

***I ENCONTRO
CIENTÍFICO
HUMANITAS***



ANAIIS

Volume 1, número 1, 2018

**Dias 19 e 20 de outubro de 2018
São José dos Campos – SP**

Diretor Geral

Prof. Dr. Luiz Antonio Vane

Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Prof. Dr. Rinaldo Henrique Aguilar da Silva

Diretora Administrativa-Financeira

Sra. Claudia Garcia Azevedo Soares

Organizadores do Evento

Prof. Dr. Jose Roberto Rodrigues

Prof. Dr. Edson Rodrigues

Profa. Dra. Regina Cauduro

Profa. Dra. Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão (Presidente)

Prof. Dr. João Eliezer Ferri de Barros

Ficha catalográfica

Elaborada pela Bibliotecária: **Denise Carvalho da Silva Serrano - CRB8-010078/O**

E56a Encontro de Iniciação Científica da FCMSJC-Humanitas

Anais [recurso eletrônico] / I Encontro Científico Humanitas:

Organizadores: Edson Rodrigues; Regina Cauduro; Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão; João Eliezer Ferri de Barros; Jose Roberto Rodrigues. -- São Jose dos Campos: Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos, 2018.

1.Iniciação científica 2. Pesquisa científica. 3.Anais 4. Rodrigues E; Cauduro R; Glaus Leão MBA; Barros JEF de; Rodrigues JR(Organizadores.). I. Encontro Científico

CDD 0100.42

O conteúdo das produções e a adequação às normas científicas são exclusiva responsabilidade dos autores.

COMISSÃO ADMINISTRATIVO-FINANCEIRA

Sra. Claudia Garcia Azevedo Soares

COMISSÃO CIENTÍFICA

Prof. Dr. Edson Rodrigues

Profa. Dra. Regina Cauduro

Profa. Dra. Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão (Presidente)

Prof. Dr. João Eliezer Ferri de Barros

COMISSÃO SOCIAL

Prof. Dr. Laércio Martins de Stefano

Prof. Dr. Alister Cara

Sra. Claudia Garcia Azevedo Soares

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

Profa. Dra. Greicy, M.M.F De Stefano (presidente)

Profa. Dra. Patrícia Chipoletti Esteves

Sra. Graziela Araújo

COMISSÃO DE APOIO E LOGÍSTICA

Prof. Dr. Lucas Fachini Vane

Sr. Geovane Caon, de Oliveira

COMISSÃO DE RECEPÇÃO

Profa. Dra. Aleteia Fernandes

Profa. Dra. Alessandra Lorenti Ribeiro

Profa. Dra. Daisy Hirata

ASSESSORIA GERAL DO EVENTO

Sra. Graziela Araújo

Sra. Adriana Aparecida Xavier

APRESENTAÇÃO

Convém dizer, antes de mais nada, que os trabalhos inscritos, selecionados e incluídos para fazer parte da amostra do **I ENCONTRO CIENTÍFICO DA FCMSJC-HUMANITAS**, foram de satisfatória e adequada qualidade acadêmica, estando, portanto, em conformidade com a temática e objetivos do evento. Após análises criteriosas de seus aspectos de legibilidade, metodologia, ordenação e sujeição às normas redacionais, os que se conformaram às exigências científicas adotadas pela **Comissões Científica e de Avaliação** foram incluídos no rol daqueles que fariam parte dos anais. Anais são documentos gerados após o término de um evento científico, que contêm uma reunião de todos os trabalhos apresentados, além das palestras e conferências que ocorreram durante o evento. Podem ser encontrados na forma de resumo ou na íntegra, isto é, o trabalho completo. A comissão adotou a forma de resumo estruturado para esse evento. Quanto ao mérito técnico-científico primou-se pela clareza e coerência metodológica dos trabalhos e, também, pela relevância dos resultados apresentados, visando ao objetivo de iniciar os integrantes dessa amostra científica, principalmente os alunos, no cenário científico da instituição. Convém igualmente dizer que se trata do primeiro evento científico da instituição e que a produção, embora orientada por docentes e preceptores, foi de alunos que estão, no máximo no 3o. período e, portanto, as eventuais limitações podem ter sido ao estágio primário da iniciação científica dos mesmos. Objetivou-se com o evento, uma atividade prática de iniciação científica, visando estimular a formação de pesquisadores. Foram selecionados e apresentados em pôsteres, **vinte e sete trabalhos, dos quais vinte e quatro** constam dos anais na forma de resumo expandido. Abrangem diferentes perspectivas nas ciências da saúde, reportando estudos teóricos e práticas exemplares desenvolvidas na comunidade. Após essas considerações, recomenda-se que os trabalhos sejam, portanto, incluídos nos anais, catalogados pelo serviço de normatização da biblioteca local e publicados.

Prof.Dr.José Roberto Rodrigues

Coordenador do 1º. Encontro Científico

ANAIS DO 1º. ENCONTRO CIENTÍFICO

RESUMOS EXPANDIDOS

TÍTULO(S)	AUTOR(ES)
AÇÃO ANTICOAGULANTE DO GINKO BILOBA	Juliana Fernandes de Almeida, Greicy Mara Mengue Feniman de Stefano
ACOLHIMENTO: CONHECIMENTO DA EQUIPE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PUTIM SOBRE O PROTOCOLO MUNICIPAL	Ana Clara Lescura Guedes Silverio, Beatriz Martinez Castellani, Bruno de Paula Rosa Rocha, Laís Cristina Piaia Certo, Lara Dias Cardoso Ribeiro, Larissa Pinto Ferraz, Luís Filipe Betito Moraes, Lucas Magalhães Barbosa, Samira Mendes Khouri, Vinicius de Calasans Timaco, Maria Cristina Barbosa Ikeda, Alessandra Lourenti Ribeiro
ADESÃO AO AUTOCUIDADO E APOIO PSICOLÓGICO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO II: BREVE REVISÃO DA LITERATURA	Vera Lúcia dos Santos Neiva, Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão
A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL NA DETECÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE 4 IMPORTANTES DOENÇAS QUE ACOMETEM O CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL	Mayara Ribeiro Arruda, Maria Eugênia Junta de Freitas, Carolina Costa Cruz Maciel, Fátima Arthuzo Pinto, Rita de Cássia Salazar, Carlos Alberto Maganha
A PERCEÇÃO DO PRECEPTOR FRENTE AO PRIMEIRO CONTATO DOS ALUNOS DE MEDICINA COM A CONSTRUÇÃO DO PORTFÓLIO REFLEXIVO	Marta Lisiane Pereira Pinto de Carvalho, Fatima Arthuzo Pinto, Alessandra Bontorim de Souza, Marisa Reis Silva, Alessandra Lorenti Ribeiro, Rinaldo Henrique Aguilar da Silva
BRIGADA MIRIM	Rodolfo da Silva Fossa, André Campos Benedetti, Débora Machado Matos, Giovanna Saraceni Tecelão, Letícia Ricardo Diamantino, Lucas Magalhães Barbosa, Luiz Antônio Vane
CONHECIMENTO RELACIONADO A HIPERTENSÃO ARTERIAL:	Mariana Cunha Tadini Figueiredo, Alan Kubacki Camargo, Bruna Garbelini

UMA REFLEXÃO DURANTE A VIVÊNCIA NA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PUTIM	Cavalcanti, Carolina Mello Miranda, Gabriel Pereira, Isabella Akemi Kanashiro, Marcelo Bittencourt Amorim Filho, Marcelo Garcia Rosa Peixoto, Rafaela Tahan Alves, Thallia Lamounier Brandão e Magalhães, Aline Pelegrini de Oliveira, Alessandra Lorenti Ribeiro
CONSTRUÇÃO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO PRECEPTOR DO PROGRAMA INTEGRADOR DA FACULDADE HUMANITAS	Alessandra Lorenti Ribeiro, Rita De Cassia Pinheiro Salazar, Maria Cristina Barbosa Ikeda, Aline Pelegrine de Oliveira, Rinaldo Henrique Aguilar Da Silva
CORRELAÇÕES BIOLÓGICAS ENTRE METABOLISMO SECUNDÁRIO VEGETAL E PAPEL FISIOLÓGICO DA OUABAÍNA E MARINOBUFAGENIN	Greicy Mara Mengue Feniman de Stefano
DO VENENO À CURA: CURARE: UMA HISTÓRIA DO BRASIL	Roberto Tinoco Miguez, Aline Pelegrini de Oliveira, Greicy Mara Mengue Feniman de Stefano
DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS NO BRASIL	Rodolfo da Silva Fossa, José Roberto Rodrigues
ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO: MODELO DE IMPLANTAÇÃO DE GRUPO OPERATIVO DE ASMA	Ygor Vicente Viana Silva, Rafael Correia Tavares, Gabriel Mizutani Takara, Gabriela Toledo Catão, Victoria Moreas Mendes de Souza, Aruanda Frade Cristiano, Julia Bueno Caetano, Paula Henrique Netto, Tamires Carolina Guerra, Ana Clara Barbosa Camargo Lamparelli, Lisandra Azevedo Soares, Vera Lucia dos Santos Neiva, Marta Lisiane Pereira Pinto De Carvalho, Alessandra Lorenti Ribeiro
EUTANÁSIA: ATÉ QUE PONTO TEMOS CONTROLE SOBRE NÓS MESMOS	Nícolás Kipman Cerqueira, Leonardo M. Rodrigues, Pedro H. Teixeira, Lucas S. Martins, José Elias Matieli
GENOGRAMA APLICADO NA ESF	Ana Beatriz Siste Machado, Bianca Mello de Lucca, Giovana de Lima Gama, Giulia Chagas Beluomini, Jaqueline Aparecida Castro, Isabelle Bezerra, Laís Rangel Tsujimoto, Paola Aparecida de Campos

	Elache, Sophia Montini, Tatiene Sardinha Juvenal de Almeida, Marta Lisiane Pereira Pinto de Carvalho, Marisa Reis Silva Nogueira, Alessandra Lorenti Ribeiro
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	Lara Vaqueli lara, Ali Salman, Débora Matos, Edson Jorge, João Pedro Gerab, Karen Kallas, Lilian Fujita, Maria Fernanda Scarpa, Maria Luiza Bellon, Rodolfo Fossa, Rodrigo Falcão, Leila Vinhas, Alessandra Lorenti Ribeiro
HIPERTENSÃO E EDUCAÇÃO COMO INTERVENÇÃO NA SAÚDE	Julia Marília de Souza Lara, Ana Flavia do Nascimento Guardiano, Elisangela Marques Borges, Estevão Piolo Barci, Leonardo Salmaso Jannis, Marcela Franco Rios, Marcelo Mayer Schmidt, Paula Fernanda Soares, Tainara Kawane de Souza Takemura, Maria Margarete Silva Galdieri, Alessandra Lorenti Ribeiro
MODELOS EXPERIMENTAIS PARA INDUÇÃO DE DIFERENTES TIPOS DE CONVULSÕES	Rodrigo Corrêa Falcão Rodrigues Alves, Vinicius de Calasans Timaco, Greicy Mara Mengue Feniman de Stefano
O MAPEAMENTO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA FORMAÇÃO MÉDICA: A EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DE MEDICINA	Karolina Garcêz Silva, Camila Mozart de Jesus Ferreira, Diego Hamzagic Mendes, Fernanda Gabriela Soares Elias, Fernanda Melani Dias Ferreira, Gisele Parreira Brianezi, Lais Gabrielle Xavier Guedes, Marcela Bartolomeu Cantini, Marcella Hasmann Lanzoni, Marília Machado Pereira, Nathalia Gregorio Barbosa Tavares, Fatima Arthuzo Pinto, Alessandra Lorenti Ribeiro
PERCEPÇÃO DOS ALUNOS DO 2º PERÍODO DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS/FCM SJC 2º PROGRAMA INTEGRADOR (PI) QUANTO AOS PROCEDIMENTOS NA SALA DE CURATIVOS DA UBSCSJ	Miriam Cristina Ribeiro Ferreira, Patricia Moraes Coelho, Victor Hugo Pereira Silva, Camila Yumi Catenacci, Giovanna Grossi Carreira, Ingrid Araujo Dutra, Maria Beatriz Lamy Cobra Borges, Sofia Yoshimi Sugimoto, Virginia Elisa de Faria Felisardo, Alessandra Conceição da Silva, Alessandra Lorenti Ribeiro

PERFIL DOS USUÁRIOS DE SOMATROPINA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	Anne Josiele Alves Dantas, André Benedetti, Giovana Tecelão, Giullia Nishimori, Heitor Dias, Isabela Oliveira, Isis Yamashitya, Julia Coletti, Juliana Almeida, Maura Silva, SILVA, Maura, VictoriA Felipo, Alessandra Bontorim de Souza, Alessandra Lorenti Ribeiro
RELATO DE EXPERIÊNCIA: COAPES EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE SÃO PAULO - FACILITADOR OU DIFICULTADOR DA PARCERIA ENSINO SERVIÇO?	Alessandra Lorenti Ribeiro, Maria Margarete Silva Galdieri, Alessandra Conceição Da Silva, Rinaldo Henrique Aguilar Da Silva
SÍNDROME DO X FRÁGIL	Carolina Rodrigues Silva Lima, Amanda Marques Lima, Bruno Carazza Carvalho, Gabriella Cembranelli Borges, José Rolando Rivero Oliva Fiho, Luna Diniz Pereira, Pietra Diniz Pereira, Priscila Garroni Moreira Franco, Sofia Amadeu Loreiro, Theo Eduardo Moreira de Souza, Yasmim Reis Pavan, Rita de Cássia Salazar, Alessandra Lorenti Ribeiro, Rinaldo Aguilar da Silva
TOLERÂNCIA E DEPENDÊNCIA AOS BENZODIAZEPÍNICOS E RELAÇÃO COM MECANISMO DE AÇÃO	Leonne Di Carlo Del Vecchio, Antônio Sérgio Mathias, Camilla Viviani Guimarães Maia, Giovanna Borella Zamboim, Marina Armani Fioravante, Greicy Mara Mengue Feniman de Stefano
UMA BREVE DISCUSSÃO SOBRE GENGIBRE	Laís Rangel Tsujimoto, Júlio César Graves, Greicy Mara Mengue Feniman de Stefano
UTILIZAÇÃO DE BIDENS PILOSA NA MEDICINA POPULAR E EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS	Diego Hamzagic Mendes, Greicy Mara Mengue Feniman de Stefano

RELATO DE EXPERIÊNCIA: COAPES EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE SÃO PAULO. FACILITADOR OU DIFICULTADOR DA PARCERIA ENSINO SERVIÇO?

Alessandra Lorenti Ribeiro, alessandra.ribeiro@humanitas.edu.br¹

Maria Margarete Silva Galdieri²
Alessandra Conceição Da Silva²
Rinaldo Henrique Aguiar Da Silva³

¹ Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas.

² Preceptoras do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas.

³ Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC- Humanitas.

Resumo: A FCMSJC-Humanitas iniciou suas atividades no segundo semestre de 2017, tendo como eixo estruturante do currículo o Programa Integrador (PI), voltado para a inserção dos alunos nos serviços de saúde do município desde o início do curso. O planejamento do PI teve início em Maio/2017 com a discussão do COAPES junto a gestão municipal. A principal dificuldade encontrada foi o entendimento jurídico dessa nova política de parceria. O presente estudo relata a construção do COAPES ressaltando fortalezas e fragilidades encontradas. A instituição realizou apresentações do PI para diferentes colegiados da SMS, enfatizando oportunidades de melhorar serviços e valorizar profissionais da rede. A SMS disponibilizou 5 UBS para a instituição, que foram visitadas por representantes das duas entidades a fim de se identificar necessidades de melhorias e elaborar o plano de contra-partida. Tal documento foi entregue à SMS, junto a programação de atividades pedagógicas, e o pleito de que profissionais da rede pudessem atuar como preceptores, remunerados para tanto. Tal proposta não se concretizou, teve sua essência modificada e repercutiu na inserção dos alunos nos campos de prática. A inexistência de modelos de Coapes em outros municípios pode ter sido um dos fatores determinantes para inviabilizar a valorização dos servidores, e atrasar a efetivação do contrato. A instituição não encontrou amparo em outras instâncias públicas para auxiliar a efetivação do mesmo. É fundamental que diferentes instâncias governamentais incentivem e propaguem experiências exitosas com o COAPES, disponibilizando apoio para municípios e instituições de ensino no sentido de otimizar a elaboração dos mesmos.

Palavras Chaves: políticas públicas de saúde, serviços de integração docente assistencial e contratos

Introdução

A Faculdade de Ciências Médicas de São José do Campos - Humanitas iniciou suas atividades no segundo semestre de 2017 tendo como eixo estruturante do seu currículo o Programa Integrador (PI). Desde 2014, as diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina preconizam em seu inciso VI do artigo 29º *“inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem”*¹. De acordo com essas diretrizes, a partir do segundo período do curso, o PI da FCMSJC-Humanitas insere os alunos nas unidades básicas de saúde com estratégia de saúde da família do município. Este programa tem duração de dois anos e meio, se estende até o sexto período do curso e está alicerçado em 4 eixos, a saber: saúde individual, saúde coletiva, gestão do trabalho e educação em saúde.

Com a finalidade de organizar e normatizar a necessária parceria ensino-serviço, os Ministérios da Saúde e da Educação publicaram a portaria interministerial nº 1.127 de Agosto de 2015, que institui diretrizes para a celebração dos contratos entre as instituições de ensino e as secretarias de saúde municipais ou estaduais². Trata-se de uma nova ferramenta político-jurídica com orientações acerca das competências de cada uma das partes envolvidas, isto é: ministérios da saúde e educação, instituições de ensino, gestão em saúde municipal e/ou estadual e controle social.

A implantação do PI enfrentou dificuldades, uma vez que a Humanitas foi a primeira escola médica na cidade. Dentre elas, destacamos a dificuldade de formalizar a parceria ensino serviço, principalmente pela dificuldade no entendimento jurídico dessa nova política de parceria. Assim, este estudo relata a construção do contrato organizativo de ação pública ensino-serviço - COAPES ressaltando as principais fortalezas e fragilidades encontradas.

Material e Métodos

O planejamento do Programa Integrador teve início em Maio de 2017 com a discussão do COAPES junto a gestão municipal. A instituição realizou apresentações do PI para diferentes colegiados gestores da secretaria municipal de saúde (SMS), enfatizando oportunidades de melhorar os serviços e valorizar profissionais da rede. A

SMS disponibilizou 5 unidades de saúde para a instituição, atendendo a requisição de que fossem unidades com a estratégia de saúde da família implantada. Essas unidades foram visitadas por representantes das duas entidades a fim de se identificar necessidades de melhorias de infra-estrutura e equipamentos, considerando que as mesmas passariam a receber alunos, para então se elaborar o plano de contra-partida. Este plano foi entregue à SMS, junto a programação de atividades a serem realizadas pelos alunos, e o pleito de que profissionais da rede pudessem atuar como preceptores, sendo remunerados pela instituição de ensino. Além da valorização profissional, a instituição também propôs atividades de educação permanente para esses servidores em horário diverso àquele do expediente público.

Tal proposta não se concretizou, teve sua essência modificada por entraves jurídicos e políticos. A instituição se reorganizou contratando preceptores de fora dos serviços do SUS e buscando integrá-los a realidade do município, para que supervisionassem os alunos nos cenários reais de aprendizagem. O município estabeleceu nova contra-partida a ser oferecida pela instituição de ensino, a qual foi acatada prontamente para que não houvesse prejuízo ao aprendizado.

Resultados e Discussão

A formalização do COAPES entre a FCMSJC e a gestão em saúde municipal foi um processo prolongado, cuja concretização se deu após o início das atividades curriculares. Embasados nas diretrizes nacionais curriculares e na portaria interministerial, diretores e coordenadores do curso idealizaram o componente curricular de integração ensino-serviço-comunidade (Programa Integrador) considerando a atuação de preceptores do próprio serviço do SUS.

Entende-se que contar com a participação desses profissionais facilitaria a inserção dos alunos nos processos de trabalho da unidade. Também fortaleceria a percepção de uma nova força de trabalho contribuindo com as unidades básicas de saúde, geralmente sobrecarregadas pela falta de recursos humanos. Outra vantagem atrelada a essa decisão seria a valorização profissional, com decorrente motivação dos profissionais que se tornassem preceptores. Ressalta-se ainda que a aproximação desses profissionais com escola médica propiciaria o aprimoramento dos mesmos. Infelizmente, do ponto de vista da gestão em saúde, o Capítulo 2, artigo quarto da portaria interministerial em seu inciso III – *“definição do processo de designação dos*

preceptores da rede de serviços de saúde e sua relação com a instituição responsável pelo curso de graduação em saúde ou pelo Programa de Residência em Saúde” ; e a lei nº15.394 de 06 de abril de 2017, do município de Campinas, que inclusive prevê remuneração de servidores públicos conforme seu artigo 3º - “Os servidores públicos municipais que atuarem como preceptores e/ou supervisores em convênios celebrados com instituições privadas receberão uma contribuição científica correspondente ao valor de R\$ 1.000,00 (mil reais) mensais...”³, não foram suficientes para sanar dúvidas quanto a legislação trabalhista e efetivar a contratualização de preceptores da rede. A carência de precedentes jurídicos impossibilitou essa estratégia. Desse modo, o Programa Integrador se estruturou com a contratação de preceptores de fora do SUS. Esse sem dúvida foi o ponto mais debatido e o principal obstáculo durante a construção do COAPES.

Outro percalço encontrado, porém, menos relevante foi o planejamento da contra-partida a ser oferecida pela instituição. A princípio foi elaborada uma proposta com o objetivo de contemplar os cenários de prática que seriam prontamente frequentados pelos alunos, isto é, unidades da atenção primária a saúde, inclusive para que a equipe destinada a acolher os estudantes pudesse perceber os benefícios da presença da faculdade. No entanto, a necessidade apontada pela gestão municipal foi outra, visando melhorias na atenção terciária, cenário que será frequentado num futuro próximo pelos discentes, e portanto, a instituição de ensino prontamente concordou com a contraproposta apresentada.

Conclusão

A falta de modelos nacionais já implantados do Coapes e a inexperiência jurídica da gestão municipal de saúde com esse novo instrumento organizacional modificou a construção da parceria ensino-serviço esperada pela Faculdade e compreendida como proposta dos Ministérios da Saúde e Educação. A elaboração da contra-partida, atendeu à uma demanda de saúde pública municipal, mas não contemplou os campos de prática frequentados pelos discentes do início do curso. A valorização dos servidores foi inviabilizada por dúvidas quanto a legislação trabalhista dos estatutários, e atrasou a finalização e efetivação do contrato. A instituição não encontrou amparo em outras

instâncias públicas para auxiliar a efetivação do mesmo. Por se tratar de um novo instrumento jurídico, é fundamental que as diferentes instâncias governamentais incentivem e propaguem experiências exitosas com o COAPES, bem como disponibilizem apoio para municípios e instituições de ensino no sentido de otimizar a elaboração dos mesmos.

Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina. Brasília. Resolução no 3, de 20 de junho de 2014. Disponível em < http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192 >.
2. Brasil. Portaria interministerial No 1.127, de 04 de Agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos contratos organizativos de ação pública ensino-saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em < <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/23/COAPES-PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N1.127%20-DE-04%20DE-AGOSTO-DE-2015.pdf> >.
3. Prefeitura Municipal de Campinas. LEI Nº 15.394 de 06 de Abril de 2017 Institui o Programa de Preceptoría e Supervisão em atividades de estágio e internato exercidas por alunos de instituições de ensino superior privadas na área da saúde. Diário Oficial nº 11575, 07 de Abril de 2017. Disponível em < http://www.saude.campinas.sp.gov.br/cms/textos/2018/LM_15394_2017_04_06.pdf >.

CONSTRUÇÃO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO PRECEPTOR DO PROGRAMA INTEGRADOR DA FACULDADE HUMANITAS.

Alessandra Lorenti Ribeiro, alessandra.ribeiro@humanitas.edu.br¹

Rita De Cassia Pinheiro Salazar²
Maria Cristina Barbosa Ikeda²
Aline Pelegrine De Oliveira²
Rinaldo Henrique Aguilár Da Silva³

¹ Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas.

² Preceptoras do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas.

³ Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC- Humanitas.

Resumo A FCMSJC-Humanitas possui como eixo estruturante do seu currículo o Programa Integrador (PI) voltado para a inserção dos alunos nos serviços de saúde do município desde o início do curso, do 2º ao 6º períodos. O PI visa a indissociabilidade entre a teoria e a prática e a integração da faculdade ao meio social local e regional. Nos dois primeiros semestres do PI os alunos são acompanhados por preceptores enfermeiros pertencentes à instituição de ensino. Após 1 semestre de atuação, esses preceptores, junto à coordenação do PI e a diretoria de ensino, pesquisa e extensão, elaboraram coletivamente o perfil de competências profissionais do preceptor do PI da Faculdade Humanitas, descrevendo também suas atribuições. Nove preceptoras enfermeiras da instituição acompanharam, semanalmente, seus grupos de até 12 alunos nas UBS; realizaram com seus grupos 3 ciclos pedagógicos de problematização no ambiente da faculdade, e acompanharam e avaliaram a elaboração do portfólio reflexivo de seus alunos. Todas as preceptoras participaram das reuniões de planejamento, e capacitação propostas pela FCMSJC-Humanitas. A formulação do perfil de competências profissionais do preceptor ocorreu sem dificuldades, a partir das experiências vivenciadas.

Palavras Chaves: preceptor, competência profissional.

