado.

Segundo Facion, 2017, p. 54), até o momento não existe uma medicação específica para o tratamento de autismo. O objetivo dos medicamentos relacionam-se à diminuição dos sintomas apresentados pelo indivíduo. Conclui-se, com isso, que é importante o médico informar à família sobre o que se espera da medicação, qual o prazo esperado para que se perceba seus efeitos, bem como os possíveis efeitos colaterais, para evitar interrupções no tratamento advindas de falta de orientações.

6. CRIANÇA AUTISTA NA ESCOLA REGULAR

Conforme estabelecido pela Constituição Federal Brasileira (1994), o art. 205, "A educação é direito de todos [...]." e art. 206 "O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios: igualdade de condições para o acesso e permanência na escola [...]."; e, conforme o artigo 54 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é obrigação do Estado garantir "atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino".

Percebe-se, observando as leis vigentes, que aos autistas e aos demais portadores de necessidades educacionais especiais também consiste em direito ao ato de estudar e sob as mesmas condições dos alunos considerados "normais".

O que nos parece contraditório é o artigo 54 do ECA, que faz uso da palavra preferencialmente, dando-nos a impressão de ser algo facultativo, opcional. Neste caso, cabe-nos fazer uma análise detalhada das condições apresentadas por cada caso de autismo, para posteriormente, julgarmos as condições da referida lei.

Apesar desta legislação indicar preferencialmente o atendimento educacional das crianças portadoras de necessidades especiais na rede regular de ensino, uma pequena parte das crianças e adolescentes com autismo se beneficiam do ensino em salas comuns de escolas regulares em

nosso país.

De acordo com o Ministério da Educação – MEC (2004, p. 25), é necessário que a inclusão de crianças com autismo deva ser realizada com critério e de forma ordenada e que cada caso deve ser analisado individualmente, baseado nas possibilidades de cada indivíduo. Para inserir uma criança autista em uma escola regular, torna-se necessário contar com salas de apoio e professores especializados, para que possa transmitir apoio pedagógico ao professor desta criança por uma equipe pedagógica e de saúde que acompanha a criança ou o adolescente, para que se verifiquem as reais condições de atendimento educacional em salas de ensino comuns. É preciso uma avaliação meticulosa considerando as características individuais da criança, do momento de vida e de desenvolvimento no qual está inserido.

Pertencer e participar da comunidade em que vive traz uma série de benefícios ao autista e às demais pessoas da sociedade, facilita a quebra de paradigmas e propicia o respeito, a colaboração e a troca de experiências entre todos. A escola, como local privilegiado, facilitador da aprendizagem, torna-se imprescindível neste processo.

Uma vez matriculada na rede regular de ensino, a comunidade escolar (direção, secretaria, auxiliares de apoio, merendeiros, professores, motoristas do transporte escolar, profissionais da cozinha, e outros) deve estar atenta e procurar informar-se sobre a criança autista que atende, no sentido de acolher, valorizar e zelar pelo seu bem-estar e pleno desenvolvimento, evitando e gerenciando possíveis situações constrangedoras.

Há a necessidade de se atentar a possibilidades de situações de emergências, que necessitem de prestação de socorro imediato, como em casos de convulsões, alergias alimentares ou problemas gastrointestinais.

Recentes pesquisas sugerem que a maioria das crianças com autismo têm problemas como constipação crônica ou diarreia. Além do desconforto, estas questões, juntamente com a dificuldade de comunicação e os problemas sensoriais, podem resultar em desafios em torno da higiene para estas crianças.

6.1. O professor frente ao autismo

De acordo com o Ministério da Educação – MEC (2004, p. 14), Independentemente da localização dos distúrbios, quanto mais precoce a intervenção, maior a oportunidade para a criança em todos os sentidos: comunicação, sociabilização, comportamento e aprendizado. Essa interferência necessita ser basicamente educacional.

Com isso, percebemos a importância do professor para o autista, desde a observação constante, passando pela investigação do transtorno, até a condução da melhor forma para o encaminhamento do trabalho pedagógico.

Segundo Facion (2007, p. 32-33-34), há uma relação de sintomas para o reconhecimento de autismo em um indivíduo. “Se uma pessoa apresentar pelo menos cinco desses sintomas de forma persistente e em idade inadequada, pode ser formulada a hipótese de autismo e a família deve ser orientada a buscar um médico especialista.”

Não se relacionar com outras crianças; apresentar resistência ao contato físico; agir como se fosse surdo e evitar contato visual; resistir ao aprendizado e apresentar comportamento indiferente e arredo; não demonstrar medo a perigos reais e apresentar acentuada hiperatividade física; resistir à mudanças de rotina e manifestar risos e movimentos não apropriados; utilizar pessoas como ferramenta e apresentar apego não apropriado a objetos; apresentar agressividade, sendo destrutivo, em alguns momentos e girar objetos de maneira bizarra e peculiar.