Introdução

A FCMSJC-Humanitas possui como eixo estruturante do seu currículo o Programa Integrador (PI) voltado para a inserção dos alunos nos serviços de saúde do município

desde o início do curso, do 2º ao 6º períodos. O PI visa a indissociabilidade entre a teoria e a prática e a integração da faculdade ao meio social local e regional. Nos dois primeiros semestres do PI os alunos são acompanhados por preceptores enfermeiros pertencentes à instituição de ensino. Esses preceptores supervisionam os alunos nos cenários reais de aprendizagem uma vez por semana; executam ciclos de problematização em 6 encontros durante o semestre, para que haja reflexão sobre a prática e aprendizagem significativa; acompanham o desenvolvimento dos alunos por meio dos portfólios elaborados pelos mesmos; e realizam avaliação formativa dos alunos.

A atuação de preceptores na formação médica está bem consolidada nos últimos períodos do curso, durante o internato. Mais recentemente, as diretrizes curriculares nacionais para o curso de medicina passaram a preconizar que os estudantes sejam inseridos em cenários reais do SUS para aprendizagem desde os primeiros anos da formação¹, também sob a supervisão de preceptores. No entanto, ainda não está claramente definido o perfil de competências profissionais desse preceptor, que muitas vezes se confunde com o de professor, tutor ou mentor², inclusive com repercussões no âmbito jurídico e trabalhista. Nesse sentido, pôde-se observar crescente número de publicações acerca da questão. Após 1 semestre de atuação, os preceptores da Humanitas, junto à coordenação do PI e à direção de ensino e pesquisa traçaram o objetivo de elaborar coletivamente o perfil de competências do preceptor do Programa Integrador.

Materiais e Métodos

As nove preceptoras da FCMSJC-Humanitas que acompanharam a primeira turma da faculdade no Programa Integrador 1 durante o segundo período do curso foram convidadas a participar de 4 reuniões de planejamento para a elaboração de um manual do Preceptor do PI. Este manual seria uma referência, servindo de apoio e orientação para futuros preceptores que se juntassem ao grupo. Inicialmente, as preceptoras buscaram elencar os tópicos que deveriam ser abordados nesse documento e então, baseadas na vivência de um semestre com os alunos, debateram e organizaram de forma consensual o perfil de competências relacionadas à sua função.

Resultados e Discussão

O grupo de preceptoras elencou como tópicos para serem abordados no manual do preceptor: perfil de competências, atribuições, formação do preceptor, compromissos administrativos, avaliação do preceptor e contexto legal. Dentre esses tópicos, os dois primeiros foram debatidos com base na experiência pessoal de cada preceptor e elaborados conforme o consenso do grupo. Os demais tópicos não foram esgotados por sofrerem influência de outros setores.

No que diz respeito ao perfil de competências, o grupo adotou como referencial teórico aquele descrito por Perrenoud, onde entende-se por competência a capacidade de mobilizar recursos cognitivos, psicomotores e atitudinais com a finalidade de alcançar um desempenho de excelência na prática de determinada atividade^{3,4}. As áreas de competência identificadas pelas preceptoras do início do curso foram:

- I. Saúde, enfatizando a atenção primária à saúde e a estratégia de saúde da família.
- II. Gestão do trabalho e da educação na saúde.
- III. Educação na formação em serviço e produção de conhecimento na saúde.

Os recursos atitudinais do preceptor são enfatizados pelo grupo, ao se explicitar no texto do documento que “o preceptor deve apresentar postura ética, ser acessível e disponível, realizar avaliações de forma justa e honesta, ter boa comunicação e habilidade de escuta, além de entusiasmo e compreensão empática.”

Dentre as atribuições do preceptor, foram listadas:

1. Conhecer o Projeto Pedagógico do programa integrador e os eixos estruturantes;
2. Atuar de acordo com as orientações da direção pedagógica nas atividades técnicas de competências comuns, como por exemplo: anamnese, sinais vitais, dados antropométricos, história clínica;
3. Atuar de forma colaborativa nas atividades técnicas de competências específicas;
4. Participar de capacitações pedagógicas e educação permanente, atividades de desenvolvimento profissional contínuo e de planejamento; participar de encontros para atualização de conhecimento;

5. Contribuir para o desenvolvimento da pesquisa e do ensino por meio da realização de atividades acadêmicas, sociais e científicas – Feiras da Saúde, Congressos, Simpósios, Ligas de Saúde, Publicações e afins;
6. Realizar supervisão direta das atividades desenvolvidas pelos estudantes nos serviços de saúde, onde desenvolve-se o Programa Integrador;
7. Identificar as necessidades de saúde individuais e da comunidade;
8. Utilizar e favorecer a interpretação de indicadores de saúde, sócio demográficos e epidemiológicos visando ampliar a análise sobre as necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade;
9. Articular aspectos biológicos, sociais, culturais envolvidos no processo saúde-doença dos indivíduos;
10. Estimular a curiosidade, a independência intelectual e científica para o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre o cotidiano do trabalho em saúde;
11. Despertar a reflexão sobre o processo educacional e a melhoria da qualidade de trabalho em saúde;
12. Desenvolver atividades educacionais elaboradas pela direção de ensino, de modo vinculando à prática saúde-serviço;
13. Promover a educação pelo exemplo e atuar como facilitador do processo de aprendizagem;
14. Estimular os alunos a registrar suas experiências e atividades de forma clara no portfólio, bem como realizar a avaliação do mesmo incentivando a reflexão
15. Realizar o ciclo pedagógico da problematização conforme preconizado no calendário;
16. Dar e receber devolutivas, de modo orientado à construção do aprendizado, num ambiente livre e sem medos;
17. Suscitar momentos de auto-avaliação formativa dos alunos por meio de instrumentos institucionais, conforme definido em calendário, reforçando suas competências e fragilidades.

A elaboração do perfil e atribuições do preceptor foi realizada sem maiores dificuldades, baseada nas experiências vivenciadas com os alunos durante o segundo semestre de 2017. Essa construção, além de alinhar condutas, consolidou a

compreensão dos preceptores quanto ao trabalho a ser desenvolvido, fortalecendo-os na prática do dia-a-dia.

Conclusões

A vivência dos preceptores com os alunos propiciou a elaboração do perfil de competências e atribuições do preceptor do Programa Integrador. Essa construção coletiva contribui para a consolidação da atuação deste profissional na instituição, amparando-os e fortalecendo-os quanto ao seu papel.

Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina. Brasília. Resolução no 3, de 20 de junho de 2014. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>.
2. Botti SHO; Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? Rev. bras. educ. med. 2008, Jul/Set vol.32 no.3 363-373.
3. Perrenoud P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.
4. Hager P, Gonczi A. What is competence? Medical Teacher 1996; 18 (1):15-8.

ACOLHIMENTO: CONHECIMENTO DA EQUIPE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PUTIM SOBRE O PROTOCOLO MUNICIPAL

Ana Clara Lescura Guedes Silverio
anaclaralescura@gmail.com

Beatriz Martinez Castellani 1
Bruno de Paula Rosa Rocha 1
Laís Cristina Piaia Certo 1

Lara Dias Cardoso Ribeiro 1

Larissa Pinto Ferraz 1

Luís Filipe Betito Moraes 1
Lucas Magalhães Barbosa 1
Samira Mendes Khour 1
Vinicius de Calasans Timação 1
Maria Cristina Barbosa Ikeda 2
lessandra Lourenti Ribeiro 3

¹Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas E-mail do autor principal

²Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

³Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

Resumo:

Neste trabalho foi realizada uma pesquisa através de um questionário com 24 funcionários da Unidade Básica de Saúde PUTIM acerca do acolhimento realizado na unidade. Dentre os entrevistados estão Agente Comunitário de Saúde, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e funcionários da administração. O acolhimento consiste em ouvir as queixas do paciente, com qualificação da escuta, favorecimento à construção de vínculos e à garantia de acesso à população, envolvendo conhecimento, empatia e capacitação [1]. O objetivo do trabalho é Identificar o conhecimento dos profissionais da saúde sobre o acolhimento e a sua aplicação no dia a dia, da Unidade Básica de Saúde do Putim – SJC. Da totalidade de voluntários que responderam ao questionário, 50% deles eram agentes comunitários de saúde, 29% eram auxiliares de enfermagem, 13% eram enfermeiros e 8% eram auxiliares administrativos.

Palavras-chave: acolhimento, funcionários, UBS.

Introdução

No campo da saúde acolhimento é definido como ato de ouvir com atenção, admitir o saber do usuário, levando em conta o que ele expressa, seja qual for o modo de comunicação [2]. O acolhimento consiste em ouvir as queixas do paciente, com qualificação da escuta, favorecimento à construção de vínculos e à garantia de acesso à população, envolvendo conhecimento, empatia e capacitação. O Acolhedor deverá ser resolutivo e humanizado, ter uma visão diferenciada, postura ética em suas necessidades, queixas, sofrimento, fragilidade, vulnerabilidade, atentar a Diversidade Social, Cultural, racial e saberes dos usuários e suas famílias [3].

Durante a vivência dos alunos do Programa Integrador PI da Faculdade de Ciências Médicas Humanitas de São José dos Campos, no período de fevereiro a junho de 2018, na Unidade Básica de Saúde Putim, foi observado a grande demanda para consultas com clínico Geral e Ginecologista. E os alunos puderam despertar para a importância do acolhimento nos serviços de saúde conforme a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS.

O objetivo do trabalho é Identificar o conhecimento dos profissionais da saúde sobre o acolhimento e a sua aplicação no dia a dia, da Unidade Básica de Saúde do Putim – SJC.

Material e Métodos

Foi realizada uma pesquisa através de um questionário na Unidade Básica de Saúde PUTIM. O questionário foi realizado com cerca de 24 pessoas, dentre elas Agente Comunitário de Saúde, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e funcionários da administração. Se tratava do processo de acolhimento realizado na Unidade (como era realizado, se os funcionários conheciam o protocolo de acolhimento etc.).

Esse questionário foi realizado no período de 22 agosto de 2018 por 2 alunas, que interrogaram os funcionários durante o período da manhã. A partir dele, foi obtido o gráfico abaixo.

Resultados e Discussão

A coleta ocorreu em 22 de agosto de 2018, na UBS do Putim. Dos 49 funcionários da UBS, apenas 24 responderam voluntariamente. Desta forma, analisamos que a coleta de informações não abrangeu a totalidade de informações que poderia ter atingido. Da totalidade de voluntários que responderam ao questionário, 50% deles eram agentes

comunitários de saúde, 29% eram auxiliares de enfermagem, 13% eram enfermeiros e 8% eram auxiliares administrativos.

Para melhor compreensão, um gráfico foi construído para demonstrar o nível de entendimento dos funcionários sobre o programa de acolhimento.

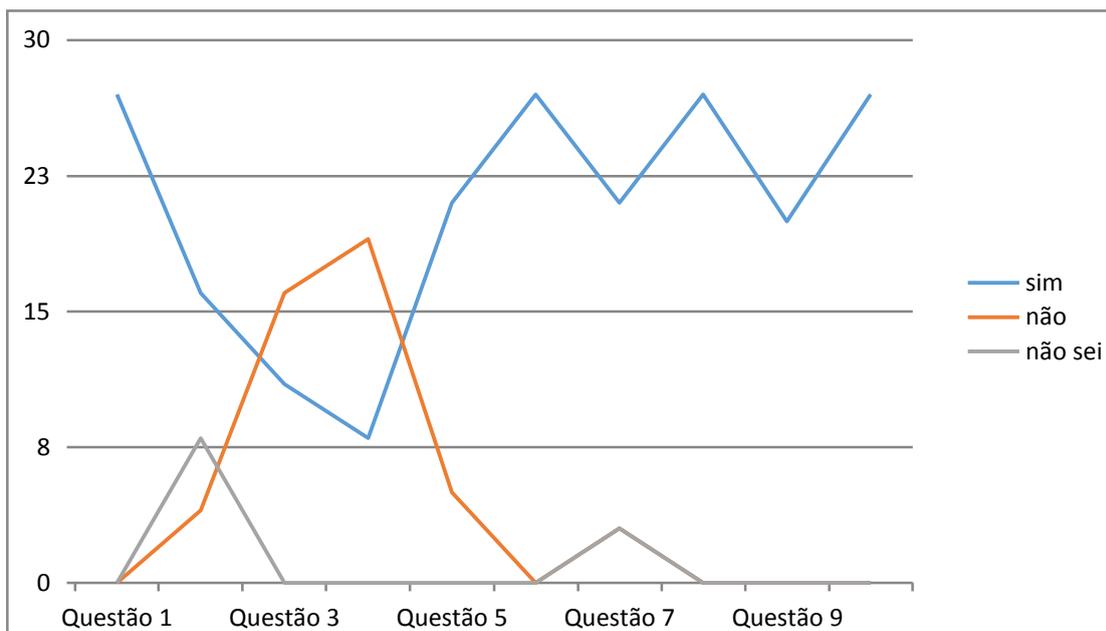


Gráfico 1: nível de entendimento dos funcionários sobre o Programa de Acolhimento

Todos que responderam o questionário disseram que há acolhimento na UBS, dentre eles 16 disseram que existe protocolo de atendimento do município. Porém 16 pessoas responderam que não conhece esse protocolo e 11 conhecem o mesmo. Além disso, 21 pessoas disseram que o acolhimento é realizado conforme o protocolo do município, mesmo algumas delas tendo respondido o questionário alegando que não possui nem conhecimento sobre a existência do mesmo. Dessa forma, nota-se a ambiguidade das respostas porque alguns disseram que há o protocolo, mas não o conhece e ainda afirmou que o acolhimento é feito conforme o mesmo.

Do total de entrevistado, 19 pessoas nunca receberam uma capacitação para fazer um acolhimento. Mas, a maioria disse que o mesmo é feito em um local adequado. Os entrevistados disseram que o acolhimento é resolutivo e que o município tem livre acesso ao profissional de saúde para realizar o acolhimento, e a maioria acha que há um vínculo terapêutico entre o profissional e o município quando se realiza o acolhimento. Dentro os 27 entrevistados, 23 responderam que todos os profissionais realizam o acolhimento.

Conclusão:

Conclui-se que o acolhimento é importante no serviço de saúde, e já está legitimado como uma valiosa ferramenta pela equipe, mesmo que nem todos os profissionais tenham recebido a capacitação para executá-lo. Sua implementação deve ser contínua e certamente será facilitada pela articulação ensino-serviço oportunizada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Ficou claro que os princípios, diretrizes e a composição do SUS, em muitas situações, não são compreendidos e tampouco defendidos pelos trabalhadores da área da saúde. Os aspectos observados, como objetivo de aperfeiçoar o acolhimento na área da saúde, é preciso que

todos profissionais tenham acesso ao protocolo e capacitação.

Pontos positivos: O acolhimento com a Enfermeira ajuda a ordenar melhor os atendimentos e mantém, a criação de laços de confiança, e a possibilidade de atender sem constrangimento e exposição [4].

Pontos negativos: Obtivemos as respostas em que muitos diziam não conhecer o protocolo do município e a falta de capacitação; a ausência de uma sala com privacidade para a escuta qualificada.

Referências:

1 Ministério da Saúde. Acolhimento a demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. 2013.

2 Vasconcelos SM, Grillo MJC, Soares MS. Práticas educativas em atenção básica à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Curso de especialização em atenção básica à saúde da família. Belo horizonte: Nescon UFMG, Editora UFMG, 2009. p. 1237.

3 Silveira, MGG. et al. Humanização e autogestão em uma unidade básica de saúde. *Pediatria*, São Paulo, v.28, n.4, p.226-33, 2006.

4 Guerrero P, Schaefer AL, Mello F, Andrade SR, Erdmann, AL. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde: Texto contexto - enferm. vol.22 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2013

GENOGRAMA APLICADO NA ESF

Ana Beatriz Siste Machado
ana_beatriz_siste@hotmail.com¹

Bianca Mello de Lucca¹
Giovana de Lima Gama¹
Giulia Chagas Beluomini¹
Jaqueline Aparecida Castro¹

Isabelle Bezerra¹
Laís Rangel Tsujimoto¹

Paola Aparecida de Campos Elache¹

Sophia Montini¹
Tatiene Sardinha Juvenal de Almeida¹
Marta Lisiane Pereira Pinto de Carvalho²

Marisa Reis Silva Nogueira²
Alessandra Lorenti Ribeiro³

¹Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

²Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

³Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

Resumo: Trata-se de um estudo de caso e construção de um genograma. Para construção iconográfica foram utilizadas três gerações da família estudada. A pesquisa foi realizada na unidade básica de saúde do bairro Buquirinha (UBS-Buquirinha), zona norte de São José dos Campos - SP, onde a ESF está implantada. Este trabalho tem por objetivo, demonstrar como um genograma consegue aprimorar o trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde dentro de uma UBS e propor uma intervenção adequada à família em questão.

Palavras-chave: genograma, família, ferramenta.

Introdução

O genograma é um gráfico simbólico das relações interfamiliares, que identifica os graus de parentesco, comportamento, atitudes, doenças e possibilita a criação de estratégias terapêuticas corretas³. Sabe-se que o Sistema Único de Saúde prioriza a promoção, proteção, prevenção, intervenção e manutenção da saúde, procurando criar vínculos e compromissos com os pacientes. Logo, compreende-se que o uso do genograma é capaz de contribuir, significativamente, na promoção à saúde nas Unidades Básicas de Saúde, visto que propicia

um amplo entendimento sobre as circunstâncias vividas por cada família².

Esse trabalho foi realizado para demonstrar como um genograma consegue aprimorar o trabalho realizado pelos ACS dentro de uma UBS.

Material e Métodos

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo qualitativo com delineamento de estudo de caso e construção de um genograma.

A pesquisa foi realizada na unidade básica de saúde do bairro Buquirinha (UBS-Buquirinha), zona norte de São José dos Campos - SP, onde a estratégia saúde da família (ESF) está implantada. Três agentes comunitários de saúde contribuíram com informações iniciais, através de entrevistas, e dados complementares foram adquiridos por meio dos prontuários pessoais dos membros da família escolhida.

Para a construção iconográfica foram utilizadas três gerações da família, destacando data de nascimento e/ou morte do membro, relações de parentesco e patologias relevantes aplicadas em um sistema de símbolos padronizados pelo Grupo Norte-Americano de Pesquisa em Atenção primária (North American Primary Care Research Group)³.

Resultados e Discussão

O genograma se mostra uma importante ferramenta norteadora quando aplicado na área da saúde, visto que colaborou para a formulação de possíveis hipóteses acerca da estrutura e do funcionamento familiar no caso analisado, delineando de maneira esclarecedora as queixas trazidas. Além de organizar, permite uma visão ampliada da situação podendo melhorar o atendimento à família e serem feitas estratégias de intervenção.

Apesar da importância seu uso ainda é restrito pois os integrantes das equipes de saúde não possuem as instruções necessárias para fazer uso deste recurso, não tendo condições de empregá-lo ao cotidiano da UBS e, por vezes, nem de reconhecer o seu valor.

Conclusão

O genograma é um instrumento utilizado pela ESF, que contribui para que as equipes de saúde tenham acesso às informações das famílias inseridas em uma comunidade específica. Essas informações permitem o conhecimento acerca da realidade dos indivíduos envolvidos,

incluindo suas vulnerabilidades. Dessa forma, facilita a ação da equipe, tanto de

forma interventiva quanto preventiva, focando em criar estratégias que promovam a saúde. Embora este instrumento seja um importante auxílio de trabalho, muitos indivíduos que compõem as equipes têm conhecimento limitado a respeito do assunto. Em relação ao que foi apresentado, nota-se que é importante informar para as equipes da ESF a importância desse instrumento para que elas possam compreender o conceito de saúde integral e assim aplicá-las na Atenção Básica à Saúde.

Referências:

1. Ditterich R G, Gabardo M C L, Moysés S J. As Ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. Saúde e Sociedade, 2009 mar., 18, (3) 515-24.
2. Borges C D, Costa M da, Faria J G de. Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade. Revista Psicologia e Saúde. [Internet] 2015 Jul [acesso em 2018 ago 17]; 7(2):133-41. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n2/v7n2a07.pdf>>.
3. Muniz J R, Eisenstein E. Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica [Internet] 2009 [acesso em 2018 ago 17]; 1(33):72-79. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/10.pdf>>.

PERFIL DOS USUÁRIOS DE SOMATROPINA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

*Anne Josiele Alves Dantas, anne.josiele@hotmail.com 1
BENEDETTI, André; DANTAS, Anne; TECELÃO, Giovanna; NISHIMORI,*

Giullia; DIAS, Heitor; OLIVEIRA, Isabela; YAMASHITYA, Isis; COLETTI, Julia; ALMEIDA, Juliana; SILVA, Maura;

*FELIPE, Victoria1
SOUZA, Alessandra2 RIBEIRO, Alessandra3*

1Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

2Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

3Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

Resumo

O artigo descreve sobre a utilização do hormônio do crescimento na rede pública de saúde da cidade de São José dos Campos, SP. O hormônio do crescimento é secretado pela hipófise anterior e sua principal função é promover o crescimento de todo o corpo através da sua ação interventiva na formação protéica, multiplicação celular e diferenciação celular. O hormônio apresenta como principais estímulos de liberação o sono, a hipoglicemia, refeições ricas em proteínas, estresse (dor, calor e ansiedade), exercícios e outros agentes (serotonina, estrógenos, adrenalina, entre outros). Na rede pública de saúde a oferta deste hormônio segue um processo sistematizado para a oferta à população. Este artigo apresenta resultados relacionados ao perfil do usuário do hormônio do crescimento em uma unidade básica de saúde.

Palavras-chave: Hormônio do crescimento, metabolismo, deficiência de hormônio, terapêutica com somatropina e crescimento.

Introdução

A saúde no Brasil através da Constituição de 1988, tornou-se um dever do Estado e um direito de todo cidadão, sendo ofertado à população políticas públicas sociais e econômicas. A definição da saúde como um direito social aplicando os princípios de universalidade, integralidade e equidade facilitaram o acesso de alguns tratamentos de alto custo que são imprescindíveis para uma boa evolução dos pacientes ¹.

No contexto dos princípios, entende-se que a população tem o direito de acesso aos serviços das redes primárias, secundárias e terciárias, ou seja, a promoção, prevenção e a recuperação da saúde. A partir deste princípio tornou-se mais fácil o acesso aos tratamentos com medicações de alto custo onde através deste mecanismo a integralidade se faz mais presente com equidade de oferta ².

A assistência farmacêutica do Ministério da Saúde coloca à disposição inúmeros componentes de alto custo ao acesso daqueles que seguem criteriosamente os protocolos instituídos. Dentre esses componentes encontra-se o hormônio do crescimento, para a realização da terapêutica recomendada pelo médico em casos onde há a sua deficiência ³.

O tratamento com o hormônio do crescimento é aplicado onde ocorrem déficit de produção evidenciada em exames laboratoriais, bem como manifestações clínicas de diminuição de marcadores de formação óssea, reabsorção óssea, redução da massa e força musculares ⁴.

Os dados disponíveis sobre a prevalência de pessoas com insuficiência do hormônio do crescimento no Brasil são insuficientes. Estima-se que mais de 2.726 crianças menores de 16 anos na Inglaterra e 162 no País de Gales possuem esta deficiência. Nos Estados Unidos a incidência é de 1 para cada 3.480 nascidos vivos ³.

O Hormônio de Crescimento (GH) é secretado pela hipófise anterior que está localizada na sela túrsica na base do cérebro e tem cerca de 1 cm de diâmetro. Ele é composto por uma cadeia média de 191 aminoácidos, secretado de maneira pulsátil, modulado por vários fatores, tais como: hormônio hipotalâmico liberador de GH (GHRH), hormônio hipotalâmico inibidor da secreção de GH (somatostatina – SM), grelina, glicocorticoides, ácidos graxos, glicose, insulina, hormônios esteroides, estado nutricional, composição corporal e idade ⁵.

A principal função desencadeada por este hormônio é a promoção do crescimento por todo corpo, através da sua ação interventiva na formação proteica, multiplicação celular e diferenciação celular⁴. A produção dos fatores hipotalâmicos sofre influência direta de várias regiões cerebrais por meio de vias alfa e beta adrenérgicas, dopaminérgicas e colinérgicas. Este hormônio (GH) é muito importante nos períodos da infância e puberdade, pelo crescimento e maturação, presente em todos os ciclos da vida ⁶.

Ele é um dos hormônios mais estudados pela ciência, devido a sua importância no

metabolismo corporal. Quanto aos lipídeos, demonstram que o GH aumenta o processo de lipólise que, por consequência, eleva a concentração sanguínea de ácidos graxos.

Adicionalmente, o GH promove acréscimos na conversão dos ácidos graxos em acetil-coenzima. Outra função muito importante da somatropina é que ela reduz a atividade da cortisona redutase, levando a inativação do cortisol principalmente no fígado e no tecido adiposo⁶.

A deficiência do hormônio do crescimento (DGH) ocorre em algumas crianças não com muita frequência, geralmente na população geral 1:4.000 e 1:10.000, população de baixa estatura normal 3:10.000 e no retardo constitucional do crescimento 100:10.000³.

O diagnóstico em criança é realizado através do exame laboratorial e clínico, considerando seu histórico, antecedentes e exame físico. A criança diagnosticada com déficit de somatropina apresenta estatura abaixo da esperada pela altura dos pais, segmentos corpóreos proporcionais, e uma velocidade de crescimento baixa para sua idade cronológica, podendo ocasionar retardo significativo ósseo esquelético⁷.