Conforme aconselha o Ministério da Educação – MEC (2004, p. 14), ao professor que suspeitar que uma criança possui autismo, é necessário procurar a coordenação da escola para informar-lhe sobre o fato. Com isso, imediatamente os pais deverão ser convocados para orientação e encaminhamentos; após isso, deverão ser traçados planos de trabalho a curto e a médio prazo e a partir disso o professor deverá preparar-se para ajudar o aluno.

Dentro da escola regular de educação infantil, as necessidades da criança autista são muitas. “[...] do nascimento aos três anos de idade, precisa que lhe seja ensinado quase tudo o que uma criança normal aprende espontaneamente por meio da observação e da experiência” (p. 15).

A experiência do brincar deve ser oferecida a criança inicialmente de forma estruturada e dirigida, para que, por meio dessa experiência, ela possa, aos poucos, estabelecer relações de causa e consequência que resultem no desejo de repetir experiências cujos resultados lhe tenham sido agradáveis e que não teria tido por iniciativa própria (p. 16).

Antes de intervir, devemos conhecer os gostos, as preferências, as aversões sensoriais e o estilo de aprendizagem da criança. Devemos facilitar um ambiente previsível e previsível, e permitir que, com nossa ajuda, ela entenda o que há ao seu redor e as mudanças que acontecem (PUYUELO; RONDAL, 2017, p. 326)

Segundo o autor (p. 326-327-328), é importante que o professor apresente-se como uma pessoa tolerante diante das tentativas de comunicação da criança autista; que se esforce para compreendê-lo; que torne suas ecolalias com propósitos comunicativos; bem como utilizar todo tipo de meio facilitador para a comunicação: gestos, demonstrações, objetos, ações, entre outros; facilitar e incentivar a comunicação, valorizando-o a realizar a comunicação com calma, compreendendo as dificuldades da criança em compreender e fazer-se compreender.

Antes de iniciar uma comunicação, segundo o autor, é importante captar sua atenção, colocando-nos em seu campo de visão, fazendo sons, movimentando objetos diante dela, usando ajuda física, se for necessário, além de procurar manter a atenção (foco) da criança. É importante evitar falar de forma complexa, procurar repetir constantemente o que foi dito, repetir, frisando as palavras, para que a criança possa compreender, além de segmentar claramente o que foi dito, "[...] usando acento, entonação, pausa." Devido a isso, é importante não utilizar gírias ou linguagens figuradas, pois prejudicam a compreensão.

O professor deve evitar mudanças bruscas de rotina, antecipando acontecimentos e evitando manifestações de ansiedade. É imprescindível que proporcione para a criança situações que provoquem a comunicação, por palavras, gestos, ações ou mesmo apontamentos. Se a criança fizer alguma coisa negativa, segundo os autores, devemos mostrar o nosso desagrado com mudanças no tom de voz e expressão facial séria, mas evitando-se volume e entonação exagerados. Conclui-se, com isso, que o autocontrole do professor é peça fundamental para o sucesso na

aprendizagem do autista, dadas todas as dificuldades apresentadas durante o percurso educacional.

De acordo com o Ministério da Educação – MEC (2014, p. 16-17), estímulos desnecessários no espaço educacional podem confundir a criança; por isso, é necessário que tudo que se encontra na sala de aula deva estar devidamente organizado e ter um sentido; o professor deve evitar utilizar brincadeiras livres, pois podem conduzir a criança a destruição de brinquedos e ao isolamento. Devido a isso, é aconselhável promover brincadeiras estruturadas, como brincadeiras de roda, mudando periodicamente brinquedos e brincadeiras; evitar manifestações calorosas de afeto com os autistas, pois podem desencadear em agressividade. Atribuímos essa agressividade ao descontrole sensorial presente em crianças com esse transtorno.

Segundo os autores, “O ensino estruturado pode introduzir um novo repertório de competências ao mesmo tempo que pode aumentar a autonomia com relação às atividades de vida diária, como por exemplo comer e vestir-se.” Desta forma, concluímos a importância de se manter uma rotina, podendo ser utilizado um cronograma de atividades diárias, de forma a evitar a ansiedade, facilitando a comunicação. Para isso, inclusive, como facilitador para a comunicação poderá ser a utilização de fotos ou símbolos na realização das atividades.

Normalmente crianças autistas apresentam alguns sintomas que dificultam a aprendizagem, como birras, gritos, recusa em participar de atividades ou choros. Nestes casos, ou mesmo na presença de movimentos estereotipados ou ecolalia, é importante “[...] ignorar o comportamento inadequado, não interrompendo as atividades, mas talvez, tornando-as mais curtas e elogiando a criança sempre que ela tiver um comportamento adequado.” (p. 21).