Para a reposição do hormônio do crescimento recorre-se a terapia com GH humano obtido por tecnologia do DNA recombinante. O tratamento visa a normalização da velocidade do crescimento linear nos períodos da infância e adolescência, dependendo da dose utilizada, o período de início do tratamento, do seu estado nutricional e da resposta do paciente a esta terapêutica³. A eficácia do tratamento será mensurada ao término da puberdade, onde ela deverá apresentar um ganho de estatura. O monitoramento da dosagem a ser administrada na criança deverá acompanhar a velocidade de crescimento apresentada de 4 em 4 meses. O GH é administrado via subcutânea diariamente seguindo os protocolos da Sociedade de Endocrinologia³.

A cidade de São José dos Campos atualmente conta com uma população de 629.921 habitantes, sendo que na região do Parque Interlagos, situado na região sul desta cidade há 18.965 habitantes⁸. A prefeitura de São José dos Campos disponibiliza um fluxo de atendimento para ofertar medicação de alto custo para a população, que se organiza a partir da atenção primária na UBS. Em se tratando da somatropina, o médico preenche os formulários necessários que são exigidos pelo Estado e os entrega para o município, este os encaminha para a UBS, que posteriormente destina para a análise de técnicos. Após a validação do processo pelo Estado a medicação é encaminhada ao município para a

distribuição por meio da farmácia central ⁹.

Material e Métodos

Estudo descritivo transversal realizado por meio de coleta de dados em prontuários e no sistema de atendimento municipal de saúde central ⁹ da prefeitura disponíveis na UBS.

A coleta de dados para esta pesquisa ocorreu no mês de agosto de 2018, na Unidade Básica de Saúde do Parque Interlagos na cidade de São José dos Campos – São Paulo. Foram examinados os prontuários dos usuários do hormônio do crescimento e verificado no Sistema de Informação da Prefeitura. Foi considerado o período de 1 ano para a realização das buscas, compreendendo agosto de 2017 a agosto de 2018 da totalidade de processos recebidos pela UBS. Os dados foram armazenados em forma de planilha do sistema Excel, e posteriormente elaborados os gráficos.

Resultados e Discussão

A partir da análise dos prontuários e da verificação no sistema de informação da prefeitura, identificou-se que no momento encontram-se em utilização do hormônio do crescimento 10 municípios na abrangência do Parque Interlagos. Deste total de municípios foram encontrados os seguintes dados: 6 são do sexo feminino e 4 do sexo masculino; as idades destes encontram-se entre os 5 a 15 anos, as comorbidades em maior número de ocorrência são as gastrointestinais seguida pelas dermatológicas. As comorbidades gastrointestinais apresentadas foram: parasitose, constipação, enterorragia, gastroenterite, diarreia, dor abdominal, hemorragia, gastroenterite. As comorbidades dermatológicas apresentadas foram: abscesso pele, furúnculo, antraz cutâneo, dermatite atópica, lesão pele.

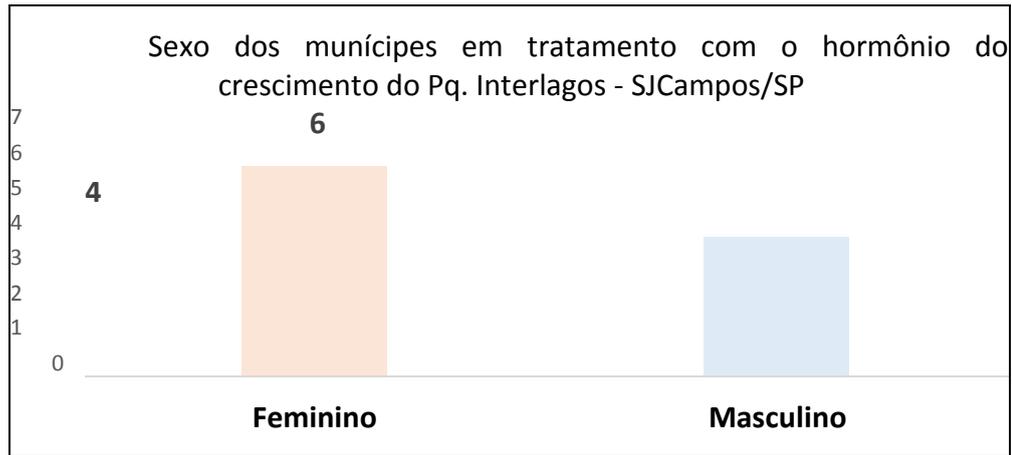


Gráfico1: Apresenta o sexo dos munícipes em uso de somatropina.



Gráfico 2: Distribuição das idades dos munícipes em uso de somatropina.

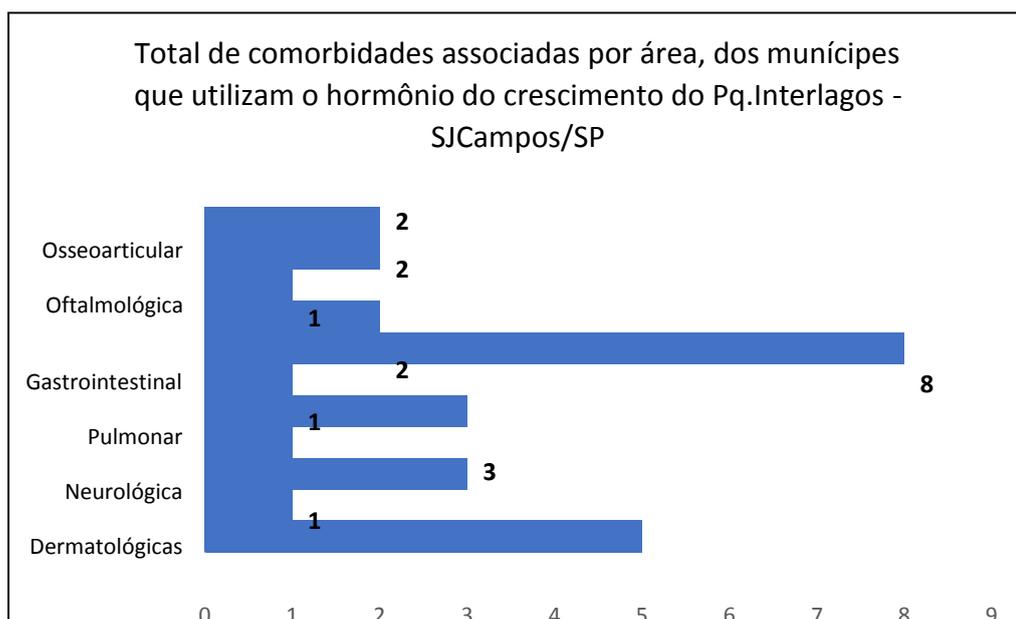


Gráfico 3. Apresenta a totalidade das comorbidades associadas por área.

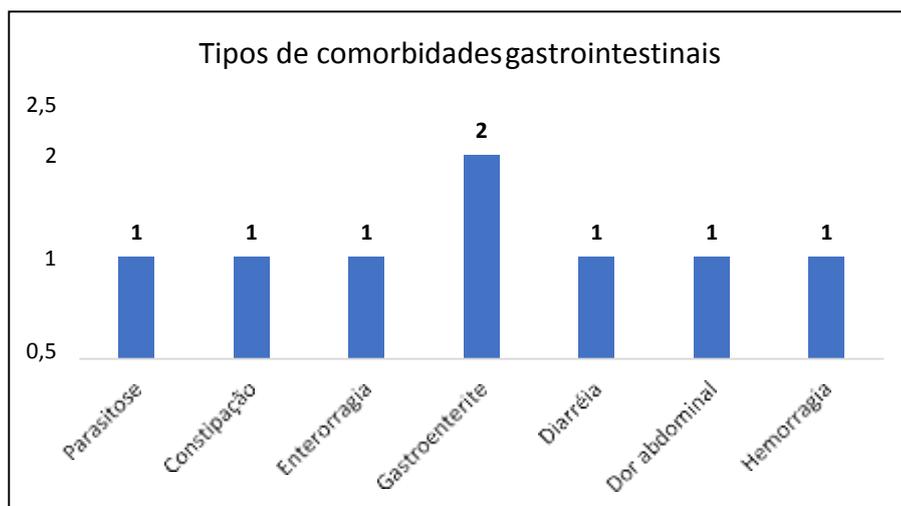


Gráfico 4: Apresenta as comorbidades gastrointestinais encontradas.

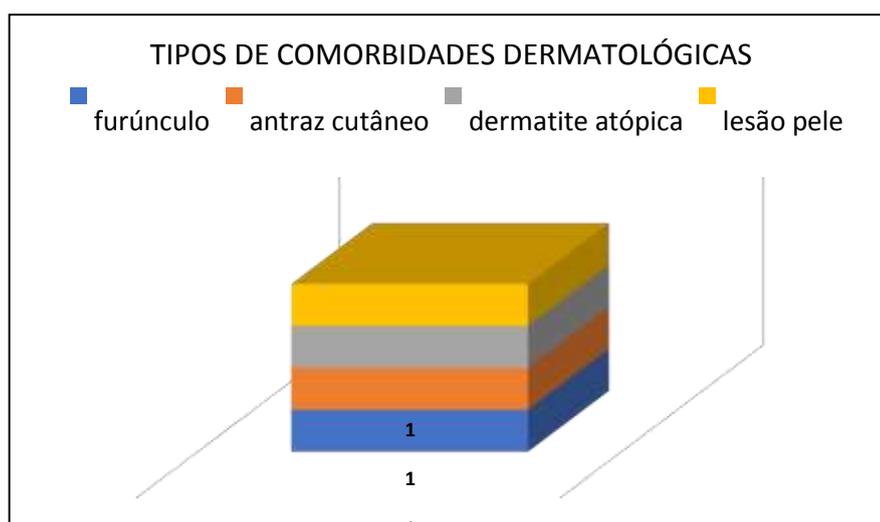


Gráfico 5: Apresenta as comorbidades dermatológicas encontradas.

Como verificamos nos resultados foi possível observar que o perfil dos usuários de somatropina na Unidade Básica de Saúde do Parque Interlagos demonstra uma maior ocorrência no sexo feminino. As idades apresentadas encontram-se entre 5 a 15 anos. As comorbidades associadas de maior prevalência foram as gastrointestinais e as dermatológicas para o grupo de 10 munícipes encontrados nas buscas descritas na metodologia. A quantidade de munícipes tratados na menor idade, ou seja entre os 5 e os 13 anos estão dentro da indicação de tratamento para o melhor período de idade, caracterizado pelo período anterior à puberdade, onde o resultado da terapia hormonal será mais eficiente⁹.

Conclusão

O perfil do usuário de somatropina apresentado pelas buscas realizadas, reflete em um grupo heterogêneo, onde 4 dos munícipes encontram-se no período da puberdade e 6 no período da infância. Como o hormônio do crescimento tem sua eficácia comprovada anteriormente à puberdade, conclui-se que esta mostra estudada responde às orientações endocrinológicas para esta terapêutica. As comorbidades associadas apresentadas pelo grupo que são as gastrointestinais e as dermatológicas, corresponde às manifestações clínicas apresentadas em consulta médica na UBS.

Referências

1. Conti MA, Avaliação das demandas judiciais por acesso a medicamentos no Distrito Federal, 2015.
2. Marques CMA, Tratamento da deficiência de somatropina no adulto. Dissertação de Mestrado, 2016
3. PENHA JCQ, Identificação de hormônio de crescimento recombinante para uso humano por cromatografia líquida de ultra eficiência acoplada à espectrometria de massas sequencial. 2015.
4. Póvoa G, Diniz LG. O Sistema do Hormônio de Crescimento: interações com a pele. An Bras Dermatol, v. 86, n. 6, p. 1159-1165, 2011.
5. Guyton AC, Hall JE. Textbook of medical physiology. 11 th ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders, 2006.
6. Cruzat VF, Hormônio do crescimento e exercício físico: considerações atuais. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas/Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences, v. 44, n. 4, p. 549-562, 2008.
7. Abucham J, Terapia de reposição hormonal no hipopituitarismo. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, 2003.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: Síntese de Indicadores-2010. ibge, 2010.
9. Ministério da Saúde (Brasil), Portaria SAS/MS nº 110, de 10 de março de 2010.

SÍNDROME DO X FRÁGIL

Carolina Rodrigues Silva Lima¹

carol-r-sl@hotmail.com

Amanda Marques Lima¹,

Bruno Carazza Carvalho¹,
Gabriella Cembranelli Borges¹,

José Rolando Rivero Oliva Fiho¹,

Luna Diniz Pereira¹,

Pietra Diniz Pereira¹,

Priscila Garroni Moreira Franco¹,

Sofia Amadeu Loreiro¹,

Theo Eduardo Moreira de Souza¹,

Yasmim Reis Pavan¹.

Rita de Cássia Salazar².

Alessandra Lorenti Ribeiro³,

Rinaldo Aguilar da Silva³

¹Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas São José dos Campos – FCMSJC - Humanitas.

²Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC - Humanitas.

³Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC - Humanitas.

Resumo: A Síndrome do X Frágil é uma doença genética caracterizada por uma constrição no braço longo do cromossomo X, decorre de uma expansão de trinucleotídeos, com repetições de CGG na região promotora do gene FMR-1. A maior expressão desta Síndrome é no sexo masculino, isso porque os homens possuem apenas um cromossomo X, herdado da mãe. O comprometimento cognitivo é sempre presente nos pacientes do sexo masculino, a maioria dos pacientes encontram-se na faixa moderada do retardo mental. Além do comprometimento da fala, características físicas também podem ser notadas, entre elas a face alongada, a fronte grande e quadrangular, macrocefalia, orelhas grandes ou de abano e a macrorquidia. O diagnóstico é realizado através de exames de análise do DNA.

Palavras-chave: Síndrome, cromossomo, macrorquidia.

Introdução

Os estudantes de medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos Humanitas, no primeiro semestre de 2018 iniciaram o Programa Integrador (PI) junto à Unidade Básica de Saúde (UBS) Eugenio de Melo, onde vivenciaram problemas na área da saúde e acompanharam pacientes na área de abrangência da Unidade. Das famílias acompanhadas, o que

mais chamou a atenção foram os pacientes com a Síndrome do X Frágil (SXF). O contato com esses pacientes despertou nos alunos o interesse pela síndrome em si, e principalmente pelo projeto terapêutico proposto pela equipe para a devida assistência.

O PI visa a união entre a teoria e a prática, a integração da faculdade ao meio social, local e a construção da identidade profissional, possibilitando o desenvolvimento de competências fundamentais em vivências, estruturas e processos mentais a partir do convívio em ambientes reais de ensino- aprendizagem (Manual do PI, 2018).

A SXF é uma condição genética, considerada a segunda causa mais frequente de deficiência mental herdada, depois da síndrome de Down (Veiga, Toralles; 2002). Sua incidência é de 1 afetado em cada 1.000 meninos, e de 1 em cada 2.000 meninas. No Brasil, a frequência na população de deficientes mentais foi estimada em 8% no sexo masculino, e 4% no sexo feminino. Assim, esta síndrome deve ser considerada no diagnóstico diferencial de qualquer criança que apresente atraso no desenvolvimento. (Veiga, Toralles; 2002).

Material e Métodos

O método utilizado foi a pesquisa em diversas bases de dados, coleta de informações em diversos artigos e a realização de entrevistas com os pais e/ou responsáveis pelos portadores da Síndrome do X Frágil.

Resultados e discussão

A SXF é uma doença genética caracterizada por uma constrição no braço longo do cromossomo X, nos homens é par do Y (XY) e nas mulheres há dois cromossomos X (XX). Decorre de uma expansão de trinucleotídeos, com repetições CGG na região promotora do gene FMR-1. Em indivíduos normais, essa região varia de 5 a 52 repetições, já na SXF, apresenta mais de 200. As grandes expansões causam metilação da região promotora, e consequente repressão do gene FMR-

1. Em suma, para que a síndrome seja herdada, pelo menos um dos progenitores deve ser portador ou possuir a pré-mutação, entretanto, sua maior expressão se dá no sexo masculino, isso em razão deste possuir apenas um cromossomo X, sendo assim, o cromossomo X nos homens é herdado da mãe, que pode não apresentar a síndrome, mas é portadora. (Veiga, Toralles; 2002).

O comprometimento cognitivo é sempre presente nos pacientes do sexo masculino portadores da SXF, apresentando expressões muito variadas, desde dificuldades em atividades específicas, até deficiência mental profunda. A maioria encontra-se na faixa do retardo mental moderado. Outra característica marcante é o comprometimento da fala, com dificuldades articulatórias, alteração de ritmo e fluência.

A face alongada, prognatismo, fronte grande e quadrangular, macrocefalia, orelhas grandes ou de abano e macroorquidia são as características dismórficas mais frequentes. Algumas destas características podem estar relacionadas com alterações do tecido conjuntivo, além da frouxidão ligamentar, prolapso da válvula mitral, miopia, estrabismo. (Veiga; Toralles, 2002).

Através das entrevistas realizadas com os responsáveis pelos portadores da SXF foi possível identificar a dificuldade do diagnóstico, pois o eletroencefalograma, tomografia, ressonância magnética e até mesmo a testagem do cariótipo podem acusar resultados dentro da normalidade.

Assim, para que haja um diagnóstico mais seguro, é importante que o exame de DNA seja realizado. Uma pediatra da rede pública solicitou que o paciente fosse acompanhado pela APAE de São José dos Campos - SP, organização que forneceu diversas informações, apoio, e inclusive o encaminhamento para a realização do exame de DNA. A partir do diagnóstico da SXF, os demais familiares também realizaram o exame, sendo possível diagnosticar outros dois com a mutação, e

cinco pré-mutados. A família relata que após o diagnóstico, a APAE continuou a trabalhar com os pacientes, visando incentivar ao máximo o desenvolvimento intelectual. A única mulher portadora da mutação na família possui poucas limitações, evidenciadas quando fica abalada ou é confrontada.

Diante disso, a família procurou o SUS, que oferece consultas com psicólogo e psiquiatra para todos, além da maioria dos medicamentos. Ao mesmo tempo, a família relata que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi essencial em suas vidas, visto que a visita domiciliar oferecida pelo programa substituiu muitas de suas idas à UBS, visto que o paciente portador pode não se sentir bem em locais cheios, melhorando, assim, sua qualidade de vida.

Conclusão

Os casos de Síndrome do X frágil acompanhados pela ESF Eugenio de Melo, tornaram possível o pré-diagnóstico em outros pacientes nesta área, pois os portadores dessa síndrome possuem características em comum. Simultaneamente, os profissionais envolvidos na ESF realizam visitas domiciliares periódicas para acompanhamento de rotina, que sem o programa seria realizado na própria Unidade, por isso, tão essenciais às famílias.

Dessa forma, percebe-se a importância que deve ser dada à SXF, e criou-se a necessidade, além dos profissionais da área de saúde, da própria população tomar conhecimento da Síndrome.

Referências

Manual do Programa Integrador – Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – Humanitas. São Paulo, 2018.

Toralles MBP, Veiga MF. A expressão neurológica e o diagnóstico genético nas síndromes de Angelman, de Rett e do X-Frágil. J. Pediatr. 2002; Vol. 78: S60. Salvador- BA. [Acesso em 20 Ago 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78s1/v78n7a09.pdf>

Veiga, Toralles; 2002

UTILIZAÇÃO DE *Bidens pilosa* NA MEDICINA POPULAR E EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Diego Hamzagic Mendes¹
diego-mendes@uol.com.br

Greicy Mara Mengue Feniman de Stefano²
greicy.stefano@humanitas.edu.br

¹Acadêmico de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC - Humanitas

²Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC - Humanitas

Resumo: A família Asteraceae, distribuída em quase todo o globo terrestre, possui um representante de destaque: o gênero *Bidens*, devido a seu potencial farmacológico. Dentre as 772 espécies desse gênero, a *Bidens pilosa* destaca-se por apresentar um grande número de metabólitos. A literatura a respeito do tema demonstra que esse uso popular é sustentado por estudos químicos e farmacológicos que corroboram de alguma maneira o uso da erva para inúmeras enfermidades. A ação farmacológica da planta se deve a seus metabólitos secundários, dos quais mais de 200 substâncias já foram isoladas da planta. A esses compostos, são atribuídos usos tais como anti-inflamatório, para reumatismo, asma e conjuntivite. Populações de áreas rurais utilizam a *B. pilosa* para uma variedade de doenças incluindo dores, febre, angina, diabetes, edema, infecções e inflamações. Os estudos realizados com a utilização dos extratos apontam segurança. A *Bidens pilosa* devido as suas características químicas e ampla distribuição em território nacional pode ser considerada como uma planta de interesse farmacológico.

Palavras-chave: *Bidens pilosa*, medicina popular, ação farmacológica.

Introdução

A família Asteraceae é distribuída em quase todo o globo terrestre e é muito conhecida por apresentar plantas que são muito utilizadas para a confecção de fármacos, bem como na medicina tradicional. Desta família, destaca-se o gênero *Bidens*, o qual compreende cerca de 772 espécies com ampla distribuição em diversos habitats, sendo a espécie *Bidens pilosa*, a que se sobressai devido ao grande número de metabólitos característicos e suas atividades biológicas reportadas através de análises em extratos da planta¹.

A *Bidens pilosa*, no Brasil, também é conhecida também como picão-preto, amor-seco, amor-de-burro, carrapicho, carrapicho-de-agulha, carrapicho-de-cavalo, carrapicho-de-duas-

pontas, carrapicho-picão, coambi, cuambú, erva-picão, espinho-de-agulha, fura-capá,

goambu, macela-do-campo, paco, paconca, pau-pau, pega-pega, picacho, picacho-negro, picão-amarelo, picão-do-campo, pico-pico, piolho-de-padre, dentre outras denominações dadas pelas populações que habitam as regiões onde se encontra esta planta². O nome *Bidens pilosa* vem do latim, em que “Bidens” significa dois dentes, referindo-se às características das projeções de seus dois frutos simples, secos, aquênios (pequenos) e “pilosa” devido à presença de pelos nas suas estruturas brácteas (foliáceas)². A planta pode ter se originado na América do Sul e se espalhado para o resto do globo¹, e, conforme publicado no Panorama Fitossanitário da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), a *Bidens pilosa* está presente nas regiões tropicais, principalmente nas áreas agrícolas produtoras, sendo considerada uma praga invasora de culturas anuais, bem como de culturas perenes³. Também é encontrada em regiões subtropicais no mundo, e, no Brasil está presente em praticamente todo o território⁴.

Interesse Farmacológico

Os compostos químicos de interesse farmacêutico nos vegetais são oriundos do metabolismo secundário dos mesmos. Os metabólitos secundários têm como características a biossíntese de micromoléculas com diversidade e complexidade estrutural, produção em pequena escala, distribuição restrita e especificidade, e que possuem funções específicas, tais como papel adaptativo ao meio, defesa contra herbívoros e microorganismos, proteção contra raios UV, atração de polinizadores e animais dispersores de sementes⁵.

Os principais metabólitos secundários da *B. pilosa* são flavonoides e poliacetilenos. Foram relatadas cerca de 200 substâncias isoladas da planta, das quais destacam-se, além dos flavonoides e poliacetilenos, a presença de esteroides, terpenos, hidrocarbonetos alifáticos, álcoois, ácidos carboxílicos, derivados do ácido benzoico, aldeídos, cumarinas e outras classes de fenilpropanóides, porfirinas, substâncias sulfuradas e nitrogenadas⁶. Entre os flavonoides incluem-se as chalconas e auronas⁶. Normalmente as chalconas possuem cinco hidroxilas, às vezes são glicosadas. Outros flavonoides também são encontrados, como por exemplo, as flavinas tri- e tetra-hidroxiladas, luteolina e apigenina, as chalconas tetra- e penta-oxigenadas, quercentina, alguns derivados hexa-oxigenados de quercetina como a centaureína e sua aglicona, centaureidina. Existem ainda diversos compostos terpenóides nos extratos da planta. Estudos evidenciaram a presença de terpenóides lineares (fitol, squaleno e β -

caroteno), sesquiterpenóides e triterpenóides. A ação farmacológica dos

extratos de *B. pilosa*, na maioria dos estudos, está associada à identificação de diversas substâncias de interesse, principalmente os poliacetilenos e flavonoides, justificando os efeitos observados com o uso da erva. Porém, há extensa variação dessas substâncias de um estudo para o outro, o que demonstra que a espécie possui larga variedade química, sendo muito complicada a definição de um marcador químico padrão para cada uso medicinal^{1,6}.

A *B. pilosa* é utilizada na medicina tradicional, e, em geral tem suas folhas empregadas frescas ou em decocção¹. Na Martinica, o decocto de toda a planta é utilizado por seus efeitos anti-inflamatórios e hipoglicêmicos. Na China é muito usada como ingrediente de chás ou na medicina tradicional chinesa para o tratamento de várias enfermidades como, por exemplo, diabetes, inflamações, enterites, disenteria bacilar e faringite. No Brasil é utilizada pelos índios e povos de áreas rurais para uma variedade de doenças incluindo dores, febre, angina, diabetes, edema, infecções e inflamações^{7,8,9}. Na Amazônia brasileira e regiões do sul do Brasil as soluções hidroalcoólicas de raízes de picão- preto são também consideradas para o tratamento de malária e em alguns tumores^{1,10,11}.