Faz-se importante preparar os alunos para receber uma criança autista na classe. Para isso, o professor deve estar atento quanto a situações que envolvam rejeição, procurando gerenciar as situações, procurando corrigir comportamentos preconceituosos e elencando alguma qualidade positiva do aluno autista (habilidade na música, desenhos, etc.), de forma a implicar em admiração pelos colegas (p. 26).

Existem, segundo esses autores, alguns pontos importantes a serem considerados (p. 26-27):

É importante sentá-lo na primeira fila, repetir seu nome frequentemente durante a aula e verificar suas produções constantemente; Adotar uma agenda ou um caderno com fotos de atividades, com a definição de um roteiro a ser seguido cotidianamente; Pode haver a necessidade da presença de um acompanhante para ajudá-lo no início, a organizar-se quanto às rotinas escolares; Incluir o autista em atividades que envolvam o grupo, tornando-o útil a colaboração estreita da família, tanto para os trabalhos de casa como para resolver eventuais problemas, é muito importante, assim como o apoio do professor responsável." Com isso, explica-se a importância de se manter um bom relacionamento entre o professor e a família, pois ambos complementam-se, facilitando a aprendizagem do autista.

Deste bom relacionamento, muitas informações podem ser colhidas pelo professor, por exemplo sobre impulsividade e segurança, bem como a utilização de medicações ou cuidados médicos que o aluno necessite.

Os problemas de comportamento podem ser provocados devido aos problemas de comunicação (dificuldades de compreender e ser compreendido), devido a atividade proposta ser muito fácil, muito difícil ou demorada (gerando ansiedade). Conclui-se, desta forma, que é necessário esforço do professor para conhecê-lo e compreendê-lo, evitando comportamentos não sociáveis.

Os materiais pedagógicos utilizados com crianças autistas devem ser concretos; é importante que o professor ensine a criança a posicionar as mãos para manuseá-los corretamente e que não utilize materiais muito grandes ou pequenos, além de apresentá-los de forma organizada (p. 35).

Procurar dividir experiências com a comunidade escolar, identificando sucessos e insucessos obtidos, com momentos de discussão, a fim de alcançar melhores resultados na aprendizagem e desenvolvimento da criança, bem como cobrar providências da equipe escolar na qual está inserido;

Pesquisar, compreendendo as características do autismo e suas manifestações, Estabelecer expectativas adequadas para o crescimento e o desenvolvimento de competências, procurando desenvolver de forma

crecente a autonomia da criança para realizar as tarefas do dia-a-dia.

Muitos professores acabam, inconscientemente, assumindo as tarefas diárias do aluno com autismo e deixam de estimulá-lo para realizá-las sozinho, e isso acaba causando-lhe um prejuízo à longo prazo, com relação à autonomia; portanto, é muito importante que o professor reflita sobre a sua postura diária e procure corrigir-se cotidianamente;

Motivar-se profissionalmente e motivar o aluno portador de autismo. Sabemos que faz parte das características do autismo avanços e retrocessos e isso pode levar o professor ao desânimo, mas é importante estar ciente desta situação e motivar a criança com atividades que tragam significado às mesmas, procurando identificar áreas de interesse e utilizar-se delas para alcançar os objetivos educacionais;

Uma criança com autismo trabalha para mudar comportamentos e aprender habilidades difíceis, portanto, é importante recompensá-lo para que ele melhore a cada dia. Elogios, notas altas, ou mesmo reforço concreto, como uma atividade favorita, brinquedo ou alimento podem ser utilizados (utilizar elogios alimentícios raramente). A recompensa por não realizar um determinado comportamento não adaptativo ou aprender uma nova habilidade deve ser maior do que o reforço para fazê-lo; importante, também, neste caso, é fazer uma investigação acerca dos gostos da criança para descobrir suas preferências, alterando as recompensas, para não perder o potencial de estímulo.

É importante, também, que o professor tome cuidado para não confundir a recompensa com suborno. Seduzir a criança para realizar uma tarefa em troca de uma recompensa ou fornecê-la à criança para evitar uma birra pode ter efeito contrário, e atrapalhar o seu desenvolvimento;

Tomar cuidado para não interpretar os déficits sociais da criança com falta de interesse para socializar-se.

Compreender que uma criança autista apresenta dificuldades para refletir de forma flexível e costumam generalizar conforme sua rotina diária; por exemplo, se o professor proibir a utilização de bolas durante o recreio, possivelmente ele vai recusar-se a utilizá-la quando forem brincar na quadra;

Anotar avanços e retrocessos de seu aluno, utilizando formulários para avaliação e acompanhamento do desenvolvimento de cada criança

individualmente, elaborar planejamentos de curto prazo e o alertar para as mudanças de pessoal e rotina da escola, bem como eventos e saídas pedagógicas;

Utilizar elogios descritivos (por exemplo, mostrar a criança que gosta quando ela senta corretamente na cadeirinha no horário do café da manhã). Não falar do aluno em sua presença.