Os usos medicinais da *B. pilosa* não são apoiados sobre registros clínicos, usos descritos em farmacopeias ou documentos oficiais. Apenas a infusão das folhas tem reconhecimento no tratamento de icterícia⁶, porém, algumas propriedades medicinais da *B. pilosa* têm apoio em evidências científicas: o extrato, por exemplo, é reconhecido como anti- inflamatório, apoiando os usos tradicionais para reumatismo, asma e conjuntivite⁶. O uso popular contra a Malária foi estudado e de maneira experimental os resultados foram satisfatórios⁶. Também as propriedades hipotensora e antipirética, antialérgica, cicatrizante, antibactericida, antifúngica, antiúlcera e hepatoprotetora foram estudadas demonstrando com bases científicas as relações da erva com o tratamento de inúmeras doenças atestando alguns dos usos populares^{1,2,7,8,11,12,13}. Ademais, os estudos com extratos de *B. pilosa* mostraram atividades anti-hiperglicêmicas, anti-hipertensivas, antiulcerogênicas, antipiréticas, hepatoprotetivas, imunossupressoras, antiinflamatórias, anti-leucêmica, antimalárica, antibactericida, antioxidante e efeitos antitumorais¹⁴. As partes aéreas da *B. pilosa* apresentaram atividade protetora contra agentes que deflagram úlcera gástrica. O extrato reduziu o volume de suco gástrico, a secreção gástrica e a secreção de pepsina também foram reduzidas em ratos com piloro ligado. Também foi verificada a atividade contra a ulceração induzida por indometacina e ação inibitória de hemorragia gástrica provocada pelo etanol¹⁵.

Quanto à toxicidade, o uso da *B. pilosa* na medicina popular e os estudos com a utilização de seus extratos, apontam segurança. Os valores de toxicidade apurados em estudos em camundongos demonstraram que as doses terapêuticas, substancialmente mais baixas não oferecem perigos^{6,16}.

Conclusão

A *Bidens pilosa* pode ser considerada segura e seus diversos compostos trazem potencial de utilização clínica para a planta, que pode conter inúmeros princípios ativos e compostos capazes de ajudar no tratamento de diversas doenças, acometendo diferentes tipos de células e ações de proteção para diversos sistemas no organismo humano.

Referências

1. Bartolome AP, Villaseñor IM, Yang WC. *Bidens pilosa* L. (Asteraceae): Botanical properties, traditional uses, phytochemistry and pharmacology. Evidence Based Complementary and Alternative Medicine; 2013. p. 1-51.
2. Kumari P, Misra K, Sisodia BS, Faridi U, et al. Planta Med. [Internet]. 2009 [acesso em 2018 mai 20]; A promising anticancer and antimalarial component from the leaves of *Bidens pilosa*.1: p. 59-61. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19031368> >.
3. Grandi TSM. Tratado das plantas medicinais:[Internet] minerais, nativas e cultivadas. Belo Horizonte: Adaequatio Estúdio; 2014 [acesso em 2018 mai 20]; 249-52. Disponível em: < https://plantasmedicinasmineiras.files.wordpress.com/2014/11/tratado_plantas_medicinais_pagina2.png >.
4. Ministério da Saúde. Monografia da Espécie Bidens Pilosa (Picão-preto) – [Internet] Brasília: Ministério da Saúde e ANVISA; 2015 [acesso em 2018 mai 20]; p.85. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/11/Monografia-Bidens.pdf> >.
5. Santos RI. Metabolismo básico e origem dos metabólitos secundários. In: Simões CMO, Schenkel EP, Gosmann G, et al. Farmacognosia: da planta ao medicamento. 2ª. ed. Florianópolis: Universidade/UFRGS/Editora da UFSC, 2000, p.323-54.
6. Gilbert B, Alves LF, Favoreto R. *Bidens pilosa* L. Asteraceae (Compositae; subfamília Heliantheae) – Revista Fitos [Internet]. 2013 jan mar [acesso em 2018 mai 28]; 8(1): 1-72. Disponível em: < <http://revistafitos.far.fiocruz.br/index.php/revista-fitos/article/view/194/174> >.
7. Hsu YJ, Lee TH, Chang CL, Huang YT, Yang WC. Anti-hyperglycemic effects and mechanism of *Bidens pilosa* water extract. Journal of Ethnopharmacology, [Internet]. 2009 [acesso em 2018 jun 16]; 122(2); 379-83. Disponível em: < http://www2.fcfar.unesp.br/Home/ComitedeEtica/CEPHumanos/28_2011_artigo2.PDF >.

8. Yang H, Chen S, Chang N, Chang J, et al. Protection from oxidative damage using *Bidens pilosa* extracts in normal human erythrocytes. *Food and Chemical Toxicology* [Internet]. 2006 [acesso em 2018 mai 22]; 44: 1513-21. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278691506000925?via%3Dihub> >.
9. Chang CLT, Liu HY, Kuo TF, Hsu YJ, Shen MY, et al. Anti-diabetic effect and mode of action ocytopiloyne. *Evidence-Based Complementary and alternative Medicine* [Internet]. 2013 [acesso em 2018 mai 25]; 1-13. 2013:685642.1-13. doi: 10.1155/2013/685642. Epub 2013 Mar 13. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610345/> >.
10. Alvarez L, Marquina S, Villareal ML, Alonso D, et al. Bioactive polyacetylenes from *Bidens pilosa*. *Planta medica* [Internet]. 1996 [acesso em 2018 mai 28]; 62:355-7. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8792670> >.
11. Andrade-Neto VF, Brandão MG, Oliveira FQ, Casali VW, et al. Antimalarial activity of *Bidens pilosa* L. (Asteraceae) ethanol extracts from wild plants collected in various localities or plants cultivated in humus soil. *Phytotherapy Research* [Internet] . 2004 [acesso em 2018 mai 23]; 18: 634–9. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/ptr.6188> >.
12. Wu L, Chiang Y, Chuang H, Wang S, Yang G, et al. Polyacetylenes function as anti-angiogenic agents. *Pharmaceutical Research* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 mai 26]; 21(11); p.2112-9. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15587935> >.
13. Sundararajan P, Dey A, Smith A, Doss AG, Rajappan M, Natarajan S. Studies of anticancer and antipyretic activity of *Bidens pilosa* whole plant. *African Health Sciences* [Internet]. 2006 [acesso 2018 mai 30]; 6: 27-30. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1831956/pdf/AFHS0601-0027.pdf> >.
14. Silva FL, Fischer DCH, Tavares JF, Silva MS, Athayde-Filho PF, Barbosa-Filho JM. Compilation of Secondary Metabolites from *Bidens pilosa* L. – *Molecules* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 mai 30]; 16(2):1070 -102. Disponível em: < <https://www.mdpi.com/1420-3049/16/2/1070> >.
15. Alvarez A, Pomar F, Sevilla MA, Montero MJ. Gastric antisecretory and antiulcer activities of an ethanolic extract of *Bidens pilosa* L. var. radiata Schult. Bip. *Journal of Ethnopharmacology* [Internet]. 1999 [acesso em 2018 mai 25]; 67: 333–40. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378874199000926?via%3Dihub> >.
16. Frida L, Rakotonirina S, Rakotonirina A, Savineau JP. In vivo and in vitro effects of *Bidens pilosa* L. (Asteraceae) leaf aqueous and ethanol extracts on primed- oestrogenized rat uterine muscle. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines* [Internet]. 2008 [acesso em 2018 mai 28]; 5: 79-91. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2816591/> >.

HIPERTENSÃO E EDUCAÇÃO COMO INTERVENÇÃO NA SAÚDE

JuliaMaríliadeSouzaLara¹
julia_mlara@yahoo.com.br

AnaFlaviadoNascimentoGuardiano¹
Elisangela Marques Borges¹

Estevão Piolo Barci¹
Leonardo Salmaso Jannis¹
MarcelaFrancoRios¹
Marcelo Mayer Schmidt¹
Paula FernandaSoares¹

TainaraKawanedeSouzaTakemura¹
MariaMargareteSilva Galdieri²
Alessandra Lorenti Ribeiro³

¹Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

²Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC- Humanitas

³Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

Resumo: Os alunos do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas Humanitas iniciaram as atividades na Estratégia de Saúde da Família Campos de São José e se depararam com a Hipertensão Arterial como doença de maior prevalência no território. Concluíram que a melhor forma de adesão ao tratamento seria Educação em Saúde. Com isto, decidiram elaborar uma cartilha com foco nos fatores de risco direcionando ao auto cuidado do portador de Hipertensão.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial, educação em saúde, adesão ao tratamento.

Introdução

O Programa Integrador da Faculdade Humanitas inserido na Estratégia da Saúde da Família (ESF) do Campos de São José no município de São José dos Campos/SP, visa desenvolver os eixos: atenção individual a saúde, atenção coletiva, gestão e educação em saúde; a fim de sedimentar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e alcançar maneiras de orientar os cuidados na saúde pela população.

Os alunos iniciaram as atividades em Março de 2018 e após contato com o cotidiano da unidade, visitas realizadas às famílias e a territorialização, perceberam a prevalência da hipertensão nessa população. Observaram e identificaram a importância da educação em saúde, como processo de conscientização para melhoria da qualidade de vida da população.

Com isso, refletiram sobre possíveis estratégias para melhorar a adesão aos tratamentos medicamentosos e não medicamentosos, favorecendo o processo de autonomia do

O material foi elaborado para distribuição na comunidade, em salas de espera, reuniões de grupo e outras ações educativas. Esperamos também que auxilie a equipe de saúde da ESF do Campos de São José, na melhoria da adesão ao tratamento da população portadora da HAS.

O que é hipertensão ???

A pressão alta é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Ela acontece quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg (ou 14/9). A pressão alta faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer com que o sangue seja distribuído corretamente no corpo. É um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral, infarto, aneurisma arterial e insuficiência renal e cardíaca. Os sintomas da hipertensão costumam aparecer somente quando a pressão sobe muito: podem ocorrer dores no peito, dor de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada e sangramento nasal.

Fatores de risco para a hipertensão

- Histórico Familiar**: O risco de desenvolver o problema é maior se os pais ou parentes próximos tiverem a doença.
- Estresse**: A insatisfação, preocupação e nervosismo contribuem para a hipertensão arterial e doenças do coração.
- Idade Avançada**: Com o envelhecimento, os vasos sanguíneos perdem a elasticidade, podendo aumentar a pressão no sistema cardiovascular.
- Gênero**: Os homens são mais propensos do que as mulheres a desenvolver pressão arterial alta até os 50 anos. Após a menopausa, o risco maior recai sobre as mulheres.
- Excesso de Sal**: O sal retém água no organismo, aumentando a carga sobre o coração. O que pode desenvolver o quadro de hipertensão.
- Sobrepeso/Obesidade**: Peso extra significa mais esforço para o coração. Isso também favorece uma maior pressão sanguínea.
- Álcool e Cigarro**: O consumo do álcool e do cigarro ocasiona aumento na pressão arterial, contribuindo para insuficiência cardíaca, batimentos cardíacos irregulares e AVC.

Figura 2: elaboração própria baseada no site do Ministério da Saúde e no livros^{1,2,3}.

Conclusão

A vivência dos alunos no cenário real de trabalho motivou a busca pelo conhecimento e possibilitou a aprendizagem significativa.

Ao mesmo tempo a construção do material educativo contribuiu com a equipe e o serviço uma vez que promove educação em saúde, um dos eixos da Atenção Primária à Saúde.

Referências

1. Ausiello D, Goodman L. CECIL: Medicina Interna. 22ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier;2005.
2. Lopes JMC, Gusso G, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, Formação e Prática. v.2. Porto Alegre: Artmed; 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial/Pressão alta. [homepage da Internet] 2013 [acesso em 2018 nov 20]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>.

ACÇÃO ANTICOAGULANTE DO *GINKGO BILOBA*

Juliana Fernandes de Almeida¹

juju_p4@hotmail.com

Greicy Mara Mengue Feniman de Stefano²

¹Acadêmica de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC- Humanitas

²Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos- FCMSJC-Humanitas

Resumo: O consumo da planta *Ginkgo biloba* tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, devido, em parte, ao aumento pela busca de alternativas aos medicamentos convencionais e à sua indicação de ser um medicamento para melhora da memória. Essa procura de *Ginkgo biloba*, por ser um medicamento fitoterápico, pode estar relacionada a uma crença equivocada de que o mesmo é desprovido de efeitos adversos ou potenciais interações medicamentosas. O uso do *Ginkgo biloba* é indicado, principalmente, para aumento das capacidades cognitivas e de concentração, porém, podem ocorrer interações medicamentosas do *Ginkgo biloba* com outros medicamentos, principalmente com os anticoagulantes e/ou antiplaquetários, envolvendo a cascata de coagulação, e podendo causar hemorragias, devido ao aumento da fluidez sanguínea causada por esses medicamentos. O objetivo do presente trabalho foi mostrar essa possível interação medicamentosa e a necessidade de precaução quando do uso concomitante desses medicamentos.

Palavras-chave: fitoterápico, *Ginkgo biloba*, anticoagulante.

Introdução

A utilização de fitoterápicos tem aumentado, cada vez mais, nos últimos anos, seja pela maior demanda populacional, custo ou possibilidade da extração do princípio ativo das plantas.

O *Ginkgo biloba* tem como principais ações terapêuticas o aumento das capacidades cognitivas e de concentração. Hoje em dia, a proliferação de produtos à base desta planta no mercado mundial é visível, bem como o aumento da sua procura, que pode ser explicada pelo crescente interesse por parte da população em procurar, nas plantas medicinais, uma alternativa aos medicamentos convencionais, derivados de síntese química, partindo muitas vezes do pressuposto que, da ação de uma planta no organismo, não poderão advir efeitos nocivos, dada a sua origem natural¹.

Ignorar o potencial para efeitos adversos e a possibilidade de interações

medicamentosas do *Ginkgo biloba*, pode fazer com que sua utilização não obedeça aos princípios da utilização racional dos medicamentos. Portanto, o objetivo desse trabalho é mostrar quais são os efeitos adversos advindos principalmente de interação medicamentosa com os anticoagulantes, em especial, a varfarina.

Material e Métodos

Foi realizada revisão de artigos publicados nas bases de dados Medline/PubMed utilizando as palavras-chaves “(*Ginkgo biloba* AND anticoagulante AND varfarina)”.

Resultados e Discussão

Uma das mais antigas formas de tratamento é a utilização de plantas com fins medicinais para profilaxia, prevenção e cura de doenças. Os fitoterápicos são formados por misturas complexas de vários compostos químicos, os quais podem ser responsáveis por diversas ações, tendo, inclusive efeitos sinérgicos ou antagônicos com outros medicamentos. Alguns fitoterápicos possuem efeitos adversos desconhecidos, devido à isso, cabe-se o estudo para análise de potenciais interações medicamentosas. Interações entre componentes químicos presentes em plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos podem causar alterações nas concentrações plasmáticas de outros fármacos em uso concomitante, mudando assim, seus perfis de eficácia ou segurança, afetando os processos de distribuição, absorção, metabolismo e excreção, resultando na redução ou ampliação do efeito esperado².

A planta *Ginkgo biloba* foi considerada extinta durante muito tempo, até ser redescoberta numa província da China e, a partir desse momento protegida e plantada em grande escala, difundindo-se pelos diferentes continentes. É uma árvore de grandes dimensões, tendo em média entre vinte e trinta metros de altura, podendo atingir cerca de cinquenta metros. Preparações medicamentosas derivadas desta planta estão entre os medicamentos fitoterápicos mais prescritos, sendo utilizadas para uma série de doenças como problemas de concentração, tonteiras, zumbidos, cefaleias e particularmente, distúrbios cognitivos¹.

O extrato de *Ginkgo biloba*, denominado EGb761, contém porcentagens específicas de glicosídeos de ginkgoflavonas (24%) e terpenóides (6%), dentre estes últimos os bilobalídeos e os ginkgolídeos A, B, C, M e J³. O *Ginkgo biloba* L. promove o incremento do suprimento sanguíneo cerebral através da vasodilatação e redução da viscosidade sanguínea, além de reduzir a densidade dos radicais livres de oxigênio nos tecidos nervosos. Os ginkgolídeos, especialmente o ginkgolídeo B, inibem o Fator de Ativação Plaquetária (PAF), potencializando

os parâmetros hemodinâmicos como o aumento do fluxo sanguíneo, por meio da diminuição da viscosidade sanguínea e da agregação eritrocitária. *Ginkgo biloba* L. reduz a progressão da demência, provavelmente por reduzir a infiltração de neutrófilos e a peroxidação lipídica, aumentando o fluxo sanguíneo antagonizando o PAF e modificando o metabolismo neuronal. A fração de flavonóides é responsável pelo aumento da inibição da recaptação de serotonina, facilitando a transmissão colinérgica e alfa-adrenérgica e estimulando a recaptação de colina no hipocampo. A ação neuroprotetora está relacionada com a inibição da síntese do óxido nítrico⁴.

O extrato seco de *Ginkgo biloba* não deve ser utilizado antes de cirurgias do trato gastrointestinal, por pacientes que apresentam desordens hemorrágicas ou de risco de hemorragia intracraniana, pois seu fitocomplexo pode contribuir para a ocorrência de hemorragias. A utilização por crianças menores de 12 anos também é contra-indicada².

O principal uso do *Ginkgo biloba* é no tratamento da disfunção cerebral. Os fabricantes de medicamentos que tenham em sua composição *Ginkgo biloba*, o recomendam para o declínio cognitivo relacionado à idade e para retardar o progresso de distúrbios neurodegenerativos, como a doença de Alzheimer e outras formas de demência⁵.

Funções de controle cognitivo, isto é, flexibilidade cognitiva, manutenção de objetivos, inibição de respostas habituais ou impulsivas ou memória prospectiva, sofrem declínio na velhice. O córtex pré-frontal (CPF) desempenha um papel central nas funções de controle cognitivo; pacientes com idades entre 50 e 65 anos, que receberam extrato padronizado de *Ginkgo biloba* EGb761[®] apresentaram um melhor desempenho cognitivo após 58 dias de tratamento⁶.

O extrato de folhas de ginkgo é relativamente seguro para o consumo, embora alguns efeitos colaterais tenham sido relatados, isto é, distúrbios gastrointestinais, dores de cabeça, tontura, reações alérgicas na pele, casos de hemorragia subaracnóide, hematoma subdural, hemorragia intracerebral, hematoma subfrênico, hemorragia vítrea e sangramento pós-operatório^{4, 7}.

O uso concomitante de medicamentos fitoterápicos à base de *Ginkgo biloba* com anticoagulantes e/ou antiplaquetários pode aumentar o risco de complicações hemorrágicas, já que estes medicamentos aumentam a fluidez sanguínea. Entre os anticoagulantes, o mais usado é a varfarina. A interação do *Ginkgo biloba* com esse fármaco ocorre através da inibição do Fator de Ativação Plaquetária (PAF) da cascata de coagulação. A cascata de coagulação

começa através de duas vias, que são as vias extrínsecas (sistema de lesão endotelial) e intrínsecas (sistema de contato), sendo que em um determinado momento elas se encontram, formando a via comum. Ambas as vias resultam na ativação do fator X para Xa, o qual então converte a protrombina em trombina. O fator Xa, em presença de Ca^{2+} , fosfolipídeos e fator Va, ativa a protrombina em trombina, a principal enzima da cascata. O sangue coagula em decorrência da transformação do fibrinogênio solúvel em fibrina insolúvel pela enzima trombina^{8,9}.

Conclusão

O *Ginkgo biloba* é um dos medicamentos fitoterápicos de maior utilização em todo o mundo. Suas indicações para melhora de desempenho cognitivo contribuem para um maior uso e há a necessidade de maiores estudos tanto sobre os seus potenciais benefícios quanto para a possibilidade de ocorrência de efeitos adversos e interações medicamentosas com outros fármacos cujos mecanismos afetem a coagulação sanguínea.

Referências

1. Pereira JR. *Ginkgo biloba*: Aplicações Terapêuticas e Produtos no Mercado [dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2013 [2018 set 19]. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/32197/1/Monografia%20Joana%20Pereira.pdf>.
2. Carvalho JI, Rocha MS. Interações Medicamentosas dos fitoterápicos *Ginkgo biloba*, *Panax ginseng* e *Hypericum perforatum* com medicamentos alopáticos. Revista Oswaldo Cruz [internet]. 2016 [2018 set 19]. 3 (10). Disponível em: http://revista.oswaldocruz.br/Content/pdf/Edicao_10_Carvalho_Jose_Ivam.pdf.
3. Do Carmo Filho A, Fakoury M, Ferry FR. *Ginkgo biloba* e memória – revisão sistemática. Rev Bras. Geriatr. Gerontol [Internet]. 2010 [2018 set 30]; 13 (1): 145 – 52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n1/a15v13n1.pdf>.
4. Tebonin *Ginkgo biloba* L. – Extrato EGb 761 medicamento fitoterápico [Bula de medicamento na Internet]. Responsável técnico: Carla A. Inpossinato – CRF-SP nº 38.535. Jaguariúna: Takeda Pharma Ltda; 2016 [2018 out 1]. Disponível em: https://www.takeda.com/siteassets/ptbr/home/whatwedo/produtos/tebonin_te00_rdc_95_1016.pdf.

5. Birks J , Grimley Evans J. *Ginkgo biloba* para comprometimento cognitivo e demência. Cochrane Database Syst Rev [internet]. 2007 [2018 set 17]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160216>.
6. Beck SM et al. Efeitos do extrato de *Ginkgo biloba* EGb 761® nas funções de controle cognitivo, atividade mental do córtex pré-frontal e reatividade ao estresse em adultos idosos com comprometimento subjetivo da memória - um estudo randomizado duplo-cego controlado por placebo. Hum Psychopharmacol [internet]. 2016 [2018 set 29]; 31 (3): 227-242. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5084772/>.
7. Mahadevan S, Park Y. Benefícios Terapêuticos Multifacetados do *Ginkgo biloba* L.: Química, Eficácia, Segurança e Usos. Journal of food science [internet]. 2007 [2018 set 30]. 73 (1): 14 – 19. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1750-3841.2007.00597.x>.
8. Rang HP et al. Farmacologia. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p. 294 - 298.
9. Klack K, Carvalho JF. Vitamina K: metabolismo, fontes e interação com o anticoagulante varfarina. Rev. Bras. Reumatol [internet]. 2006 [2018 set 19]. 46 (6): 398-406. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

O MAPEAMENTO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA FORMAÇÃO MÉDICA: A EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DE MEDICINA

Karolina Garcêz Silva e email: karol-garcez@hotmail.com¹

Camila Mozart de Jesus Ferreira e email¹

Diego Hamzagic Mendes¹

Fernanda Gabriela Soares Elias¹

Fernanda Melani Dias Ferreira¹

Gisele Parreira Brianezi¹

Lais Gabrielle Xavier Guedes¹

Marcela Bartolomeu Cantini¹

Marcella Hasmann Lanzoni¹

Marília Machado Pereira¹

Nathalia Gregorio Barbosa Tavares¹

Fatima Arthuzo Pinto²

Alessandra Lorenti Ribeiro³

¹Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas - karol-garcez@hotmail.com

²Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC- Humanitas

³Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

Resumo: As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Graduação em Medicina vêm acompanhando o novo contexto das políticas públicas em saúde, buscando formar profissionais críticos, reflexivos, com uma visão integral do processo saúde-doença e com práticas humanizadas da assistência à saúde individual e coletiva. Sendo assim, o objetivo do estudo é relatar a experiência de um grupo de alunos através da construção do mapa de uma determinada área de saúde de uma Unidade de Saúde da Família durante o período de inserção dos mesmos na rede de Atenção Primária de saúde do município pelo Programa Integrador da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – HUMANITAS, em parceria com a Secretaria de Saúde do Município. A atividade proporcionou uma integração entre os componentes do grupo e facilitou uma análise crítica da situação encontrada, além de começarem a propor ações voltadas para o espaço analisado. Clareou-se sobre o grupo a real importância do assunto como ferramenta para diagnóstico e planejamento das atividades de promoção e prevenção da saúde. O mapeamento é parte importante do processo de territorialização, pois, informações relevantes sobre a comunidade e gerenciamento da unidade são sinalizadas no mapa deixando de maneira visual dados que serão considerados para o fortalecimento e consolidação das

práticas em saúde. Além disso, permite ao aluno atuar com criatividade e senso crítico sobre sua prática e que respondam às necessidades da comunidade.

Palavras-chave: Estratégia saúde da família, Território e Mapeamento.

Introdução

Durante décadas observou-se a falta de efetividade para com o atendimento das demandas de saúde da população, uma vez que questões relacionadas à saúde do indivíduo eram reduzidas a uma dimensão biológica, intervencionista e medicalizante. Tal situação levou a integralidade e a equidade como sendo os pilares fundamentais para a implantação de uma política pública de saúde que efetivasse as demandas de saúde da população (NASCIMENTO, 2010).

Diante desse cenário e acreditando em um modelo de atenção à saúde que atenda às necessidades das pessoas e comunidades, surge a necessidade de buscar um modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) que as garantisse. Com isso a APS no Brasil, pautada nessas mudanças, se contextualizou com a implantação do Programa Saúde da Família, sendo atualmente, uma estratégia permanente e contínua (MACHADO et al, 2007).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Graduação em Medicina vêm acompanhando a esse novo contexto das políticas públicas em saúde, buscando formar profissionais críticos, reflexivos, com uma visão integral do processo saúde-doença e com práticas humanizadas da assistência à saúde individual e coletiva. Dessa forma, a Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – HUMANITAS – a fim de contribuir para a formação de profissionais da saúde pautados em uma prática ampliada, insere dentro sua estrutura curricular do curso de Medicina, o Programa Integrador (PI), o qual possibilita aos estudantes, desde o início do curso, o desenvolvimento de competências profissionais a partir de vivências em contextos reais de ensino-aprendizagem, promovendo assim, a integração entre processo de ensino e produção de saúde. Dentre as atividades a serem desenvolvidas pelos alunos na Unidade de Saúde da Família é reconhecer o território, por meio da construção do mapa de saúde, permitindo visualizar as famílias em seu espaço físico e social.

O objetivo é relatar a experiência de um grupo de alunos através da construção do mapa de uma determinada área de saúde de uma Unidade de Saúde da Família durante o período de inserção dos mesmos na rede de Atenção Primária de saúde do município pelo Programa Integrador em parceria com a Secretaria de Saúde do Município.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo tipo relato de experiência, o qual realizou-se através da construção do mapeamento da área de abrangência da Unidade de Saúde em que os alunos encontravam-

se pelo Programa Integrador. Buscando assim, propiciar uma relação direta entre teoria e prática, como estratégia de aprendizagem significativa, visando a busca de soluções.

Resultados e Discussão

A proposta da construção do mapa no segundo período do curso de Medicina foi inicialmente pouco compreendida, porém após a leitura dos artigos e a discussão coletiva sobre a importância do mapeamento como um importante instrumento da leitura da realidade local, foi possível compreender a aceitação dos mesmos. Conforme o mapa foi sendo construído com a identificação e localização de suas famílias com seus recursos locais, a representação de como veia a situação do território tornou-se evidente.

A atividade proporcionou uma integração entre os componentes do grupo e facilitou uma análise crítica da situação encontrada pelos alunos, além de começarem a propor ações voltadas especificamente para o espaço analisado. Tornou-se mais fácil a percepção de que os casos que demandam maior atenção da equipe devido ao maior risco aos usuários do sistema de saúde e que necessitam de maior cuidado das equipes, são informações sinalizadas no mapa dentro do processo de territorialização da UBS.

Uma das diretrizes do SUS que está fortemente associada a territorialização é a descentralização, o que também foi percebido pelos estudantes, pois a unidade de saúde em questão é afastada do centro da cidade e abrange mais de vinte mil pessoas.

Clareou-se então, sobre o grupo a real importância do assunto abordado em um dos artigos, que falava sobre o uso da cartografia como ferramenta para diagnóstico e planejamento das atividades de promoção e prevenção da saúde. Alguns ressaltaram o olhar político referente a territorialização o qual se refere a um espaço geográfico delimitado, onde o Estado busca organizar o território com determinada finalidade.

Conclusão

O mapeamento é parte importante do processo de territorialização, pois, informações como o tipo de enfermidade nos domicílios, apontamento de casos de maior risco, necessidades especiais, dentre uma gama de outras informações relevantes ao gerenciamento da unidade são sinalizadas no mapa deixando de maneira visual dados que serão levados em conta no processo de gerenciamento do local.

A compreensão do mapeamento como ferramenta de fortalecimento e consolidação das práticas em saúde, permite ao aluno atuar com criatividade e senso crítico sobre sua prática e que respondam às necessidades da comunidade.

Referências:

1. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. [Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. [Internet]. Brasília; 2001. [cited 28 July 2018]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.
2. Rodrigues Gil C. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 [cited 28 July 2018]; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>.
3. Goldstein RA et al. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2013 [cited 30 July 2018];(18):45-56. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63025587006>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília; 2006 [cited 2018 July 30]. Disponível em:
5. Alencar Neves RTN de. Mapeamento do Território coberto pela USF Adelmo Alves Terto no município de São José do Belmonte. (Monografia Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde). Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2011. Available from: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011neves-rtna.pdf>.
6. Pereira MP, Barcellos C. O território no Programa de Saúde da Família. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde Hygeia. [Internet]. 2006. [cited 29 Jul 2018]; 2(2):47-59. [Available from]: <https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1212>.
7. Santana PMA de. A importância do mapeamento no processo de territorialização. Anais do 13º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. 2013 [Internet]. [cited 29 Jul 2018]; p.168. [Available from: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/producao_cientifica/Anais_CBMFC_2015_lume.pdf
8. Souza CFT, et al. A Atenção Primária na Formação Médica: a Experiência de uma Turma de Medicina. Rev. Brasileira de Educação Médica [Internet]. 2013 [cited 29 Jul 2018]; (3):448-454. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n3/18.pdf>.
9. Stella RCR, Puccini RF. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina [Internet]. São Paulo: Unifesp; 2008 [cited 2018 July 30]; p.53-69. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
10. Souza DMd. Mapeamento do Território coberto pela equipe de saúde da família Rio Manso/ Couto de Magalhães de Minas Gerais [internet]. 2015. [cited 2018 July 28].: Available from: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Mapeamento_do_territorio_coberto.pdf
11. Pekelman R, Santos A A. Território e lugar - espaços de complexidade. [internet]. 2009. [cited 2018 July 28]. Available from: http://escoladegestores.mec.gov.br/site/8_biblioteca/pdf/texto01_territorio_e_lugar.pdf.

UMA BREVE DISCUSSÃO SOBRE GENGIBRE

Laís Rangel Tsujimoto (lais.tsujimoto@gmail.com)¹

Júlio César Graves²

Greicy Mara Mengue Feniman De Stefano³

¹Acadêmico de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

²Doutorando em sistemas e controle do Instituto Tecnológico da Aeronáutica - ITA

³Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

Resumo: Uma breve discussão sobre gengibre é apresentada: da classificação botânica até algumas indicações terapêuticas. Inicialmente, apresentou-se a tendência dos temas fitoterápicos e gengibre na pesquisa médica. Na sequência, discute-se a importância do gengibre na cultura oriental e seus principais produtores. Seu rizoma, flores e folhas apresentam mais de 400 componentes com propriedades terapêuticas. Entender essas propriedades e seus mecanismos de ação são necessários para decidir o melhor plano terapêutico. A propriedade apresentada em destaque é a volatilidade. Por último, discute-se a aplicação do gengibre como agente fitoterápico.

Palavras-chave: gengibre, fitoterápicos, *Zingiber officinale Roscoe*.

Introdução

O Ministério da saúde reporta um aumento de 161% na busca por tratamentos fitoterápicos entre 2013 e 2015¹, evidenciado pelo aumento da busca por trabalhos científicos em bases de dados populares da comunidade médica. Dentre as ervas medicinais pesquisadas, destaca-se a busca pelo gengibre.

O gengibre é um rizoma, caule modificado que cresce embaixo da terra², de uso comum na culinária oriental. Apresenta característica “picante” - subjetivamente, “quente” - sendo empregado em terapias milenares indianas no tratamento de resfriados, infecções virais, artrite, má digestão e falta de apetite³.

A caracterização química do gengibre, dos seus mais de 400 componentes, depende da origem da planta e do método de extração utilizado⁴. Os óleos essenciais são compostos voláteis e apresentam de 1 a 3% dos componentes presente no gengibre, apresentando a propriedade antimicrobiana, e a presença de sesquiterpenos que conferem o aroma distinto do gengibre⁵. Já a característica picante é devido aos seus compostos não voláteis (fenólicos),

sendo gingeróis e seus derivados os mais conhecidos⁶.

Este trabalho visa destacar os principais mecanismos de ação conhecidos e suas aplicações terapêuticas, essencialmente sua atividade sobre expressão gênica do receptor delta-dependente⁷, diminuição da adipogênese, diminuição de absorção de gorduras no intestino, prevenção de náuseas⁸, aumento da sensibilidade para insulina⁹, ação antioxidante, atividade antimicrobiana¹⁰, potencial atividade anti-inflamatória, analgésica¹¹, combate ao câncer¹² e aumento da frequência de neurotransmissão gabaérgica¹³.

Material e Métodos

Realizou-se a revisão de literatura com buscas entre os meses de abril e junho de 2018, nas bases *PubMed*, *Science Direct* e *Food and Agriculture Organization of the United Nations*, pelas seguintes palavras chaves: gengibre, *ginger*, *Zingiber officinale roscoe*, fitoterápicos e *phytotherapy*, *herbal medicine*.

Resultados e Discussão

Os primeiros dados tratados foram da quantidade de publicações sobre “Herbal medicine” (Figura 1), “phytotherapy” (Figura 2) e “ginger” (Figura 3) realizadas nas bases de dados a partir de 1946.

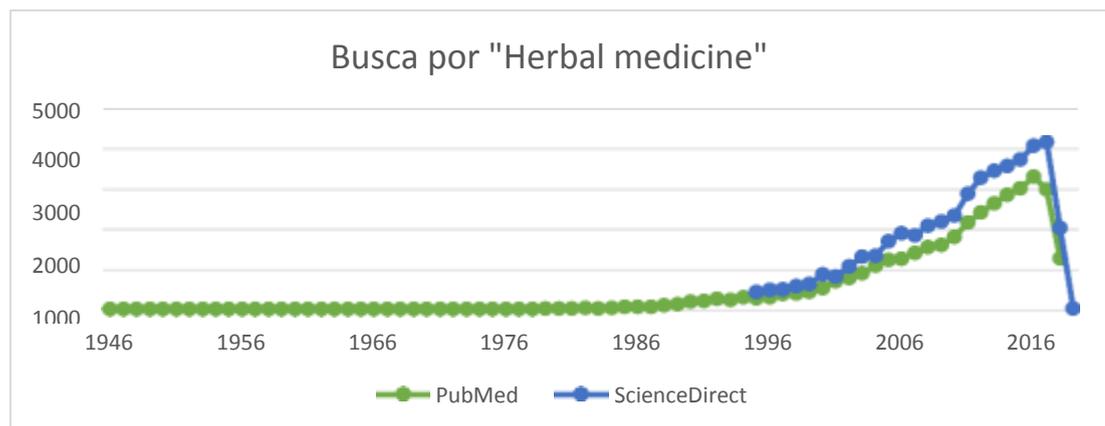


Figura 1: crescimento do número de publicações que contém o termo “Herbal medicine” no título, nas bases de dados PubMed e Science Direct de 1946 a 2018.

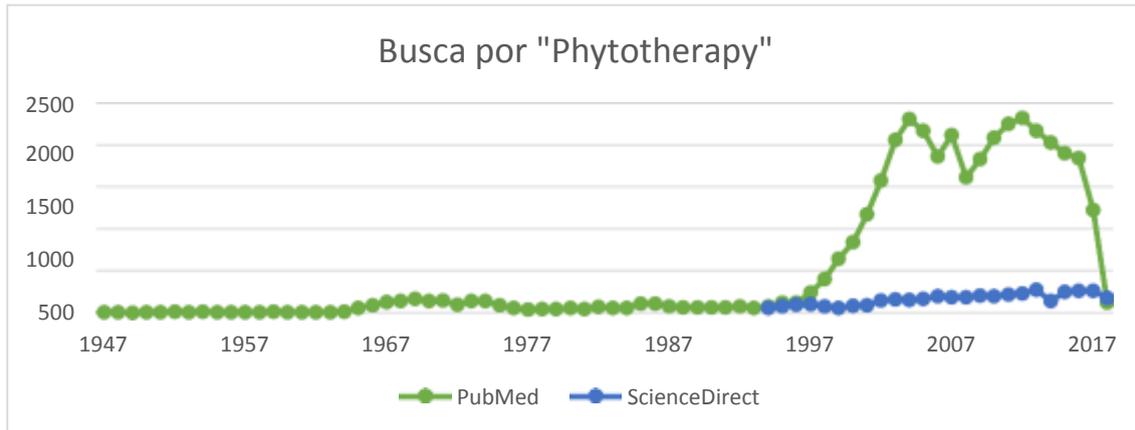


Figura 2: crescimento do número de publicações que contém o termo "Phytotherapy" no título, nas bases de dados PubMed e Science Direct de 1946 a 2018.

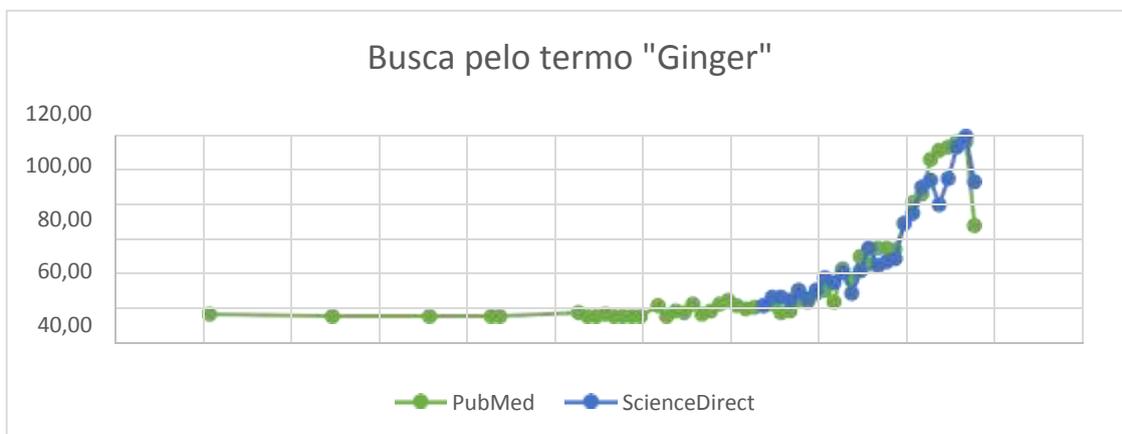


Figura 3: Crescimento da busca pela palavra "ginger" no título, nas bases de dados PubMed e Science Direct de 1946 a 2018.

Os mecanismos de ação dos compostos presente no gengibre, encontrados em pesquisas recentes, substanciam a eficácia observada nos tratamentos utilizados pela tradição popular.

Componentes ativos presentes no gengibre desencadeiam expressões gênicas, sínteses de proteínas e outros processos fisiológicos, por exemplo: A diminuição da deposição lipídica em músculos esqueléticos e tecidos adiposos em decorrência da proliferação de peroxissoma ativado e aumento da expressão gênica do receptor delta-dependente⁷; A expressão diminuída das enzimas envolvidas na lipogênese, como Ácido graxo sintase e acetil-CoA carboxilase; A redução da expressão gênica do PPAR γ e diminuição da adipogênese; A inibição da absorção intestinal de gorduras devido a supressão da enzima lipase pancreática; Prevenção de náuseas durante a gravidez e a quimioterapia devido a ação anticolinérgica e antiserotoninérgica⁸; A ação antioxidante proveniente da presença de compostos fenólicos e flavonoides (gingerol, paradol, zingerona e shagaol), que se comportam como doadores de

elétrons^{6,11}; O aumento da sensibilidade para insulina⁹; A atividade antimicrobiana efetiva contra bactérias Gram-positivas¹⁰; O potencial anti-inflamatório e analgésico pela inibição do metabolismo do ácido aracdônico em ambas vias ciclo-oxigenases (COX)¹¹ e lipoxigenases (LOX)⁶; O combate ao câncer^{4,12}; Além do aumento da frequência de transmissão neuronal gabaérgica¹³.

Na literatura existem informações controversas sobre efeito do gengibre no controle do apetite. Por um lado, modula a 5-hidroxitriptamina (serotonina), promovendo controle do apetite através da ligação com os receptores 5-HT_{2c} do sistema nervoso central. Por outro lado, o gengibre atua nos receptores intestinais, 5-HT, aumentando o peristaltismo intestinal e diminuindo o tempo de trânsito dos alimentos no trato gastrointestinal, decorrendo em aumento do apetite, embora diminua os níveis de leptina⁷.

Algumas das vias estão identificadas na Figura 4.

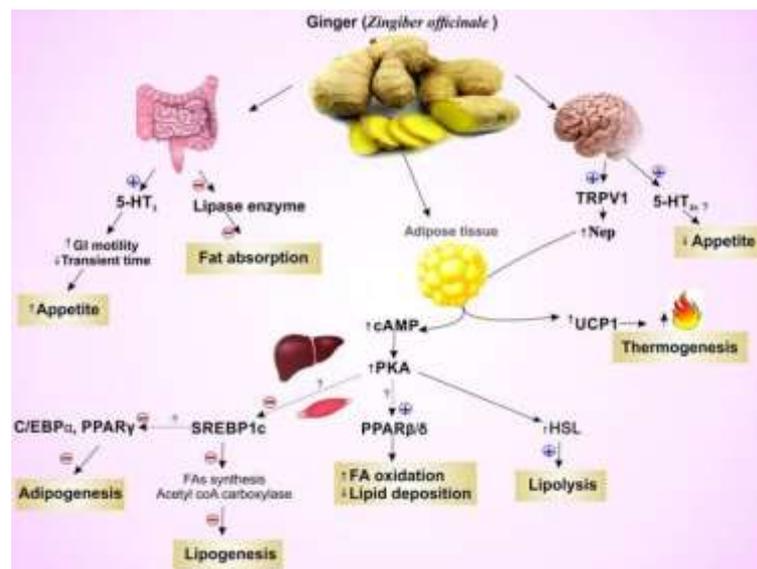


Figura 4: vias de ação do gengibre no corpo humano⁷

Conclusão

O aumento das pesquisas em fitoterápicos, motivado pela tradição popular e pelas observações dos efeitos das aplicações do gengibre registrados por diversas culturas, é consistente com o aumento das publicações. Existem evidências de que o gengibre tem ação antibacteriana, antioxidante, contra náusea, e muitas outras. Alguns mecanismos ainda são controversos, como sua influência no apetite. O gengibre, com seus componentes voláteis e não-voláteis apresentam vias de ação não completamente descritas e por isso as pesquisas devem continuar a crescer nos próximos anos.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Uso de fitoterápicos e plantas medicinais cresce no SUS. Ministério da Saúde [internet]. 2016 [acesso em 27 mai. 2018]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/24205-uso-de-fitoterapicos-e-plantas-medicinais-cresce-no-sus>.
2. White B. Ginger: An Overview. *Am Fam Physician*. 2007 jun., 75(11): 1689-91.
3. Grant KL, Lutz RB. Alternative Therapies. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2000 mai., 57(10): 945-7.
4. Prasad S, Tyagi AK. Ginger and Its constituents: role in prevention and treatment of gastrointestinal canc. *Gastr Res Practice*. 2015 fev., 1(1): 1-11.
5. Rodrigues ML, Lira RK. Perfil fitoquímico e biológico do extrato hidroalcoólico dos rizomas do gengibre (*Zingiber officinale* Roscoe). *Revista saúde e Biol*. 2013 abr., 8(1): 44-52.
6. Medeiros RONB, Estudo da aplicação na área da saúde do gengibre, sua caracterização química [dissertação]. Almada: Instituto superior de ciências da saúde Egas Moniz; 2017. [citado em 2018 jun. 3]. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20249/1/Medeiros_Raquel_de_Oliveira_Neves_Bettencourt_de.pdf
7. Attari VE, Mahdavi AM, Javahvala Z, Mahluji S, Vahed SZ, Ostadrahimi A. A systematic review of the anti-obesity and weight lowering effect of ginger (*Zingiber officinale* roscoe) and its mechanism of action. *Phytotherapy research*. 2018 jun., 32(1): 577-85.
8. Lete I, Allué J. The effectiveness of ginger in the prevention of nausea and vomiting during pregnancy and chemotherapy. *Integrative medicine insights*. 2016, 11(1):11-7.
9. Wang J, Ke W, Bao R, Hu X, Chen F. Beneficial effects of ginger *Zingiber officinale* roscoe on obesity and metabolic syndrome: a review. *Annals of the New York academy of sciences*. 2017 nov., 1(1): 83-98.
10. Majolo C, Nascimento PV, Chaves FCM. Atividade antimicrobiana do óleo essencial de rizoma de açafrão (*Curcuma longa* L.) e gengibre (*Zingiber officinale* roscoe) frente a salmonelas entéricas isoladas de frango resfriado. *Revista brasileira de plantas medicinais*. 2014, 16(3): 505-12.
11. Rahmani AH, Al shabrmi FM, Aly SM. Active ingredients of ginger as potential candidates in the prevention and treatment of diseases via modulation of biological activities. *Int J Physiol Pathophysiol Pharmacol*. 2014, 6(2):125-36.
12. Stoner GD. Ginger: Is it ready for prime time? *Ame Assoc Cancer res*. 2013, 6(4): 257-63.
13. Yue HY, Jiang CY, Fujita T, Kumamoto E. Zingerone enhances glutamatergic spontaneous excitatory transmission by activating TRPA1 but not TRPV1 channels in the adult rat substantia gelatinosa. *Journal Neurophysiol*. 2013 mai. 8, 110(1):658-71.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Lara Vaqueli lara.2511@hotmail.com¹

Ali Salman¹ Débora Matos¹ Edson Jorge¹

João Pedro Gerab¹ Karen Kallas¹ Lilian Fujita¹

Maria Fernanda Scarpa¹

Maria Luiza Bellon¹

Rodolfo Fossa¹

Rodrigo Falcão¹

Leila Vinhas²

Alessandra Lorenti Ribeiro³

¹Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC- Humanitas

²Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos - FCMSJC- Humanitas

³Coordenadora do Programa Integrador da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos - FCMSJC- Humanitas

Resumo: a adolescência é um período permeado por dúvidas, incertezas e novidades, que se misturam e interagem promovendo um período único na vida de todas as pessoas. Tal período sofre inúmeros estímulos, os quais são necessariamente vitais ao adolescente, uma vez que seus aspectos físicos e psíquicos estão se consolidando e dependem de influências externas para se formarem ou reformularem. A gravidez nessa fase ímpar distorce, de certa forma, o caminho natural da jovem, que passará a ter atribuições maternas precoces, sem ter prévia formação educativa e mental (personalidade, emoções, vontades entre outros), em detrimento de um tempo de preparo fundamental para a vida adulta futura. O rastreio realizado levanta dados que exemplificam essa realidade bastante presente e que evidenciam a necessidade da constante manutenção de Políticas Públicas que visam a conscientização sobre o tema, bem como a promoção e a prevenção de saúde do ponto de vista da gravidez na adolescência. É sob esse ponto de vista, e com o objetivo de colaborar para que esse evento se amenize, ou quando haja, seja acompanhado devidamente, que a Humanitas, no cenário da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Interlagos pretende intervir de forma construtiva e colaborativa, a fim de contribuir com a comunidade e, portanto, com a sociedade de São José dos Campos como um todo.

Palavras-chave: Gravidez, Adolescência, Riscos.

Introdução

Adolescência, de acordo com a organização mundial da saúde (OMS), é o período que se estende dos 10 aos 19 anos de idade. O significado desta palavra “adolescência” tem origem no latim, onde ad = “para” e olescere = “crescer”. Portanto, adolescência significa literalmente “crescer para”. O conceito de adolescência não engloba apenas transformações físicas, mas também todo o processo de mudança e adaptação psicológica, familiar e social¹.

A gravidez na adolescência acontece desde os primórdios da civilização. A mulher começava a sua vida reprodutora muito perto da puberdade e raras eram aquelas que ultrapassavam a segunda década de vida devido as frequentes complicações advindas da gravidez e do parto².

Hoje, com a liberação sexual e a grande variedade de contraceptivos, os relacionamentos sexuais iniciam-se mais cedo. As jovens buscam se identificar com a imagem de uma mulher que toma iniciativa e procura manter o controle sobre sua sexualidade. Por vezes, assumem riscos que favorecem a gravidez precoce. Além dos agravos clínicos decorrentes desta gestação, a adolescente muitas vezes enfrenta falta de maturidade psíquica, de estrutura familiar e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde³.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado na cidade de São José dos Campos, com o levantamento de prontuários de gestantes da UBS INTERLAGOS, nas micro áreas Interlagos (27), Mesquita(26) e Torrão de Ouro (35), para o levantamento de idade das gestantes. Os dados foram tabelados em planilha Excel → para a confecção de gráficos.

Resultados e Discussão

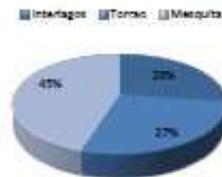
Foram levantados 88 prontuários de gestantes em acompanhamento na UBS. Destes, 15 eram de adolescentes de 12 a 19 anos.



Das 88 gestantes do bairro Interlagos, 15 são adolescentes: 4 são da microárea Interlagos, 5 do Torrão de Ouro e 6 do Mesquita.

A distribuição das adolescentes gestantes conforme microrregiões do bairro Interlagos.

Grávidas adolescentes nas microrregiões do bairro Interlagos



Com as informações coletadas constatou-se que o número de gestantes adolescentes representa 17% das gestantes da UBS Interlagos. Segundo a ONU a taxa brasileira de gravidez na adolescência está acima da média latino-americana e caribenha. No Brasil, no ano de 2017, os dados do SINASC apontaram 11,4% de gestantes adolescentes, esse número engloba mulheres assistidas no sistema público e suplementar de saúde. No município de São José dos Campos se considerarmos apenas a população SUS dependente, o percentual de gestantes adolescentes foi de 16,5%. Os dados levantados na UBS Interlagos se assemelham ao do município, no entanto, podem estar subestimados, uma vez que o acesso aos prontuários das gestantes adolescentes foi limitado devido ao encaminhamento das jovens à serviços de referência, como o Projeto Casulo, AME e hospitais conveniados, pois as adolescentes tratadas na UBS são apenas as que não apresentam risco.

Conclusão

A partir disso, verifica-se a existência de Políticas Públicas já instauradas, que exercem importante ação para com as jovens que engravidam, juntamente com a necessidade de melhorá-las constantemente para reduzir os índices dessas gestações e proporcionar a essas mulheres conhecimento e atendimento mínimos sobre suas condições médicas. A presença da Faculdade HUMANITAS na UBS Interlagos pode contribuir para a promoção da saúde e redução de agravos nesta faixa etária, os quais são exacerbados devido ao despreparo físico-psicológico dessas jovens para receber o conceito, por meio de ações educativas e visitas domiciliares no processo de busca ativa de gestantes adolescentes e também trabalhando sempre junto aos programas em andamento, criando uma esfera de esforço para garantir os direitos e deveres naturais daqueles que atravessam a adolescência.