Por maior que sejam as dificuldades provenientes do distúrbio, muitos autistas entendem o que se está dizendo, é esta ação pode tornar-se desagradável, aumentando ainda mais os sintomas apresentados;

Procurar dar à criança a possibilidade de escolha, sempre que possível, também é importante neste processo educacional. Se for o caso, forneça algumas opções à criança autista, quando perguntar-lhe ou solicitar-lhe algo, para que, desta forma, ela perceba que possui algum “controle” da situação, frente a tantas dificuldades que encontra devido ao seu transtorno ou mesmo para que ela consiga se comunicar de forma adequada;

Dar instruções positivas, evitando o emprego do “não” e do “pare”, por exemplo: falar para o aluno ficar na calçada no lugar de dizer para ele não atravessar a rua.

Muitos autistas possuem grande resistência à imperatividade e a instrução positiva torna-se mais eficaz;

Utilizar a música como estratégia para a aprendizagem, pois o processamento musical ocorre separadamente do processamento da linguagem e cantar pode ser utilizado para promover competências, como escovar os dentes, alimentar-se bem, não correr, não bater no colega, etc.; Permitir ao aluno trabalhar em pares, em pequenos grupos; Rever, repetir e seguir em frente quando o aluno demonstrar proficiência; Se o aluno apresentar dificuldade na aprendizagem de uma habilidade, procure repensar em uma nova estratégia, adequando-a; além de reavaliar-se enquanto profissional constantemente; Fornecer brinquedos de apoio em momentos oportunos: muitas crianças com autismo (e mesmo as crianças consideradas normais) apresentam dificuldades para permanecer sentados ou manter o foco de atenção durante uma atividade pedagógica;

Utilizar um teatro de fantoches, promover a contação de uma história, permitir que esta criança se desloque sem chamar-lhe a atenção

ou fornecer a esta criança um brinquedo ou objeto que goste para manipular durante esse tempo pode ser uma opção acertada;

Em resumo, é importante que a comunidade escolar atente-se para fazer valer as leis existentes em nosso país, pois, conforme o artigo 24 da Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, um dos objetivos, referentes a educação é garantir o “O máximo desenvolvimento possível da personalidade, dos talentos e da criatividade das pessoas com deficiência, assim como de suas habilidades físicas e intelectuais” e para isso, com crianças autistas, tais estratégias tornam-se imprescindíveis.

7. CONCLUSÃO

Os transtornos de desenvolvimento causados pelo autismo são altamente debilitantes e exigem uma dedicação integral da família, da escola e da comunidade em geral.

Não cabe só ao professor reunir todos os conhecimentos possíveis sobre o transtorno, e, sim um papel efetivo da família, sobre o pesquisar e acompanhar os procedimentos, tratamentos medicamentosos e terapias realizadas pela criança, procurar manter um laço afetivo e aberto à comunicação constante, sem críticas ou julgamentos, motivar a criança e, desta forma, garantir um desenvolvimento mais saudável e melhor qualidade de vida a esta criança dentro da rede regular de ensino e na sociedade, em geral.

Segundo os autores, faz-se necessário que nós, educadores, e a sociedade, no geral, paremos de apontar os pontos negativos das crianças diagnosticadas com autistas e comecemos a enxergar o que eles têm a oferecer e a ensinar sobre a singularidade do ser humano.

Acreditamos que é refletido como o autor que poderemos iniciar um trabalho proveitoso com uma criança com o TEA dentro de uma rede regular de ensino, em uma classe de educação infantil, levando em consideração as qualidades dessas crianças, seu potencial de aprendizagem, esgotando possibilidades para seu desenvolvimento e mantendo-nos realistas quanto às dificuldades que encontraremos no trajeto.

Precisamos estar atentos para conhecermos a criança autista com quem estamos lidando e proporcioná-la um trabalho diferenciado para que tenha a oportunidade de desenvolver-se e fazer parte de uma sociedade menos preconceituosa.

8 REFERÊNCIAS

ARRUDA, A. O ambiente natural e seus habitantes no imaginário brasileiro. In: _____. (Org.). Representando a alteridade. Petrópolis: Vozes, 2012. 81 p.

BAPTISTA, C. R.; ROSA, C. Autismo e Educação: Reflexões e Propostas de Intervenção. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CAVALCANTI, E.C.; ROCHA, S.R. Autismo: Clínica Psicanalítica. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2017.