Referências

1. Aries P. História Social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1986.
2. Doering K. As adolescentes e o início do relacionamento sexual. Feminina, 17, n.3. 1989.
3. Gusso GL. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TOLERÂNCIA E DEPENDÊNCIA AOS BENZODIAZEPÍNICOS E RELAÇÃO COM MECANISMO DE AÇÃO

Leonne Di Carlo Del Vecchio¹

delvecchio.leonne@live.com

Antônio Sérgio Mathias¹

Camilla Viviani Guimarães Maia¹

Giovanna Borella Zamboim¹

Marina Armani Fioravante¹

Greicy Mara Mengue Feniman de Stefano²

¹Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas
delvecchio.leonne@live.com

²Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-
Humanitas

Resumo: Com o aumento da incidência de transtornos psiquiátricos no Brasil, e consequente aumento do consumo de psicofármacos, como é o caso dos benzodiazepínicos, há uma maior incidência do uso abusivo dos mesmos. Nesse contexto, essa revisão objetivou analisar o que os livros de farmacologia e artigos científicos discutem a respeito do consumo abusivo de tais fármacos, os quais promovem efeitos ansiolíticos. Assim, por meio da busca de informações em livros e artigos indexados nas bases de dados PubMed, Scielo e BVS, foi realizada uma revisão de dados com objetivo de correlacionar o mecanismo de ação dos benzodiazepínicos e a possibilidade de desenvolvimento de dependência dos mesmos, associando à tolerância. Os benzodiazepínicos são fármacos cujo mecanismo de ação no receptor gabaérgico favorece efeitos ansiolíticos e todos os representantes da classe possuem potencial para desenvolvimento de tolerância e dependência.

Palavras-chave: benzodiazepínico, farmacodependência, farmacotolerância.

Introdução

A incidência dos transtornos psiquiátricos no Brasil tem aumentado significativamente nos últimos anos. Consequentemente, a introdução de novos fármacos no mercado, cujos

alvos farmacológicos estão localizados no Sistema Nervoso Central (SNC), e as novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes, contribui para a ocorrência de uma gama de efeitos envolvendo as vias de recompensa do SNC, e consequentemente, favorecem o uso abusivo desses medicamentos¹.

Entre os fármacos que agem no SNC, os benzodiazepínicos atuam sobre os receptores GABA_A, produzindo potentes efeitos sedativos, ansiolíticos e anticonvulsivantes². Esse grupo de psicotrópicos substituiu os barbitúricos e o meprobamato no tratamento da ansiedade por serem mais seguros e eficazes³.

Os benzodiazepínicos são amplamente utilizados na atenção primária brasileira, devido a sua disponibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Seu uso prolongado é relevante, devido as suas consequências farmacológicas, tais como tolerância e/ou dependência, e consequências clínicas como: ataxia (impedimento de atividades que exigem coordenação motora fina) e comprometimento cognitivo³.

Durante a vivência no Programa Integrador, foi constatada uma alta demanda de benzodiazepínicos na Unidade Básica de Saúde, vinculada à utilização dessa classe de fármacos como coadjuvante no tratamento de dependência a substâncias proscritas. Ademais, foi ressaltada a incidência de pacientes que se tornam dependentes do próprio fármaco. Assim, essa revisão tem como objetivo correlacionar o mecanismo de ação dos benzodiazepínicos e a possibilidade de desenvolvimento de dependência aos mesmos, relacionando-os à tolerância e seus mecanismos.

Material e Métodos

Para esse trabalho foi realizado uma revisão de dados científicos, embasada nos principais livros de farmacologia e artigos científicos indexados em bases de dados Scielo, PubMed e BVS.

Resultados e Discussão

Os benzodiazepínicos são utilizados no tratamento de diversos transtornos relacionados à ansiedade, distúrbios musculares, amnésia, convulsões e distúrbios do sono. São fármacos capazes de promover a ligação de um importante neurotransmissor inibitório, o ácido γ -aminobutírico (GABA) aos receptores do subtipo GABA_A, que existem como canais de cloreto formados por múltiplas subunidades e controlados por ligantes, intensificando

desse modo as correntes iônicas induzidas pelo GABA através desses canais⁴.

Sua ação compreende a modulação dos efeitos do GABA, ligando-se a um local específico de alta afinidade (sítio de ligação), na interface da subunidade alfa e da subunidade γ_2 , os locais de ligações podem ser descritos como sítio benzodiazepínico nos receptores GABA_A. A ligação do GABA ao seu receptor abre o canal de cloreto, o que aumenta a condutância do íon. Os benzodiazepínicos aumentam a frequência de abertura dos canais, produzida pelo GABA. O influxo de cloreto causa uma leve hiperpolarização que afasta o potencial pós-sináptico do valor limiar e, assim, inibe a formação de potenciais de ação. Os benzodiazepínicos individuais mostram pequenas diferenças em suas propriedades ansiolíticas, anticonvulsivantes e sedativas, contudo, a duração de ação varia bastante no grupo, e considerações farmacocinéticas são importantes na escolha de um deles³.

Os benzodiazepínicos são lipofílicos, o que favorece sua absorção e facilita sua distribuição para o SNC. São rápida e completamente absorvidos após administração oral, distribuem-se por todo organismo, inclusive no SNC. Sua meia-vida é importante clinicamente, pois a duração da ação pode determinar a utilidade terapêutica. Os benzodiazepínicos podem ser divididos em grupos de curta, média e longa ação. Os compostos de ação mais longa formam metabólitos ativos com meias-vidas longas. Contudo, com alguns deles, a duração clínica da ação não se correlaciona com a meia-vida real. Isso pode ser devido à velocidade de dissociação do receptor no SNC e à subsequente redistribuição para os tecidos gordurosos e outras áreas³.

A maioria dos benzodiazepínicos, incluindo o clordiazepóxido e o diazepam, é biotransformada pelo sistema microsomal hepático para compostos que também são ativos. Para esses benzodiazepínicos, a meia-vida aparente representa a soma das ações do fármaco principal e seus metabólitos. Os efeitos terminam não só por excreção, mas também por redistribuição. Os benzodiazepínicos são excretados na urina como glicuronídeos ou metabólitos oxidados. Todos atravessam a placenta e podem deprimir o SNC do neonato, se forem administrados antes do parto, portanto seu uso não é recomendado durante a gestação. Os lactantes também podem ser expostos aos benzodiazepínicos através do leite materno³.

A probabilidade de esses fármacos causarem dependência, que pode ser definida como o desejo compulsivo que se desenvolve em decorrência da administração repetida da substância, pode ocorrer pela ativação de vias do sistema de recompensa². Ainda que essa

ocorrência seja muito comum, o diagnóstico de dependência com frequência é omitido. A abstinência dos benzodiazepínicos ocorre poucos dias após a interrupção da medicação e varia em função da meia vida de eliminação⁵.

A via de recompensa (via dopaminérgica mesolímbica, que se estende através do feixe prosenfálico medial, até o núcleo accumbens e região límbica) é o sítio de ação de fármacos geradores de dependência. Embora para algumas drogas, seus sítios de ação primários possam estar em outra parte do cérebro, todas essas substâncias aumentam o nível extracelular de dopamina no núcleo accumbens; essa liberação também é aumentada naturalmente por estímulos de recompensa, como comida, água, sexo e alimentação. Desse modo as drogas agem simplesmente ativando, ou hiperativando, o sistema de prazer do próprio corpo².

A tolerância, que diz respeito à necessidade de doses maiores para a manutenção do efeito farmacológico com o passar do tempo, pode proporcionar o estado de dependência, que tanto pode ser física quanto psicológica². A interrupção abrupta resulta em sintomas de abstinência, incluindo confusão, ansiedade, agitação, irritabilidade, fonofobia, fotofobia, depressão, câimbras musculares, inquietude, insônia, tensão e (raramente) convulsões^{3,5}. Os benzodiazepínicos com meia-vida de eliminação curta, como o triazolam, induzem reações de abstinência mais abruptas e graves do que as observadas com os de eliminação mais lenta, como o flurazepam³. Geralmente esses sintomas acabam desaparecendo no decorrer de 1 a 2 semanas⁵.

Todos os benzodiazepínicos são fármacos sujeitos a controle especial no Brasil, regulamentados pela Portaria 344/1998 e suas atualizações, classificados na listagem B1, cuja prescrição deve ser acompanhada de notificação de receita de cor azul^{6,7}.

Conclusão

Os benzodiazepínicos são fármacos cujo mecanismo de ação no receptor gabaérgico favorece efeitos ansiolíticos e todos os representantes da classe possuem potencial para desenvolvimento de tolerância e dependência.

Referências

1. Moura CN, Pinto JG, Martins P, Pedrosa KA, Carneiro MG. Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia da saúde da família: revisão integrativa da literatura. *Sanare*, 2016; 15(2): 135-44.
2. Rang HP et al. *Farmacologia*. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, 778p.
3. Clark MA, Finkel R, Rey JA, Whalen K. *Farmacologia Ilustrada*. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, 622p.
4. Mihic SJ, Harris RA. Hipnóticos e sedativos. In: Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC. *As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman*. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012, p. 457-79.
5. Lüscher C. Drogas de uso abusivo. In: Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ, editores. *Farmacologia básica e clínica*. [Fonseca, Ademir Valadares et al., tradução e Fonseca, Almir Lourenço, revisão técnica]. 12ª. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014, p. 565-80.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF 12 mai. 1998.* /Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_344_98.pdf. Acesso em 13 de outubro de 2018.
7. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 246, de 21 de agosto de 2018. Dispõe sobre a atualização do Anexo I (Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial) da Portaria SVS/MS nº. 344, de 12 de maio de 1998. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF 22 ago. 2018.* /Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/3233596/59+-+RDC+N%C2%BA+186-2017-DOU.pdf/9ab495ad-d4dd-4e12-8c80-f50e9e1ada13>. Acesso em 13 de outubro de 2018.

CONHECIMENTO RELACIONADO A HIPERTENSÃO ARTERIAL – UMA REFLEXÃO DURANTE A VIVÊNCIA NA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PUTIM

Mariana Cunha Tadini Figueiredo¹

mctfigueiredo@hotmail.com

Alan Kubacki Camargo¹

Bruna Garbelini Cavalcanti¹ Carolina Mello Miranda¹

Gabriel Pereira¹ Isabella Akemi Kanashiro¹

Marcelo Bittencourt Amorim Filho¹ Marcelo Garcia Rosa Peixoto¹ Rafaela Tahan Alves¹

Thallia Lamounier Brandão e Magalhães¹

Aline Pelegrini de Oliveira² Alessandra Lorenti Ribeiro³

¹Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

²Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

³Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

Resumo

A Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos através do Programa Integrador, possibilita aos estudantes o desenvolvimento de competências fundamentadas em estruturas e processos mentais a partir de vivências em contextos reais de ensino-aprendizagem. Na Unidade de Estratégia da Saúde da Família Putim, os acadêmicos se depararam com a falta de informação de pacientes Hipertensos em relação aos medicamentos prescritos para seu tratamento. Considerando que a Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, surgiu o desejo de traçar estratégias educativas para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento.

Palavras-chave: Hipertensão arterial, Adesão ao tratamento, educação

Introdução

Na formação médica é importante valorizar a Atenção Primária à Saúde e alterar o enfoque hospitalar, enfatizar a prevenção de doenças, a promoção à saúde e o trabalho interdisciplinar^{4, 6}. O Programa Integrador da Faculdade de Ciências Médicas Humanitas é um dos componentes centrais do currículo do curso de Medicina de São José dos Campos, visando à indissociabilidade entre teoria e prática e à integração da Faculdade ao meio social, local e regional. Durante a vivência na Unidade de Estratégia de Saúde da Família Putim, os acadêmicos puderam se aproximar da prática em saúde e refletir sobre a realidade dos pacientes. Esta experiência desperta sentimentos no aluno, traz humanização e articula o saber técnico e o saber humano.

A Hipertensão Arterial é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É uma condição clínica multifatorial, caracterizada pela elevação dos níveis pressóricos (máxima e mínima) ≥ 140 e/ou 90mmHg. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, no Brasil apresenta prevalência média de 32% em indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos e contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por Doenças Cardiovasculares². Deve ser controlada por meio de terapia medicamentosa e não medicamentosa, hábitos alimentares saudáveis e exercícios físicos³.

Apesar dos riscos que a hipertensão arterial apresenta, a adesão à terapia anti hipertensiva ainda é insatisfatória, caracterizando-se como um desafio aos serviços de saúde e às políticas públicas. A maneira como a população entende e conceitua as doenças e tratamentos é um dos fatores que influenciam o uso de medicamentos e a adesão, e fatores culturais intervêm na percepção dos padrões das doenças¹. A ação educativa impede a ingestão abusiva de medicamentos e previne os efeitos colaterais das associações entre eles⁵.

Durante a vivência na Unidade no período de fevereiro a junho de 2018, os acadêmicos identificaram a falta de conhecimento dos pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial em relação ao uso dos medicamentos prescritos. O confronto com essa realidade gerou o desejo de promover mudanças através de atividades educativas de forma integrada com a equipe de saúde. Desse modo se estabeleceu a importância de verificar as principais dificuldades e lacunas de conhecimento dos pacientes para posteriormente elaborarem estratégias educativas eficientes.

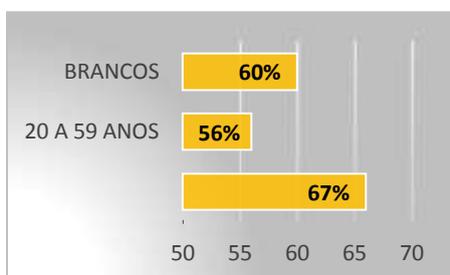
Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa realizado na Unidade de Estratégia de Saúde da Família Putim no município de São José dos Campos, onde foi aplicada entrevista estruturada em pacientes atendidos pelos médicos generalistas ou que procuraram a farmácia da Unidade para dispensação de anti-hipertensivos no dia 15 de

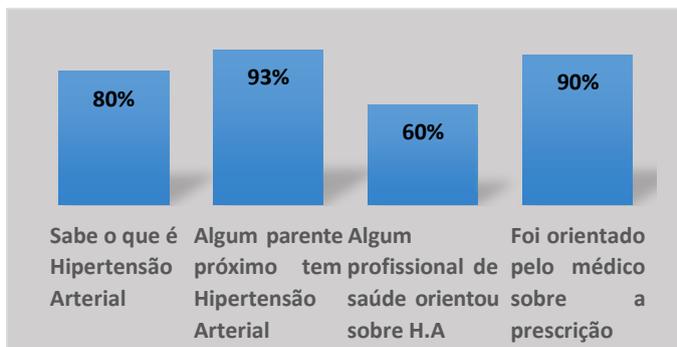
Agosto de 2018. Os critérios estabelecidos para que participassem das entrevistas foram: Pacientes da USF Putim com diagnóstico de Hipertensão Arterial em uso da medicação, ou com prescrição para início do uso. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido conforme resolução 466/12.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados 30 pacientes, sendo 67% do sexo feminino, 60% declara ser da cor branca e 56% na faixa etária de 20 a 59 anos, correspondendo a população economicamente ativa passível de adoecimento.



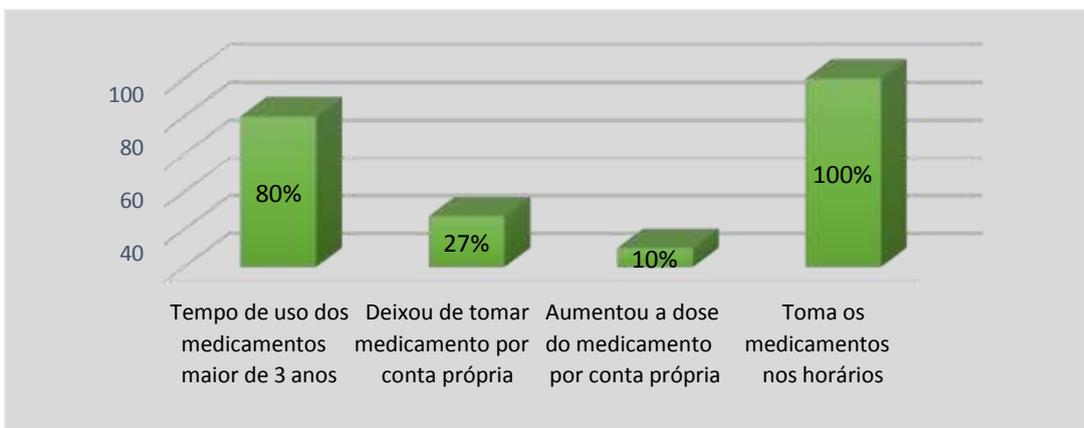
80% sabe o que é Hipertensão, 93% tem parente próximo com a doença, 60% recebeu orientação de profissionais de saúde e 90% foi orientado pelo médico.



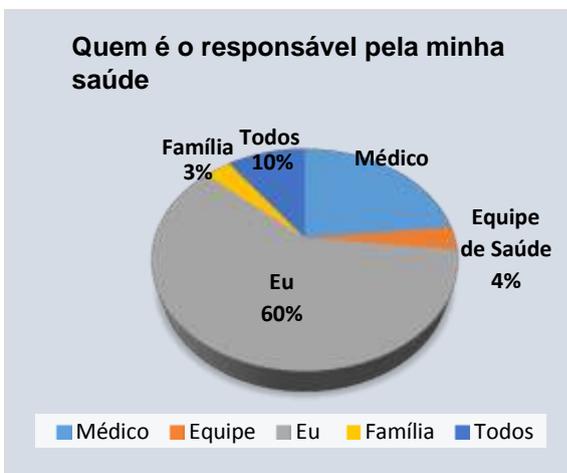
Somente 38% sabe do risco de Infarto Agudo do Miocárdio, 67% controlam o sal na alimentação, 13% são fumantes e apenas 30% realiza atividade física.



Sobre o uso de anti-hipertensivos 80% faz uso há mais de 3 anos e 27% já deixou de tomar o medicamento por conta própria.



67% refere ser o responsável pela própria saúde, mas 23% a transfere para o médico.



100% dos entrevistados relata tomar os medicamentos nos horários corretos.

Conclusão

A Educação em Saúde deve promover mudanças para hábitos saudáveis de acordo com a realidade de cada paciente, a fim de alcançar uma real modificação da conduta dos sujeitos. O paciente e equipe de saúde tem responsabilidades mútuas¹ e devem estar motivados em relação aos cuidados necessários para a manutenção e melhoria da saúde. A atividade física é um dos componentes a serem trabalhados devido à baixa adesão e sua importância no controle da Hipertensão Arterial.

Referências:

1. Malacarne GB. Responsabilidade civil do paciente. Conselho Federal de Medicina. 2000. [acesso em 23 jul. 2018]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20395:&catid=46
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia [homepage na internet]. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. [acesso em 23 jul. 2018]. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
3. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília. DF 2013. [acesso em 23 jul. 2018]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf
4. Caldeira ES, Leite MTS, Rodrigues Neto JF. Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. Montes Claros: Revista Brasileira de Educação Médica; 2011.
5. Bernardi LSA, Gomes CT, Rocha ACA, Figueiredo MSF, Souza LPS, Messias RB et al. Percepção e utilização da educação em saúde para o uso racional de medicamentos por médicos. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2014; 27(4):485-94.
6. Teixeira ACB. Saúde, corpo e autonomia privada. Rio de Janeiro. Renovar; 2010.

A PERCEPÇÃO DO PRECEPTOR FRENTE AO PRIMEIRO CONTATO DOS ALUNOS DE MEDICINA COM A CONSTRUÇÃO DO PORTFÓLIO REFLEXIVO

Marta Lisiane P. P. Carvalho¹

Fatima Arthuzo Pinto¹

Alessandra Bontorim de Souza¹

Marisa Reis Silva¹

Alessandra Lorenti Ribeiro²

Rinaldo Henrique Aguilard da Silva³

¹ Preceptora(a) do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC – Humanitas – marta.carvalho@humanitas.edu.br

² Coordenadora do Programa Integrador do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC - Humanitas.

³ Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão a Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC – Humanitas

Resumo: A FCMSJC-Humanitas apresenta como cerne de seu currículo o Programa Integrador (PI), que insere alunos em cenários reais de aprendizagem a partir do segundo período do curso. Parte integrante deste programa é a elaboração do portfólio reflexivo (PR), no qual o aluno registra suas vivências e reflexões ao longo dos anos e é avaliado de modo formativo pela preceptora. Trata-se de um instrumento pedagógico sobre o qual os discentes têm pouco ou nenhum conhecimento. Logo, este é o relato sobre a percepção das preceptoras a respeito do primeiro contato dos alunos da primeira turma da faculdade Humanitas com a construção do PR. Observou-se que os alunos assimilaram progressivamente o uso desta ferramenta, que propicia o protagonismo do estudante no processo de aprendizagem

Palavras-chaves: portfólio reflexivo, metodologia ativa de ensino aprendizagem

Introdução

Em busca de um conhecimento significativo, os alunos de medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos - Humanitas, são inseridos nos cenários de prática a partir do segundo período, por meio do Programa Integrador (PI), o qual tem duração de 2,5 anos. Suas vivências devem ser relatadas e acompanhadas por meio da construção de um portfólio reflexivo (PR), organizado em seções de acordo com as etapas de um ciclo de problematização¹, a saber: confronto experiencial, síntese

provisória (brain storming), identificação de lacunas de conhecimento, formulação de objetivos da aprendizagem, busca de informações, nova síntese, avaliação do processo e feedback do preceptor.

As emoções vivenciadas nos cenários de prática e o aprendizado reflexivo registrados no PR, permitem que as preceptoras do PI acompanhem o desenvolvimento do aluno, não apenas no que diz respeito ao saber técnico, mas também quanto ao amadurecimento dos recursos comportamentais necessários para o desenvolvimento das competências esperadas no profissional médico².

O feedback da preceptora é realizado com a finalidade formativa do aluno, apontando fortalezas e fragilidades, e incentivando-o para o aprimoramento no exercício de suas funções. Esse instrumento pedagógico também permite que o próprio aluno perceba sua evolução de forma concreta, uma vez que, experiências e reações apresentadas no passado podem se revisitadas. No primeiro período do PI, os alunos construíram seus portfólios em três momentos diferentes.

Apesar das potencialidades do portfólio reflexivo para educação como descrito por Idália Sá Chaves³, a maioria dos alunos egressos do ensino médio não tem familiaridade com o mesmo e, por esse motivo, o presente relato de experiência visa demonstrar a percepção do preceptor frente ao contato dos alunos de medicina com a construção do portfólio reflexivo.

Materiais e Métodos

Ao final de cada avaliação de portfólios do primeiro semestre do PI, as preceptoras junto à coordenação do programa se reuniram para compartilhar as experiências e dificuldades em relação à implantação desta ferramenta de aprendizagem. As percepções colocadas pelas preceptoras foram similares e as mesmas optaram por sintetizá-las em uma ideia principal para cada um dos momentos pós avaliação de portfólios.

Resultados e discussão

A utilização do portfólio reflexivo é consagrada e defendida por renomados educadores^{4,5}. Apesar da FCMSJC-Humanitas apresentar currículo híbrido, Programa Integrador está totalmente estruturado em metodologias ativas de ensino aprendizagem, que são desconhecidas por alunos egressos do ensino tradicional. Antes de iniciarem o PI, no segundo período do curso, os alunos da primeira turma da faculdade foram apresentados ao mesmo em aula expositiva e observaram um ciclo de problematização simulado com discentes da própria turma.

Para a elaboração do portfólio, os alunos receberam orientações por escrito detalhando as etapas do ciclo de problematização e puderem esclarecer suas dúvidas com as respectivas preceptoras e a coordenação do programa. A percepções que se destacaram no decorrer dos 3 momentos de elaboração do portfólio foram:

1º momento: dificuldade e ansiedade dos estudantes na construção do portfólio no que diz respeito a procura por referencial teórico, escrita e a transcrição das reflexões;

2º momento: satisfação dos estudantes com a melhora do entendimento do instrumento e amplitude de reflexão em sua construção;

3º momento: caracterizado por diálogos críticos e sugestões de intervenção na realidade, a partir das experiências vivenciadas.

Foi observada melhor compreensão e evolução na construção do portfólio como um instrumento de aprendizagem. Compreende-se que as dificuldades percebidas ocorreram frente a um processo de transição do método tradicional para o método reflexivo. Também é importante elucidar que, entre os primeiro e segundo momentos, as dúvidas trazidas pelos alunos quanto a elaboração do portfólio motivou adequações nas orientações que haviam sido distribuídas inicialmente, contribuindo para a validação dialógica deste instrumento em nosso meio acadêmico.

Conclusões

O uso do portfólio reflexivo como ferramenta pedagógica no ensino superior foi rapidamente absorvido pelos estudantes. O PR prioriza o processo auto-regulador da aprendizagem oportunizando a auto-avaliação e o reconhecimento do progresso. Este

processo possibilita a autonomia intelectual, tornando o estudante protagonista de sua aprendizagem.

Referencias

1. Berbel NAN, A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface — Comunicação, Saúde, Educação, v.2, n.2, 1998.
2. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed, 1999.
3. Chaves IS. Os "Por_olios" Reflexivos (também) trazem gente dentro - Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos. Porto: S.A, 2005.
4. Freire P. Pedagogia da Autonomia. 33ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
5. Aguilar da Silva RH, Perim GL, Abdalla IG, Costa NMSC, Lampert JB, Stella RCR. Abordagens pedagógicas e tendências de mudanças nas escolas médicas. Rev. Bras. Educ Méd. 2009; 33(S1): 53-62.