UNESCO & MEC ESPANHA. Declaração de Salamanca e Enquadramento da Ação. Espanha: UNESCO, 2014.

FACION, J.R.: Transtornos do desenvolvimento e do comportamento. 3ª ed. Curitiba: IBPEX, 2017. P. 17-54.

JODELET, D. Os processos psicossociais da exclusão. In: SAWAIA, B. B. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 53 p.

KLEIN, Melanie. A Psicanálise de Crianças. Rio de Janeiro: Imago, 1997. Vol 2. 1-350 p.

LOPES, Eliana Rodrigues Boralli. Autismo: Trabalho com a Criança e com a Família. 1ª ed. São Paulo: EDICON: AUMA, 2017

MAHLER, M. As psicoses infantis e outros estudos. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2019. 157 p.

PUYUELO, M.; RONDAL Adolphe Jean. Manual de desenvolvimento e alterações da linguagem na criança e no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2017. P. 315-330.

ASSIS, Pablo. Um breve manual de Transtornos mentais: Um guia introdutório à psicopatologia e os sistemas diagnósticos de classificação. 2010.

AUTISM SPEAKS. Manual para as famílias e Manual para as escolas, 2011.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Câmara, Brasília, 6ª ed, 2011.

CARNEIRO, M.C. ; T. A. L. B. Autismo Clássico na Infância, 2007. Disponível em . Acesso em 29 setembro 2012.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Direito das pessoas com autismo, 2011.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, 2017.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Saberes e Práticas da inclusão: dificuldades acentuadas de aprendizagem: autismo, 2014.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Plano Nacional de Educação 2011-2020.

NOTTOHM, E. Dez coisas que toda criança com autismo gostaria que você soubesse. 2012

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em 17 de abril de 2021.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, 2017.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011.

SENADO FEDERAL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

ANAIS

VII SEMAIS

**Semana Acadêmica Internacional de
Interação Social**

**2º Congresso Acadêmico da
Faculdade Noroeste**

A CRIANÇA AUTISTA A PARTIR DA EDUCAÇÃO INFANTIL

AUTOR 01 MYLENA PEREIRA DA SILVA BORGES

AUTOR 02 ERICA SANDOVAL GARCEZ

A inclusão escolar de crianças com necessidades especiais vem ganhando espaço em diversos âmbitos de discussão. Lidar com a educação dos diferentes tornou-se um grande desafio, devido ao atual despreparo da comunidade escolar. Neste artigo abordaremos a educação infantil da criança autista e apresentaremos o transtorno, sua definição, diagnóstico, tratamentos, além de apresentar à classe docente das redes regulares de ensino, principalmente às creches, subsídios para a realização de um produtivo trabalho pedagógico, visando uma inclusão escolar efetiva, conquista de autonomia para a realização de atividades cotidianas, desenvolvimento mental e aprendizagem, para que, com métodos de intervenção eficazes, seja possível desenvolver um trabalho qualitativo com essas crianças. Para isso, realizamos uma análise da bibliografia referida neste artigo, para que, munidos de informações, possamos demonstrar a viabilidade da realização de um trabalho efetivo e inclusivo com a maioria das crianças autistas, dentro das redes regulares de ensino.

ESTATÍSTICA NA PEDAGOGIA

AUTOR 01 HELOÍSA BERNARDES

AUTOR 02 MARIA FRANCISCA SANTOS PEREIRA

AUTOR 03 TATIANE GONÇALVES ARAÚJO

AUTOR 04 LARISSA FONSECA

AUTOR 05 NATHIELLEN RODRIGUES

A estatística está presente em nossa sociedade em diversas áreas e oferece diversas contribuições no dia a dia, portanto é importante ter conhecimentos básicos nessa área pois o pedagogo utilizará a mesma como ferramenta que auxiliará na prática educacional para obter, interpretar e analisar dados. A estatística no curso de pedagogia de acordo com Batista (2013, apud LIMA, 2019), é essencial para que o pedagogo consiga ter o domínio das ferramentas de coleta de dados para realizar escolhas que permitirão nortear o trabalho pedagógico desenvolvido por ele. Partindo desse pressuposto sobre a importância da disciplina para o pedagogo, a proposta do trabalho surgiu a partir do método de sala de aula invertida, no qual os discentes se organizaram em grupos para realizar pesquisas exploratórias com temas já estabelecidos pelo professor sobre conteúdos relevantes para o conhecimento matemático.

O ESTUDO DA CAPITALIZAÇÃO EM GOIÁS

AUTOR 01 GILVANA DE SOUSA PINHO

AUTOR 02 RODRIGO FERREIRA

AUTOR 03 INDIONARA VITÓRIA QUIRINO DOS SANTOS

AUTOR 04 JEFFERSON CAMARGO SANTOS

AUTOR 05 RHUDSON CABRAL EUGÊNIO ROCHA

O presente artigo tem por objetivo demonstrar os principais aspectos, visando os ganhos da sua implantação, sua origem e sanções para que assim possa-se ter um conhecimento maior sobre o assunto. Abordaremos a coexistência do sistema de repartição simples com o sistema de capitalização no âmbito da organização previdência, os aspectos positivos e deletérios da manutenção do atual sistema de repartição simples ou a adoção do sistema de capitalização compulsória são estudados sob o prisma de rentabilidade brasileira. Ao final será apresentado um estudo de caso baseado em um título de capitalização ao qual realiza sorteios de prêmios semanais, assim como seu regulamento e forma de sorteio desses prêmios.

O PERFIL DOS ALUNOS DO CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS DA FAN PADRÃO E A VISÃO DOS TIPOS DE PLANO DE PREVIDÊNCIA

AUTOR 01 SILVA, GISELE ANDREIA

AUTOR 02 MARCELINO, JACKELINE RODRIGUES

AUTOR 03 REIS, MÁRIO VICTOR

AUTOR 04 BARCELOS, PAULO VICTOR PEREIRA

A contabilidade em si teve interesse em ampliar o campo de estudo na ciência atuariais e teve como objetivo pesquisar e desenvolver um estudo sobre os planos previdenciários. O profissional atuário colabora com as empresas de seguro e capitalização de instituições de previdência social e privada. Por isso, este artigo tem o intuito de analisar o comportamento da sociedade em investimentos na previdência complementar. Diante disso, foi feita uma pesquisa com um grupo de dez pessoas no município de Goiânia Goiás, considerando o ano de 2021 como período de análise. Para tanto foi realizado um questionário aplicado para os entrevistados. Com os resultados da pesquisa foi descoberto que a maioria dos entrevistados não está assegurado com a previdência social. E todos afirmam que só com a renda recebida durante o período pós-laboral, não seria suficiente para manter a subsistência pessoal depois que se aposentarem.

CASO DE BARBIE E KEN

AUTOR 01 CYNTHIA MENDES DA COSTA
AUTOR 02 DIULIANO LIMA MOURA
AUTOR 03 GEOVANNA ALMEIDA BASILIO
AUTOR 04 GEOVANNA OLIVEIRA MELO
AUTOR 05 LARISSA DE OLIVEIRA PEREIRA
AUTOR 06 LEONTENES MENDONÇA CHAPADENCE
AUTOR 07 BRUNNO MARINHO

O presente artigo, disserta sobre a matéria de criminologia, uma vez que, faz a análise do caso Barbie e Ken, um famoso caso, ocorrido entre meados de 1999, onde um casal, Karla Homolka e Paul Bernardo se juntam em uma trajetória amorosa e sangrenta, cometendo vários assassinatos em série, incluindo membros da própria família. Destarte, o artigo reitera as faces da criminologia, perante o caso narrado, observando suas vertentes e trazendo em sim as principais informações e pontos chaves, para melhor entendimento da temática.

NEXO DE CAUSALIDADE

AUTOR 01 HANNAH KAROLINE ABRENHOSA GOMES
AUTOR 02 PHAMELLA PRICILA SILVA PALMEIRA
AUTOR 03 ELOÍSA ROSA DE OLIVEIRA DO CARMO
AUTOR 04 KAIO ALVES FERREIRA
AUTOR 05 PAULO FERREIRA DE FARIA
AUTOR 06 SAMARA DO NASCIMENTO FERREIRA

O presente trabalho visa analisar a questão do Nexo causal é a relação entre causa e efeito entre uma conduta e um resultado. E a questão da responsabilidade subjetiva, que é formada pela culpa genérica do agente. Em razão da responsabilidade objetiva, pode-se dizer que é composto pela conduta e previsão legal da responsabilização sem culpa ou pelo exercício de atividade de risco pelo agente. E a questão das teorias, são justamente essas teorias que fornecerão os subsídios teóricos para que se possa enquadrar ou não a conduta de alguém no campo da responsabilidade, seja ela civil ou penal.

POPULARIZAÇÃO DO HEMOGRAMA COMO EXAME DE HEMATOLOGIA BÁSICA

AUTOR 01 AMANDA MUNIK DE FREITAS BARBOSA
AUTOR 02 MICHELLY MARIA GONÇALVES MELO
AUTOR 03 MARIA EDUARDA OLIVEIRA DE QUEIROZ
AUTOR 04 MURILLO DE SOUSA PINTO

O setor de hematologia foca especialmente em análises dos elementos celulares do sangue e da medula óssea e toda a investigação de alterações no tecido sanguíneo. Porém sua rotina está bem além das análises. Tudo tem seu começo na triagem, coleta, até a parte de emissão e interpretação de resultados. Exames hematológicos são feitos através do hemograma, que é um exame de sangue completo que ajuda a avaliar a saúde do corpo humano de modo geral. Através do hemograma, torna-se possível diagnosticar anemias, leucemias, infecções, dentre outros.