A importância do pré/natal na detecção e acompanhamento de 4 importantes doenças que acometem o ciclo gravídico puerperal

Mayara Ribeiro Arruda¹

mayara_ribeiroarruda@hotmail.com

Maria Eugênia Junta de Freitas¹

Carolina Costa Cruz Maciel¹

Fátima Arthuzo Pinto²

Rita de Cássia Salazar²

Carlos Alberto Maganha³

1. Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC Humanitas
mayara_ribeiroarruda@hotmail.com

2. Preceptoras do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC Humanitas

3. Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC Humanitas

Resumo: Neste estudo científico será abordado quatro importantes doenças gestacionais que acometem o ciclo gravídico puerperal como: Anemia ferropriva, Hipotireoidismo, Pré Eclampsia e Diabetes Gestacional. Desse modo, apresentaremos a prevalência e grupos de gestantes mais suscetíveis, rastreamento e diagnóstico na gestação e a repercussão da doença ao ciclo gravídico puerperal. O levantamento de dados sobre a frequência das doenças será realizado através do Programa Integrador da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos Humanitas na Unidade Básica de Saúde da Eugênio de Melo, localizada no distrito de São José dos Campos. A pesquisa tem como base informar e alertar às gestantes sobre as principais doenças ocorrentes nessa população específica, e evidenciar a importância do acompanhamento realizado pelo pré/natal principalmente nas gestações de alto risco a fim de detectar tais distúrbios gestacionais e as respectivas providências a serem tomadas.

Palavras-chaves: principais, doenças, gestacionais.

Introdução

A gravidez inicia-se no desejo em engravidar, logo, a partir desse momento os cuidados maternos devem ser iniciados, pois doenças devem ser controladas, a fim de evitar complicações que possam afetar o desenvolvimento do feto, as quais o paciente sempre deve ser avisado sobre a possibilidade da ocorrência. Desse modo, a necessidade de um acompanhamento pré-natal adequado é essencial. Nas Unidades Básicas de Saúde, o pré-natal para gravidez de baixo risco é realizado, e para gravidez de alto risco as gestantes são encaminhadas para outros setores. No distrito Eugênio de Melo, onde os dados foram coletados, o encaminhamento da gravidez de alto risco é feito para o Ambulatório ou Projeto Casulo.

Neste trabalho científico iremos focar na gravidez de risco, na qual, entende-se que a vida da mãe ou do feto podem ser prejudicadas. Conseqüentemente, focaremos em doenças capazes de desencadear o alto risco gestacional, sendo elas, Diabetes Mellito, Doença da Tireóide com enfoque no Hipotireoidismo, Pre Eclampsia e Anemia Ferropriva.

O levantamento da frequência com que tais doenças ocorrem no grupo gestacional e o diagnóstico são de grande importância para fins de saúde pública, pois desse modo é possível ter controle epidemiológico ajudando na melhoria da assistência à essas mulheres, a fim de diminuir a repercussão e a ajudar o ciclo gravídico puerperal. Conseqüentemente, a pesquisa científica tem como intuito alertar a sociedade no período gestacional, para que as doenças determinantes de gravidez de risco sejam diagnosticadas e controladas, se possível, pois temos sempre que ter em mente as complicações devido ao alto risco.

Material e Método

O tipo de estudo consiste em Revisão Bibliográfica, realizada a partir dos resultados obtidos pelo questionário feito na Unidade Básica de Saúde Eugênio de Melo, especificamente formatado para essa pesquisa. Com o levantamento dos dados, foi possível determinar as 4 principais doenças presentes em gravidez de alto risco, as quais permitiram o estudo em livros acadêmicos e artigos científicos na base de dados Scielo.

Resultado e Discussão

Levantamento de dados nos setores do distrito Eugênio de Melo de São José dos Campos – SP sobre a ocorrência das 4 principais doenças gestacionais através dos registros dos agentes comunitários do Programa de Saúde da Família.

Tabela 1J Apresentação de dados levantados nas 5 regiões do distrito Eugenio de Melo na Unidade Básica de Saúde:

Porcentagem de gestantes sem gravidez de risco	Porcentagem de gestantes que apresentaram gravidez de alto risco
87%	13% (6,5% anemia; 6,5% pressão arterial)
84%	16% (pressão arterial)
50%	50% (problema de tireoide)
67%	33% (pressão arterial)
67%	33% (16,5% diabete; 16,5 % tireoide)

Discussão das doenças:

Diabetes Gestacional: Definida como qualquer distúrbio de intolerância à glicose durante a gestação devido à deficiência da ação da insulina. A definição é aplicada quando a mulher deixa de ser diabética após a gestação, logo, a gestante desenvolve a diabetes a partir do 2º ou 3º trimestres de gestação.

É diagnosticada através de exames laboratoriais de rotina do pré-natal pelo rastreamento da dosagem de glicemia em jejum de referência inferior a 95mg/dL e o Teste Oral de Tolerância à glicose com sobrecarga de 75gramas entre 24 e 28 semanas de gestação, com valores de referência de 1 hora após TOTG: inferior a 180mg/dL e 2 horas após TOTG: inferior a 155mg/dL.¹ É mais comum em mulheres obesas, com idade avançada para gravidez (> 35 anos), hipertensas e com familiares diabéticos. A gestante diabética necessita de controle rigoroso da doença ao engravidar, logo, de cuidados específicos (acompanhamento de pré-natal de alto risco). Desse modo, se não controlada, o feto apresentará excesso de glicose no sangue, podendo acarretar em malformações, crescimento insuficiente ou excessivo, aumento da quantidade do líquido amniótico, trabalho de parto prematuro, infecções urinárias e até óbito fetal.

Após o parto, a gestante retorna às condições normais com suspensão da insulino-terapia, dieta geral e controle pelo Teste de tolerância oral a glicose.²

Pre Eclampsia: A hipertensão, apesar de ocorrer em cerca de 5,8% das gestações, compõe junto à hemorragia e infecção, um membro da tríade mortal, expressando contribuição significativa às taxas de morbidade e mortalidade fetais e maternas⁶. Essa condição é derivada principalmente da pré-eclampsia, um distúrbio associado à placenta defeituosa, de etiologia e patofisiologia ainda pouco conhecidas, responsável por mais de 200 mil mortes maternas por ano, em dimensão mundial.

A pré-eclampsia é definida como sendo uma hipertensão de pelo menos 140/90mmHg, em mulheres previamente normotensas, e cuja manifestação sucede às vinte semanas de gestação. Para que seja confirmado o diagnóstico, o aumento da pressão arterial é acompanhado de proteinúria significativa (0,5g/24h), além de achados laboratoriais anormais nos testes das funções renal, hepática e hematológica.

A prevalência da doença é definida principalmente, por um fator genético. A origem dos genes responsáveis pela suscetibilidade é desconhecida, podendo esta ser materna ou fetal.

Ademais, outros fatores de risco estão associados à nuliparidade, obesidade, gestação de múltiplos fetos, idade materna superior à 35 anos e etnia afro-americana.

De forma sucinta, a etiologia da pré-eclampsia sustenta-se atualmente em quatro teorias: implante da placenta com invasão trofoblástica anormal; má adaptação da tolerância imunológica entre os tecidos materno, paterno (placentário) e fetal; má adaptação materna às alterações cardiovasculares ou inflamatórias da gravidez normal e fatores genéticos, como os genes predisponentes herdados, além das diferenças epigenéticas.

As repercussões da pré-eclampsia ao ciclo gravídico puerperal atingem principalmente: sistema hematológico, fígado e rim.⁷

Hipotireoidismo: Mulheres com hipofunção tireoideana durante a gravidez podem ter anormalidades hormonais sutis que podem ser assintomáticas, mas que contribuem para o mal desenvolvimento do cérebro fetal. No início da gravidez, o T4 livre materno é imperativo porque a glândula tireóide fetal não produz este hormônio até depois de 10 semanas. Nesse ponto, a presença de T4 livre fetal é necessária para um neurodesenvolvimento fetal. O diagnóstico da

doença é feito por meio de exames de sangue que avaliam a quantidade dos hormônios da tireoide no corpo e, nos casos positivos, deve-se repetir a análise a cada 4 ou 8 semanas durante toda a gestação para manter o controle da doença. As repercussões da doença ao ciclo gravídico puerperal são: restrição de crescimento intrauterino, descolamento prematuro da placenta, hipotiroxemia, pré-eclâmpsia, óbito intrauterino e diminuição do coeficiente de inteligência do filho em decorrência do mal desenvolvimento cerebral fetal.

A prevalência de desenvolvimento consiste em mulheres que já apresentavam o distúrbio antes da gestação, pacientes com bócio, histórico de doença autoimune tireoidiana, portadores de diabetes tipo 1 e mulheres com antecedentes de parto prematuro ou aborto.³

Anemia Ferropriva: Além de causar a expansão do volume sanguíneo, também ocorre aumento de demanda pelas necessidades do feto. Também é pequeno o número de mulheres que iniciam a gestação com os estoques de ferro adequados. A falta de ferro no organismo aumenta as mortalidades infantil e materna, partos prematuros e complicações neurológicas no bebê. Ainda, quando a hemoglobina encontra-se significativamente abaixo dos níveis adequados, a gestante pode sofrer de insuficiência cardíaca de alto débito, com risco de morte para ela e para o bebê. □ O rastreamento e diagnóstico é devido a uma dieta pobre em ferro, alimentos que dificultam absorção de ferro, distúrbios gastrointestinais, hipermenorreia, perda sanguínea após o parto e pequeno intervalo interpartal. Exames de Hemograma e Ferritina são suficientes para sua detecção durante o acompanhamento de pré-natal.^{2,5} No Brasil, apesar das diferenças regionais, a prevalência de anemia ferropriva é muito elevada, constituindo uma das mais importantes deficiências nutricionais. No nordeste, a prevalência de anemia ferropriva em mulheres no período reprodutivo varia de 18% a 46%. Essa elevada taxa de anemia na gestação pode estar relacionada a uma dieta insuficiente de ferro associada ao aumento da demanda deste mineral no período gestacional.⁵

Conclusão

Diante das doenças tratadas é importante observar o risco gerado para mãe e ao filho, sendo essencial o acompanhamento pré-natal de risco para que se possa detectar as complicações com antecedência a fim de tratá-las e controlá-las.

Sendo mais comum, diante do estudo na Unidade Básica de Saúde, o distúrbio de pressão arterial entre o grupo de gestantes.

Referências

- 1)MAGANHA, Carlos Alberto; VANNI, Diana Gertrudes Barenboim Salles; BERNARDINI, Maria Augusta and ZUGAIB, Marcelo. Tratamento do diabetes melito gestacional. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2003, vol.49, n.3, pp.330-334. ISSN 0104-4230.
- 2) REZENDE, Jorge J Obstetrícia Ed. Guanabara Koogan, 11ª edição, 2010
- 3) Cleary J, Goldman J, Malone F, Lambert J, Messerlian G, Sullivan L, Canick J, Porter T et al. Maternal Thyroid Hypofunction and Pregnancy Outcome. *Obstetrics & Gynecology.* 2008;112(1):85-92.
- 4) Côrtes M, Vasconcelos I, Coitinho D. Prevalência de anemia ferropriva em gestantes brasileiras: uma revisão dos últimos 40 anos. *Revista de Nutrição.* 2009;22(3):409-418.
- 5) Santos P – ANEMIA FERROPRIVA NA GESTAÇÃO – Colegiado de Ciências Biológicas e da Saúde UZO
- 6) Cunningham F, Williams J. *Obstetrícia de Williams.* 23ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2012.
- 7) HAYMAN, Richard J The Orchard Centre, Gloucester Royal Hospital, Great Western Road, Gloucester, UK J Hypertension in pregnancy; Published by Elsevier Inc. All rights reserved; 2004; vol.14 issue 1

PERCEPÇÃO DOS ALUNOS DO 2º PERÍODO DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS /-FCM /SJC 2º PROGRAMA INTEGRADOR (PI) QUANTO AOS PROCEDIMENTOS NA SALA DE CURATIVOS DA UBSCSJ.

Miriam Cristina Ribeiro Ferreira¹
miriam_ctn@hotmail.com
Patricia Moraes Coelho¹
Victor Hugo Pereira Silva ¹
Camila Yumi Catenacci¹
Giovanna Grossi Carreira¹
Ingrid Araujo Dutra¹

Maria Beatriz Lamy Cobra Borges¹
Sofia Yoshimi Sugimoto¹
Virginia Elisa de Faria Felisardo¹
Alessandra Conceição da Silva²
Alessandra Lorenti Ribeiro³

¹Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

²Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

³Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

Resumo: Foi feito, através de um relato de experiência dos alunos do segundo período da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos, uma pesquisa com o objetivo de levantar dados sobre suas vivências na sala de curativo da UBS Campos de São José. Foram coletados dados de 11 alunos que frequentam o programa integrador e observou-se que, através desse convívio em campo, os alunos puderam apresentar experiências importantes para posicioná-los a respeito dos princípios e normas de uma sala de curativo, bem como a estrutura dos procedimentos que lá são realizados.

Palavras-chave: curativo, pesquisa, vivência.

Introdução

O Programa Integrador (PI) da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos-FCM/SJC – e a Estratégia da Saúde da Família (ESF) inserem –se no mais amplo projeto de parceria entre a faculdade e a Prefeitura de São José dos Campos (PSJC/SJC), por meio da Secretaria de Saúde (SS), a fim de contribuir para a formação integrada de profissionais da saúde e para a melhoria do Sistema de Saúde de São José dos Campos, segundo Tsuji¹.

Dentre as atividades desempenhadas, destaca-se o acompanhamento do trabalho dos profissionais de saúde nos diferentes setores da unidade, pois sabe-se que a organização dos serviços de saúde, bem como sua estruturação física afetam diretamente a qualidade da assistência à saúde da população, podendo ser uma importante ferramenta para a construção de um atendimento mais humanizado².

A vivência em sala de curativo permite ao profissional compreender o cuidado desde um problema específico, tais como: cura de uma lesão, tipos de curativos, limpeza, cuidados pré e pós os procedimentos até a compreensão de uma abordagem mais humanista, crítica e reflexiva norteada por demandas pessoais e sociais.

Material e Métodos

Trata-se de uma pesquisa desenvolvida por meio de um relato de experiência dos alunos do segundo período da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos, sobre suas experiências na sala de curativo na UBS Campos de São José. Para isso os mesmos responderam a um questionário com as seguintes questões norteadoras:

- 1) *O que você entende por sala de curativo na Unidade de Saúde da Família?*
- 2) *Como você compreende a função dos profissionais que atuam na sala de curativo?*
- 3) *Como você descreveria o funcionamento da sala de curativos quanto à organização, o atendimento a demanda e disponibilidade de recursos de materiais na USF?*
- 4) *Como você descreveria a técnica durante todo o processo do curativo?*
- 5) *Você saberia distinguir a limpeza corrente da limpeza terminal?*
- 6) *Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?*

Após a aplicação das questões, as respostas foram organizadas de maneira que permitiu-se analisar a percepção dos alunos em relação ao funcionamento da sala de curativo da UBS Campos de São José e suas dificuldades em relação ao atendimento ofertado aos pacientes que frequentam a unidade.

Resultados e Discussão

A coleta dos dados ocorreu em 15 de agosto de 2018, na UBS do Campo de São José aos acadêmicos do curso de medicina dos 11 alunos que frequentam o programa integrador pela faculdade de medicina em São José dos Campos.

Neste estudo os alunos entrevistados foram questionados a expor sua opinião sobre a técnica de sala de curativos 70% dos entrevistados compreenderem a necessidade de melhoras, ou seja, a técnica esta inadequada e 30% como adequada, durante os procedimentos, sendo que a maioria julgou que a higiene deve ser redobrada naquele ambiente e que os profissionais que lá trabalham devem se atentar mais para a utilização de materiais de proteção individual como luvas de procedimentos, máscara e jaleco descartável.



Neste estudo os entrevistados perceberam que 60% das pessoas pesquisada (o)s não souberam distinguir os dois tipos de limpeza da sala de curativo e 40% souberam diferenciar a limpeza terminal de limpeza concorrente

Conclusão

Observou-se que, a vivência na sala de curativo ao longo dos 6 meses trouxeram experiências importantes para posicioná-los a respeito dos princípios e normas de uma sala de curativo bem como a estrutura dos procedimentos que lá são realizados. Porém no início, foi possível perceber que a maioria não sabia diferenciar limpeza concorrente de terminal, sendo que após o término do trabalho de acordo com uma nova pesquisa realizada sobre este assunto a maioria compreendeu como diferenciá-las. Além disso, notou-se que na UBS a técnica utilizada para a realização dos procedimentos é de grande valor e de suma importância, sendo que conseguimos determinar alguns pontos que poderiam ser melhorados para que todos os pacientes sejam atendidos da melhor maneira.

A participação dos profissionais de saúde na sala de curativo é de grande relevância para que os procedimentos possam ser realizados com a devida técnica e com os devidos cuidados, assim como foi concluído em nossa pesquisa. Por fim, foi ressaltado pelos alunos que a sala de

curativo pode ser utilizada para a realização de procedimentos paralelos, com testes de gravidez e retirada de pontos (sutura), sendo que este fato é importante para o bom funcionamento e atendimento da UBS. Com isso, o grupo percebeu que através dessa convivência em campo permite um importante aprendizado e o quanto pode ser motivador e possível para se transformar um modelo hegemônico dentro dos serviços de saúde em um ambiente humanizado e individualizado.

Referências:

1. Tsuji, H, Aguilar R H S. Aprender e ensinar na escola vestida de Branco. São Paulo: Phorte, 2010.
2. Pinto I C, Passeri IA G, Silva DS da, etal. (Re)organizando a sala de curativo do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Acta paul. enferm. [Internet]. 2005 Mar [acesso em 2018 Nov 13] ; 18(1): 89-93. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000100012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000100012>>.

EUTANÁSIA: ATÉ QUE PONTO TEMOS CONTROLE SOBRE NÓS MESMOS

Nícolas Kipman Cerqueira¹

n.kipman@yahoo.com

Leonardo M. Rodrigues²

Pedro H. Teixeira²

Lucas S. Martins²

José Elias Matieli³

¹Autor e aluno da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC – Humanitas

²Alunos da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC – Humanitas

³Orientador do grupo e Coordenador do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC – Humanitas.

Resumo: Esse trabalho tem como objetivo explicar e conscientizar as pessoas sobre Bioética e um de seus grandes temas, a Eutanásia. Explica um pouco do surgimento da Bioética e quando foi criado o termo, além de, abordar a eutanásia mostrando e esclarecendo conceitos que muitos se equivocam.

Palavras-chave: Bioética, Eutanásia, Van Rensselaer Potter

Introdução

A grande motivação para a realização desse trabalho é a conscientização da sociedade sobre alguns conceitos básicos: sobre o que é a Bioética, seus temas de abrangência e os pontos de vista adotados para tomadas de decisões éticas. Dentro da ética da vida, o tema abordado será a morte e alguns conceitos como eutanásia, mistanásia, entre outros.

Segundo Freud, em *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*, disse que existiram quatro feridas que abalaram a humanidade, no sentido de afetar a sacralidade e o destino imutável do homem.

1. **Copérnico:** que desmitificou a ideia do homem centro do universo.
2. **Darwin:** com sua “teoria da vida”, onde o homem é somente um fruto de várias adaptações.
3. **Marx:** com suas teorias socialistas que quebram a ideia de subordinação, onde o trabalho deve ser algo divino.
4. **Freud:** com a sua ideia que nós não somos donos de si mesmos.

Junto dessas fragilidades encontradas pelo homem, existiram também, mais quatro megaprojetos (Projeto Manhattan, Projeto Genoma Humano, Projeto Apolo e Globalização), no século XX, que fizeram muitas pessoas terem medo do que as aguardavam no futuro se não existissem regras para controlar o resultado desses megaprojetos, uma dessas pessoas era Van Rensselaer Potter. Com isso, criou-se a Bioética na tentativa de controlar o resultado desses megaprojetos que possam afetar a vida, ou seja, criou-se limites e se atribuiu valores à vida.

Material e Métodos

Esse trabalho foi realizado na disciplina de bioética, no primeiro semestre, e foi apresentado como exercício de conclusão do curso. Foram utilizados levantamento bibliográfico, além de materiais provenientes em sala de aula. O método utilizado foi o Método de Pesquisa Bibliográfico.

Resultados e Discussão

Sobre a Bioética, o termo Bioética foi pela primeira vez utilizado em um artigo, “The science of survival”, por Van Rensselaer Potter. Um ano depois, em seu livro, “Bridge to the future”. Ele acreditava que a ciência estava atropelando a humanidade e que, dessa forma, precisava-se unir o conhecimento com a humanidade, porque, para Potter, a sobrevivência do ser humano estava em jogo.

Existiram dois fatos alarmantes para a criação da Bioética, o primeiro fato foram as feridas éticas causadas durante a Segunda Guerra Mundial, onde a vida humana era indiferente, ocorreram extermínios, experiências biomédicas, entre muitas outras brutalidades. O segundo fato foram os avanços da biotecnologia e da medicina, pois foram preciso limites em relação a intervenções, no processo natural da vida e em experimentos. Esses dois fatos geraram um terceiro, uma mobilização política da sociedade para a oficialização da Bioética.

Dessa forma a bioética possui três classificações:

- **Bioética Geral:** fundamentação ética, discurso sobre os valores e princípios originários da bioética;
- **Bioética especial:** analisa os grandes problemas, sempre sob uma visão geral (engenharia genética, aborto, eutanásia, clonagem, fecundação artificial, etc.);

→ **Bioética clínica (ou decisional):** aplicação das teorias éticas e dos princípios gerais adaptados aos casos clínicos concretos, à busca de indicações para a ação;

A bioética interessa aos cientistas (em relação aos experimentos com a vida), aos médicos (em relação as decisões éticas), aos políticos (na interpretação das leis e no julgamento) e ao povo, porquê é o povo, no caso da democracia, que irá eleger seus representantes. Por essa razão, devem saber o básico da ética.

Sobre a morte e o morrer, o que difere um do outro é que todas as pessoas estarão mortas eventualmente, mas em relação ao morrer, isso é um processo, que cada um tem o direito de ter, paradoxalmente falando, a pessoa tem o direito de viver a própria morte. A eutanásia é a interrupção desse direito ou o antecipamento da morte. Mas, poucos sabem que existem outros conceitos relacionados à morte e muitos acabam defendendo a eutanásia sendo que acreditam em outro conceito. Temos como outros conceitos:

- **Mistanásia:** quando a morte ocorre por falta de material
- **Distanásia:** quando há a tentativa de afastar a morte a qualquer custo, podendo causar um prolongamento do sofrimento do paciente.
- **Ortotanásia:** quando o paciente possui o direito de morrer dignamente, ou seja, auxílio para a morte sem interrupção do processo, pode ser por alívio da dor por medicamento.
- **Suicídio assistido (eutanásia voluntária):** quando o paciente pede a interrupção do processo.

A eutanásias podem causar grandes polemicas pelo mundo, como as envolvendo recém-nascidos ou crianças não nascidas, porque essas crianças e bebes não possuem o direito de escolha, ficam à mercê das decisões dos responsáveis. Outro exemplo polêmico, é a eutanásia quando apresenta alguma deficiência física, como Osteogênese Imperfeita.

Conclusão

A ética pode ser vista por dois pontos de vista gerais:

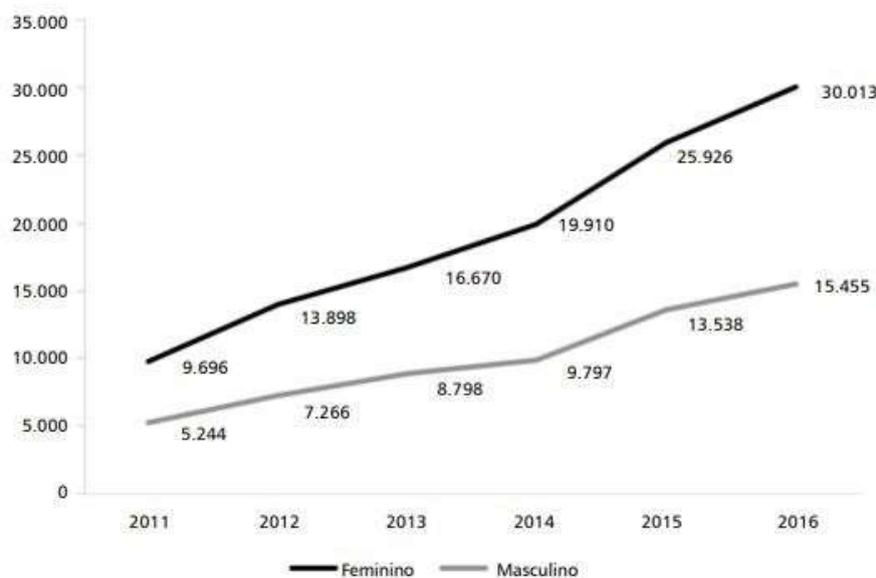
- **Ética Personalista:** visão integral da pessoa humana.
- **Ética Principlista:** Interpretados sob prioridade variável.

Por conta dessas duas visões, cria-se os debates e as discordâncias que se vive

atualmente. Porque, aquele que enxerga com olhar Principlalista pode ser criticado pelo olhar Personalista (ou ao contrário) mas quem está errado, sendo que os dois são tratados como valores éticos?

Hans Jonas uma vez disse, “Agora estremeçemos no desnudamento de um niilismo, no qual o maior dos poderes se acopla com o maior vazio”. Ou seja, a sociedade está cada vez mais entrando em um vazio ético que clama por novas referências. Isso está gerando um vazio existencial nas pessoas que clamam pelo sentido. A morte é um tema que cada vez mais será banalizada, as pessoas não olham a morte como olhavam antigamente, como comprovam os números de suicídios entre os jovens. Todos clamavam pelo sentido que traria valor aquele vazio existencial, uma referência ao vazio ético.

Boletim Epidemiológico
Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil



Fonte: Sinan/Ministério da Saúde.