O LÚDICO NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA ENTRE 0 A 5 ANOS E 11 MESES DE IDADE

AUTOR 01 CRISTIANE DE SOUZA GONÇALVES

AUTOR 02 INSIRA SEU NOMEÉRICA SANDOVAL GARCEZ

Avaliar como o lúdico pode influenciar no aprendizado da criança. Estabelecer a importância do lúdico na educação infantil; Relacionar o lúdico como um mecanismo de ensino; Definir como o lúdico contribui para o desenvolvimento da criança.

OS EFEITOS DA PANDEMIA DA COVID-19 SOBRE O PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM DOS ALUNOS DAS SÉRIES INICIAIS.

AUTOR 01 AMANDA CÂNDIDA ROSA
AUTOR 02 CLEILA APARECIDA DA MOTA AQUINO
AUTOR 03 DÉBORA RIBEIRO
AUTOR 04 JOSAINÉ MONTEIRO
AUTOR 05 VALÉRIA MORAIS REIS SILVA
AUTOR 06 WASHINGTON PEREIRA CAMPOS

De encontro com a pandemia do vírus Covid-19 pelo Brasil, o presente artigo se volta à uma temática atual e relevante a respeito do que está sendo vivenciado por milhares de estudantes e docentes das séries iniciais. O estudo apresenta como problema central um estudo de caso realizado em Goiânia - Goiás, na região noroeste da cidade, com crianças estudantes da rede pública e privada com idades entre 5 e 8 anos, assim a finalidade está em compreender a perspectiva de estudantes e docentes a respeito das consequências acarretadas pela situação pandêmica, e seus efeitos nas séries iniciais. Com ênfase voltada à saúde emocional dessas crianças no âmbito da educação escolar, e em como vem sendo relacionada à afetividade que possuem em ambiente escolar, o estudo possui enfoque nos pensamentos de Wallon (1879-1962) que aborda teoricamente o quanto a prática docente bem apoiada e sustentada em um ambiente agradável e afetivo pode ser importante para uma saúde emocional efetiva. Deste modo, devemos obter os possíveis resultados, os quais serão demonstrados por meio das entrevistas realizadas com os entrevistados. Estudantes e docentes viveram na pele o impacto que a pandemia causou na população que faz parte da educação privada e pública de ensino. A importância da presente pesquisa se dá a partir de sua relevância em expor um tema de suma relevância e que faz parte da realidade vivida atualmente no país, pois somente conhecendo as experiências de mães estudantes e docentes é que se faz possível pensar e edificar uma comunidade escolar emocionalmente saudável.

Palavras-chave: Educação; Pandemia; Séries iniciais; Afetividade;

O DIREITO SOB A PERSPECTIVA DE MARX, WEBER E DURKHEIM

AUTOR 01 CYNTHIA MENDES DA COSTA
AUTOR 02 DIULIANO LIMA MOURA
AUTOR 03 GEOVANNA ALMEIDA BASÍLIO
AUTOR 04 GEOVANNA OLIVEIRA MELO
AUTOR 05 LARISSA DE OLIVEIRA FERREIRA
AUTOR 06 LEONTENES MENDONÇA CHAPADENCE
AUTOR 07 GYANNINI JÁCOMO CÂNDIDO DO PRADO
AUTOR 08 DOCENTE RAFAELA OLIVEIRA DE SOUZA

O artigo elaborado em questão aborda a importância do tripé da sociologia, sendo os principais autores, Karl Marx, Marx Engels e Émile Durkheim. Com o intuito de desenvolver uma dialética mais aprofundada sobre o olhar social perante os indivíduos, foram pesquisadas ao menos uma obra de cada integrante do tripé da sociologia, e desenvolvidos temas relacionados ao Direito a partir do embasamento desses autores.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA SEGURA DO PACIENTE NO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

AUTOR 01 JULIANO DE JESUS GUSMÃO
AUTOR 02 DOMINGOS ALVES DOS SANTOS CRUZ
AUTOR 03 CRISTIANE DA SILVA OLIVEIRA NOGUEIRA
AUTOR 04 MARIA ANGÉLICA FERNANDES DE OLIVEIRA
AUTOR 05 MARISA DE JESUS SILVA
AUTOR 06 JÚLIO CESAR COELHO DO NASCIMENTO

Os cuidados no preparo e administração de medicamentos envolve toda equipe multidisciplinar com conhecimento técnico e teórico. No entanto, a administração, normalmente é realizada pelo profissional enfermeiro ou técnico de enfermagem. Diante disso, este estudo teve como objetivo principal discutir os principais cuidados necessários para uma assistência segura ao paciente, livre de erros que muitas das vezes podem acarretar sérias de complicações e, em casos mais graves, acarretar a morte do paciente. Foi realizada uma revisão do tipo narrativa com finalidade de reunir e analisar conhecimento científico, e teve como pergunta para norteadora: quais os cuidados de enfermagem frente ao preparo e administração de medicamentos? Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados 2010 à 2021, SciElo , Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Ministério da Saúde (MS). Os resultados apontaram que dentre os principais cuidados no preparo e administração de medicamentos estão a leitura correta da prescrição médica, o conhecimento sobre o efeito da medicação a ser preparada e administrada, atenção quanto aos certos da medicação e orientação ao paciente. Por unanimidade, os estudos inseridos nesta pesquisa evidenciaram importância da equipe de enfermagem no manuseio do medicamento. Diante disso conclui-se que é extremamente importante prestar uma assistência segura, livre de erros e danos ao pacientes e para isso é necessário participação ativas de todos profissionais, desde o profissional médico, que é o responsável pela prescrição da medicação, até o profissional que vai administrar o medicamento.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Cuidados de enfermagem; Erros de medicação.

TIPICIDADE E SUAS FORMAS A PARTIR DE EMBASAMENTOS DOCTRINARIOS E APLICABILIDADE NO DIREITO PENAL

AUTOR 01 CYNTHIA MENDES DA COSTA

AUTOR 02 DAIANNY HELLEN RODRIGUES MONTEIRO

AUTOR 03 DIULIANO LIMA MOURA

AUTOR 04 GEOVANNA ALMEIDA BASILIO

AUTOR 05 GEOVANNA OLIVEIRA MELO

AUTOR 06 ROGERIO MATHEUS DOS SANTOS PEREIRA

A priori, o trabalho irá salientar a respeito da conceituação da tipicidade, uma vez que, a mesma reitera uma análise a partir da observação de doutrinas, sendo que, abordará de forma sucinta as questões e alguns elementos dentro do assunto, e como a mesma tem efeito sobre o direito penal brasileiro suscitando assim o exemplo concreto de como será a tipicidade na lei, bem como os seus atributos no código penal brasileiro.

AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS CRÔNICAS: UMA REVISÃO NARRATIVA

AUTOR 01 NARA RÚBIA RIBEIRO PAIVA
AUTOR 02 AMANDA ALVES PINTO
AUTOR 03 EVELYN FERNANDES CALDAS SILVA
AUTOR 04 MICHELLY DA SILVA
AUTOR 05 SHEYLA SANTOS SILVA
AUTOR 06 IZABELLY NAIARA DE OLIVEIRA
AUTOR 07 JÚLIO CÉSAR COELHO DO NASCIMENTO

As feridas crônicas são um tipo de ferida que necessitam de um tempo maior para a cicatrização e que podem inclusive não cicatrizar. Elas representam um problema para a saúde pública e aos pacientes, que têm sua qualidade de vida diminuída. Objetivos: conhecer o método de avaliação de feridas crônicas, bem como as principais medidas de tratamento. Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa da literatura nas bases de dados virtuais como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), periódicos especializados na área da enfermagem, manuais e protocolos do Ministério da Saúde (MS). Foram utilizadas publicações referentes aos anos de 2015 a 2021. Resultado e discussão: Os tipos de feridas crônicas mais comuns são: lesão por pressão (LPP), úlceras venosas, diabéticas, úlcera plantar proveniente da hanseníase e feridas oncológicas. O profissional de enfermagem é o responsável pela avaliação e elaboração do tratamento dessas feridas, levando em consideração a complexidade de cada uma e seguindo os protocolos específicos. Fatores de risco como doenças pré-existentes, obesidade e idade avançada contribuem para o surgimento das lesões. Considerações finais: A avaliação das feridas é muito importante para a elaboração do tratamento. Para a eficácia desse tratamento é necessário que os fatores de risco ao desenvolvimento dessas feridas sejam eliminados ou minimizados. Sendo assim o paciente deve adotar hábitos de vida saudáveis, como comer bem, fazer exercícios físicos, manter o peso adequado e não fazer uso de drogas lícitas ou ilícitas, pois esses fatores auxiliam no processo de cicatrização. As padronizações das ações realizadas garantem a qualidade do procedimento, por isso é importante que os profissionais de enfermagem sigam os protocolos mais recentes sobre curativos e os demais procedimentos.

Palavras-chave: Ferimentos e lesões; Cicatrização de feridas; Técnicas de fechamento de feridas; Avaliação em enfermagem.