Figura 1 – Número de notificações por lesão autoprovocada, segundo sexo e ano, Brasil, 2011 a 2016

Deve-se questionar a ética, porque ela foi criada por homens que erram. Aqui alguns princípios éticos que devem ser questionados:

- Fazer tudo o que é possível à Ciência?
- Intervir no processo da vida ou ela é sagrada?
- Eliminar as características prejudiciais humanas ou formar homens programados?
- O que nos permite hoje dizer que uma lei é justa?

Referências:

1. Garcia D. Fundamento de Bioética. 2 ed. Portugal: Gráfica de Coimbra 2 – Publicações Limitada, 2008. 817 p.
2. Segre M, Cohen C. Bioética. 3 ed. São Paulo: Editora universidade de São Paulo, 2008. 218p.
3. Pessini L, de Siqueira JE, Hossne WS. Bioética em tempo de incertezas. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2010. 455 p.
4. Bento LA. Bioética: desafios éticos no debate contemporâneo. 1 ed. São Paulo: Paulinas, 2008. 462 p.
5. Frankl VE. Psicoterapia e Sentido Da Vida. 2ed. São Paulo: Quadrante, 1986. 352 p
6. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Ministério da Saúde. 48. 2017

DO VENENO À CURA – CURARE: UMA HISTÓRIA DO BRASIL

Roberto Tinoco Miguez¹
tinoco.end@gmail.com
Aline Pelegrini de Oliveira²

Greicy Mara Mengue Feniman de
Stefano³

¹Acadêmico de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas.

²Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas.

³Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas.

Resumo: Desde o descobrimento do Novo Mundo, a natureza abundante e as riquezas naturais chamaram a atenção e aguçaram a curiosidade dos colonizadores. Além da busca por ouro e prata, a exploração do imenso território deu conhecimento aos europeus da utilização de diversas plantas, pela cultura indígena, para finalidades medicinais. Um dos extratos vegetais preparados pelos índios era o curare; um potente veneno utilizado para a caça que, untado nas pontas de flechas e lanças, paralisava o animal atingido e o levava à morte rapidamente. A letalidade do curare foi propagada pelos exploradores aos quatro cantos do mundo e fez parte de toda a mitologia criada sobre o novo continente e sobre os índios, tendo chamado atenção dos cientistas europeus. Ainda que naturalistas e cientistas brasileiros tivessem obtido sucesso na identificação dos princípios ativos do curare, o Brasil aparentemente não seguiu com o desenvolvimento científico para utilização dos mesmos como matérias-primas farmacêuticas. O curare acabou tendo seus princípios ativos purificados e testados por laboratórios internacionais e os curarizantes passaram a ser utilizados como agentes bloqueadores em auxílio da anestesia geral. O Brasil, por conseguinte, perdeu a chance de ter desenvolvido e criado um dos medicamentos mais revolucionários da medicina e o letal veneno dos índios transformou-se em uma ferramenta indispensável para redução dos riscos da anestesia geral, dando origem a uma das classes de medicamentos mais utilizadas na atualidade.

Palavras-chave: curare, anestesia geral e bloqueio neuromuscular.

Introdução

Segundo João Batista de Lacerda (1909 apud Sá 2012)¹:

“O curare é um extrato vegetal, composto de uma, duas ou mais plantas, das quais só duas são verdadeiramente ativas, uma delas pertence à tribo das *Strychnes*, família Loganiáceas, outra à família das Menispermáceas. Por mais variável que possa ser a composição deste veneno indígena, há de encontrar-se nele sempre uma *Strychnea* ou uma menispermácea ou ambas reunidas, embora, conforme as regiões e as tribos, as espécies botânicas empregadas, quer de uma quer de outra planta, sejam diferentes”.

Com essa publicação de 1909, o médico e pesquisador do Museu Imperial de História Natural, encerrava a batalha pública que manteve com o naturalista João Barbosa Rodrigues, onde disputavam a identificação do princípio ativo do curare. As pesquisas do naturalista haviam sido iniciadas durante sua primeira viagem ao vale do Amazonas, em 1873, e foram contestadas durante toda sua vida, já que a publicação do rival viria a ocorrer somente após a sua morte. O poderoso veneno dos indígenas da América do Sul despertou uma enorme curiosidade nos primeiros exploradores que chegaram à região nos séculos XVI e XVII. Desconhecido dos europeus, o veneno de ação paralisante utilizado por algumas tribos indígenas, nas pontas das flechas e dardos lançados por zarabatanas para a caça, era fabricado em um ritual conduzido pelo curandeiro da tribo¹.

O presente estudo é uma concisa revisão bibliográfica que busca compreender como um veneno utilizado pelos índios da América do Sul, mesmo antes do descobrimento desse continente, acabou tornando-se um dos medicamentos mais importantes na medicina moderna e contribuindo para a segurança e evolução dos procedimentos cirúrgicos.

Material e Métodos

Foi realizada revisão de literatura e busca de evidências nas bases de dados Scielo e BVS Brasil, utilizando como palavras-chave: “curare” e “anestesia”.

Os artigos foram selecionados de maneira a criar uma relação espaço/tempo com a história do curare, sua descoberta pelos colonizadores europeus, o início da pesquisa em relação aos princípios ativos do veneno e como o extrato vegetal indígena acabou transformando-se em fármaco industrializado e de que maneira contribuiu com o desenvolvimento da própria medicina.

Resultados e Discussão

Durante o século XIX, o interesse científico pelo curare se intensificou, principalmente após os relatos que atribuíram sua toxicidade às plantas do gênero *Strychnos*. Porém, pouco avanço houve em relação à química do curare até que o químico alemão Rudolf Boehm isolou, em 1886, um alcaloide quaternário extremamente tóxico, que denominou de tubocurarina¹.

Como curiosidade, no início do século XX, o curare era algo tão comum no consciente coletivo da população brasileira, que em 1940 o cantor Orlando Silva gravou no Rio de Janeiro um grande sucesso do compositor Bororó: o samba-choro Curare. O samba é,

inclusive, anterior ao início da utilização do curare como auxiliar na anestesia geral; o que ocorreria só em 1942².

A introdução do curare na medicina inicia-se em 1938, nos Estados Unidos, por meio da colaboração dos laboratórios da Squibb & Sons que obtiveram um produto purificado e seguro para a experimentação em seres humanos. Obtido de uma única planta, *Chondrodendrum tomentosum*, o “Intocostrin” (extrato de curare purificado) tinha ação paralisante seletiva e atingia primeiro os músculos do pescoço e garganta, depois, os músculos esqueléticos das extremidades, tórax e abdome e por fim o diafragma. Em 1942 esse “curare comercial” foi utilizado pela primeira vez como auxiliar da anestesia geral. Procurava-se obter, com o fármaco, um bom relaxamento muscular; o que é difícil de se obter com os anestésicos. A via de aplicação utilizada era a endovenosa e o emprego dos curarizantes passou a evitar o uso do éter (que provocava hipersecreção bronquial) e o uso da anestesia profunda (que criava grande perigo para a respiração e a circulação). Em virtude de suas ações sobre os músculos do pescoço e garganta, o curare tornou a intubação endotraqueal menos penosa³.

Hoje são denominadas curarizantes as substâncias que atuam de modo similar ao curare, tendo como principal local de ação os receptores colinérgicos nicotínicos localizados na junção neuromuscular. A designação de bloqueadores neuromusculares engloba, além das substâncias que atuam nesses receptores, aquelas que de algum modo interferem com a transmissão neuromuscular como, por exemplo, no processo de síntese ou de liberação da acetilcolina^{4,5}.

Na época em que os exploradores do Novo Mundo tomaram conhecimento do curare, que era, então, empregado pelos índios da América do Sul, como veneno em suas flechas, era inimaginável que essas substâncias viessem a desempenhar um papel tão importante para a medicina, especialmente na anestesiologia. É sabido que os diversos anestésicos disponíveis sempre demonstraram uma capacidade inadequada para promover relaxamento muscular satisfatório, principalmente em cirurgia intra-abdominal, esse inconveniente foi contornado pelo emprego dos agentes curarizantes⁴.

A partir da expansão do uso dessas substâncias, surgiram duas escolas disputando as técnicas a serem utilizadas quando de sua administração. A Escola Americana preferia utilizá-las em doses moderadas tão somente para intensificar o relaxamento obtido com o anestésico; a Escola Inglesa, entretanto, defendia a administração de doses maiores, a ponto

de paralisarem a musculatura respiratória e, como um corolário, respiração controlada. Uma consequência ao uso dessa técnica foi a substituição do plano profundo de anestesia por planos superficiais, inclusive para promover o relaxamento das cordas vocais necessário à intubação traqueal. A aceitação crescente do curare induziu químicos e farmacologistas a perseguirem a síntese de produtos que apresentassem vantagens sobre seus congêneres naturais. O período entre 1945 e 1952 foi especialmente fértil a esse propósito e a estrutura química da d-tubocurarina foi tomada como modelo. A succinilcolina surge nessa época e, ao contrário da d-tubocurarina e dos curarizantes a ela similares, não atuava inibindo a ação da acetilcolina e sim despolarizando a placa motora. Essa distinção serviu de critério para a classificação dos curarizantes, em Despolarizantes e Não Despolarizantes, aplicada até os dias de hoje^{4,5}.

Conclusão

O estudo ilustra com fidelidade a trajetória histórica do mitológico veneno dos índios da América do Sul, apontando as importantes pesquisas realizadas para identificação de seus princípios ativos e como essas descobertas criaram um enorme interesse internacional que culminou no desenvolvimento dos curarizantes para o uso em cirurgias gerais. Apesar do grande empenho de cientistas brasileiros para identificar os princípios ativos no extrato vegetal do curare, infelizmente, o desenvolvimento do fármaco acabou ocorrendo em laboratórios internacionais e o Brasil perdeu a chance da posse das patentes dessa classe de fármacos importantíssima para realização de cirurgias em todo o mundo.

Referências

1. Sá MR. Do veneno ao antídoto: Barbosa Rodrigues e os estudos e controvérsias científicas sobre o curare. Rev Soc Bras Hist Cienc [Internet]. 2012[acesso em 7 Set 2018]; 5 (supl): 12-21. Disponível em: https://www.jbrj.gov.br/sites/all/themes/corporateclean/content/publicacoes/SBHC%202012_suplemento.pdf.
2. Dicionário Cravo Albin da Música Popular Brasileira [homepage na internet]. Bororó [acesso 5 out 2018]. Disponível em: <http://www.dicionariompb.com.br/bororó/dados-artisticos>.
3. Limongi JP. O uso do curare como auxiliar da anestesia. Rev Med USP [Internet]. 1946 Jul [acesso em 7 Set 2018]; 359-64. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46985>.

4. Duarte DF. Curarizantes – Das suas origens aos dias de hoje. Rev Bras Anesthesiol [Internet].2000[acesso em 7 Set 2018]; 50(4): 330-6. Disponível em: <http://files.andreonetm.webnode.com.br/200000659-b474cb56ed/Subst%C3%A2ncias%20Curarizantes.pdf>.
5. Hibbs RE, Zambon AC. Fármacos que atuam na junção neuromuscular e nos gânglios autônomos. In: Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman e Gilman. 12.^a ed. Porto Alegre: AMGH; 2012. p. 255-75.

Brigada Mirim

Rodolfo da Silva Fossa¹
fossarodolfo@gmail.com

André Campos Benedetti, Débora Machado Matos, Giovanna Saraceni Tecelão, Leticia Ricardo

Diamantino e Lucas Magalhães Barbosa¹

Luiz Antônio Vane²

¹Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

²Docente do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC – Humanitas

Resumo: O Comitê da IFMSA Brazil Humanitas em conjunto com o Batalhão do Corpo de Bombeiros, promoveu na Escola Pinheirinho dos Palmares o curso de “Brigadista Mirim” como um instrumento, atuando, especialmente, com foco na promoção da qualidade de vida, prevenção da criminalidade e da violência, através de um conjunto estruturado de políticas públicas voltadas para a inclusão social, integração e mobilização comunitária¹. Esse conjunto de ações tem como eixos principais a defesa da vida, o respeito à cidadania e a garantia dos direitos fundamentais da criança e do adolescente. No projeto, os alunos aprenderam noções nas atividades de Defesa Civil, Primeiros Socorros, Combate a Incêndio, Oceanografia, Preservação do Meio Ambiente, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Drogas e seus Malefícios, Profissões, Acidentes Domésticos, Acidentes Automobilísticos, Animais Peçonhentos e Aclonamento dos Órgãos Públicos nos Eventos Adversos.

Palavras-chaves: Brigada, Bombeiros, Educação.

Introdução

Diante dos diversos problemas que afetam nossa população, em virtude da vulnerabilidade assistida em bairros carentes, muitas famílias necessitam de novas opções de atividades para seus filhos não se exporem a problemas sociais, juntamente com outra parcela da sociedade que carece de auxílio para terem suas condições básicas atendidas. É de amplo conhecimento que muitos problemas sociais, como por exemplo, a marginalização, a criminalidade e a violência surgem quando a população passa privação de seus direitos essenciais. Assim, a busca de soluções para essas questões

negativas deve surgir de uma aplicação integrada das políticas públicas, por meio da união do Poder Público e da Sociedade Civil Organizada². Dessa forma, acreditamos que essa proposta de trabalho solidário contribuiu para a construção da cidadania do indivíduo e do desenvolvimento social de nossas crianças e adolescentes, que serão os adultos do amanhã. Baseando-se nisso, definimos o lema “Brigada de Bombeiro Mirim” como um mecanismo transformador em promover: "A construção de um futuro melhor!"³

A “Brigada de Bombeiro Mirim” tem como missão contribuir para a melhoria da população de nossa cidade, proporcionando condições favoráveis que auxiliem na formação integral das crianças, pré-adolescentes e adolescentes de famílias residentes no município, independentemente de classe social, etnia, raça, classe econômica e credos.

Material e Métodos:

Os materiais foram disponibilizados pelo Corpo de Bombeiros conforme seu planejamento orçamentário aprovado pela Secretaria de Segurança Pública do Estado em 2017, para ações de promoção e qualidade de vida. Portanto, não houve gastos na ação. Às crianças, também foram ensinadas técnicas básicas, como: massagem cardíaca, aferição de pulso e respiração, utilizando manequim torso para treino de RCP e manobra de Heimlich e manequim bebê para treino de RCP e manobra de Heimlich. Com o objetivo de quantificar a efetividade da ação o comitê da IFMSA Brazil Humanitas utilizou placas de “ Sim” e “Não” levantadas pelos alunos respondendo às perguntas realizadas.

Resultado e Discussão

Atingiu-se como resultado: Maior integração dos alunos; Melhora da postura preventiva dos alunos; Aumento no envolvimento dos alunos com a escola; Melhora na postura e comportamento dos alunos, devido ao papel de liderança nas atividades exercidas pelos alunos participantes do projeto; Identificar a Organização dos Serviços de Bombeiros; Efetuar uma Ligação para os serviços de emergência; Prevenção, extinção de incêndios; Partes do corpo humano; sistema esquelético; Atendimento a Primeiros Socorros; Simulado de Emergência; Prevenção de Acidentes Domésticos; Trânsito, alimentação saudável e higiene. Participaram do evento 142 crianças na faixa etária de 9 e 10 anos ^{4,5}.



Foto1: Placas utilizadas para quantificar o aprendizado

Fonte: Fotografia do autor



Foto 2: Alunos respondendo às perguntas.

Fonte: Fotografia do autor



Foto 3: Alunos assistindo as manobras no manequim

Fonte: Fotografia do autor



Foto 4: Alunos localizando o esterno
Fonte: Fotografia do autor



Foto 5: Alunos respondendo as questões.

Fonte: Fotografia do autor



Foto 6: Comitê da IFMSA Brazil Humanitas

Fonte: Fotografia do autor



Imagem 1: Logo da IFMSA Brazil Humanitas

Fonte: Direção Nacional da IFMSA Brazil

Conclusão

Com os objetivos que eram esperados concluímos que houve um auto aprendizado por parte deste comitê. Somando-se a isso, a interação com uma comunidade marginalizada mostrou a necessidade de realizar atividades periódicas a fim de ajuda-los a esclarecer assuntos básicos que podem mudar a vida daquelas pessoas. O ponto negativo foi a impossibilidade de não palestrar para todas crianças, podendo levar informações que podem mudar a vida delas. O que essa atividade trouxe de diferente foi que conseguimos nos colocar no lugar daqueles alunos, assim, mexendo conosco e fazendo-nos refletir como podemos ajudar aquele bairro em um futuro próximo. Essa atividade contribuiu de maneira ímpar para o comitê da IFMSA Brazil Humanitas, pois percebeu-se a necessidade de olharmos e fazermos sempre mais para as pessoas que estão necessitadas, já que estamos em um meio que a informação é de fácil acesso e não é difícil realizar projetos e campanhas que promovam uma melhor qualidade de vida, assim acreditamos que devemos ajudar sempre a comunidade onde vivemos.

Referências

1. Braga CF. Informações técnico-pedagógicas: recreação e jogos. Porto Velho- R O. [Trabalho de conclusão de curso] - Faculdade Dom Bosco de Educação Física; 2012.p.23-5. [acesso em 2018 out. 6]. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/4595/1/2012_NeziaBrazMartins.pdf.
2. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e da outras. [Internet]. Brasília, DF; 2003. [acesso em 2018 out.6]; Capítulo IV: Do Direito à Educação, à Cultura,

ao Esporte e ao Lazer, p.15-6. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.html.

3. Sadi Sampaio R, Daolio J, Brito M., et al. Esporte, política e sociedade [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília, Centro de Educação a Distância; 2004 [acesso em 2018 out.6]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/123456789/227/modulo01EsporteSociedade.pdf?sequence=3%20>.

4. Coletivo de autores. Metodologia do ensino de educação física. [Internet]. São Paulo: Cortez; 1992.

[acesso em 2018 out. 6]. Disponível em: https://feffd.ufg.br/up/73/o/Texto_49_-_Coletivo_de_Autores_-_Metodologia_de_Ensino_da_Ed._Fisica.pdf

5. Freire JB. Educação de Corpo Inteiro: teoria e prática da educação física. 2ª. ed. São Paulo, Brasil: Scipione Ltda; 1991.p.80-6.

DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS NO BRASIL

Rodolfo da Silva Fossa¹
fossarodolfo@gmail.com
José Roberto Rodrigues²

¹Acadêmico de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

²Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC-Humanitas

Resumo: A doação e o transplante de órgãos é um processo trabalhoso e delicado que depende da confiança da população no Sistema Único de Saúde (SUS) e do comprometimento dos profissionais de saúde no diagnóstico de morte encefálica. O Brasil é o segundo país do mundo em número de transplantes e, para consolidar essa conquista, é crucial a atuação do Ministério da Saúde, dos governos estaduais, das entidades de classe e profissionais de saúde em todo o sistema de doação e transplantes. Com isso, conclui-se que mesmo sendo o país com o segundo maior número de transplantes, ainda, somos incipientes na educação sobre a doação de órgãos, e que com essa falta de conhecimento perdem-se, todos os dias, vários órgãos saudáveis que poderiam ser utilizados para salvar mais vidas.

Palavras chaves: Doação, transplantes, órgãos.

Introdução

O transplante e a doação de órgãos são temas polêmicos que têm despertado interesse e discussões nas comunidades leigas e acadêmicas. A falta de esclarecimento, o noticiário sensacionalista sobre tráfico de órgãos, a ausência de programas permanentes voltados para a conscientização da população e o incentivo à captação de órgãos contribuem para alimentar dúvidas e multiplicar mitos e preconceitos.

Talvez, por essas razões, haja número insuficiente de doadores e grande perda de potenciais doadores, prolongando o sofrimento de pacientes que dependem da doação de órgãos, condenando-os a permanecer em uma interminável lista de espera¹. A doação de órgãos e tecidos é vista pela sociedade, em geral, como um ato de solidariedade e amor dos familiares. No entanto, ela exige a tomada de decisão num momento de extrema dor e angústia motivadas pelo impacto da notícia da morte, pelo sentimento de perda e pela interrupção inesperada de uma trajetória de vida².

O objetivo deste estudo é realizar uma revisão bibliográfica sobre os fatores associados à educação específica para doação de órgãos e enfatizar como um maior

nível de conhecimento do tema influi de forma positiva nas estatísticas de doações de órgãos.

Material e Método

O trabalho será uma revisão bibliográfica, do tipo descritiva que incluirá o levantamento de artigos de periódicos eletrônicos e outros tipos de publicações científicas, no período de 2010 a 2017. O conteúdo teórico formado por essa revisão bibliográfica servirá de fundamentação teórica para subsidiar a pesquisa. Analisou-se vários artigos científicos e publicações científicas outras, pertinentes ao tema. O critério de inclusão dos artigos levou em conta sua estratificação no sistema Qualis-Capes em relação ao tema: transplante e doação de órgãos.

Resultado e Discussão

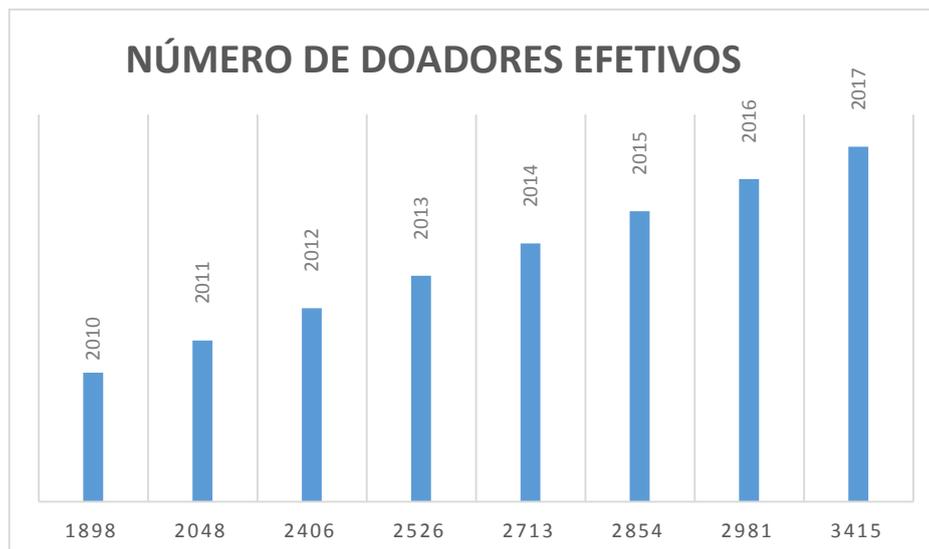
Em 2017, a taxa de doadores efetivos cresceu 14%, atingindo 16,6 pmp (por milhão de pessoas). Esse acréscimo permitiu atingir o objetivo previsto pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos– ABOT em 2015, que decorreu do aumento de 3,8% na taxa de notificação de potenciais doadores (51,6 pmp) e de 10,2% na taxa de efetivação de doadores (32,4%). Destacaram-se no Estado de Santa Catarina -SC (40,8 pmp) com aumento de 10,9% e no Estado do Paraná-PR (38,0 pmp) com incremento de 26,2%, únicos estados que ultrapassaram os 30 doadores pmp. Apenas SC efetivou 50% dos potenciais doadores. É interessante observar que, nos últimos oito anos, de 2010 a 2017, a taxa de doadores efetivos cresceu 69%, tendo passado de 9,9 pmp para 16,7 pmp, enquanto a taxa de notificação de potenciais doadores aumentou 41% e a de efetivação da doação um incremento de 21%.

Imagem 1 – Mapa do Brasil por Regiões



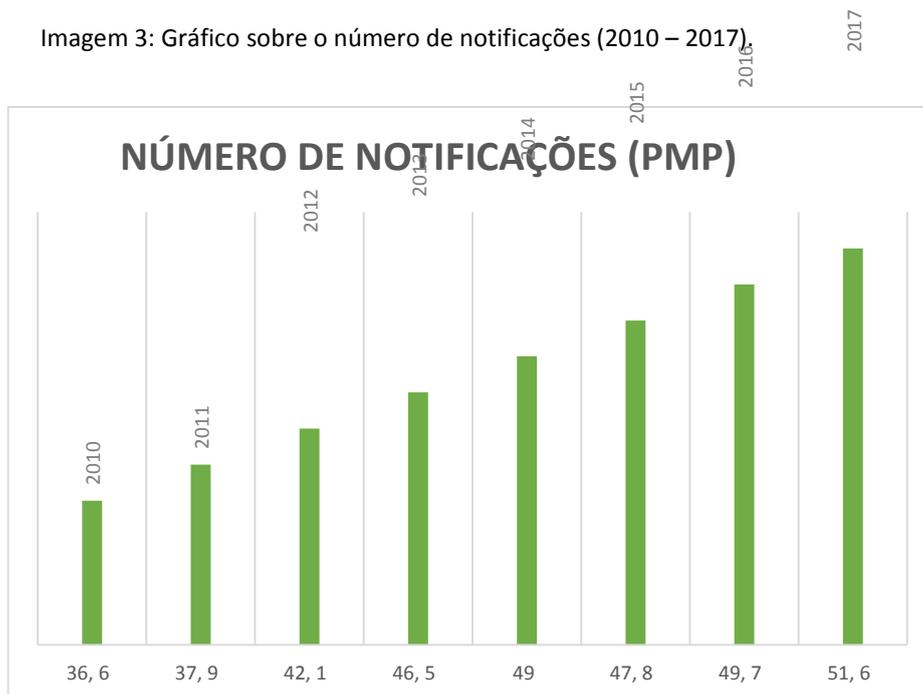
Fonte: Pixabay⁴

Imagem 2: Gráfico sobre o número de doadores efetivos (2010 – 2017).



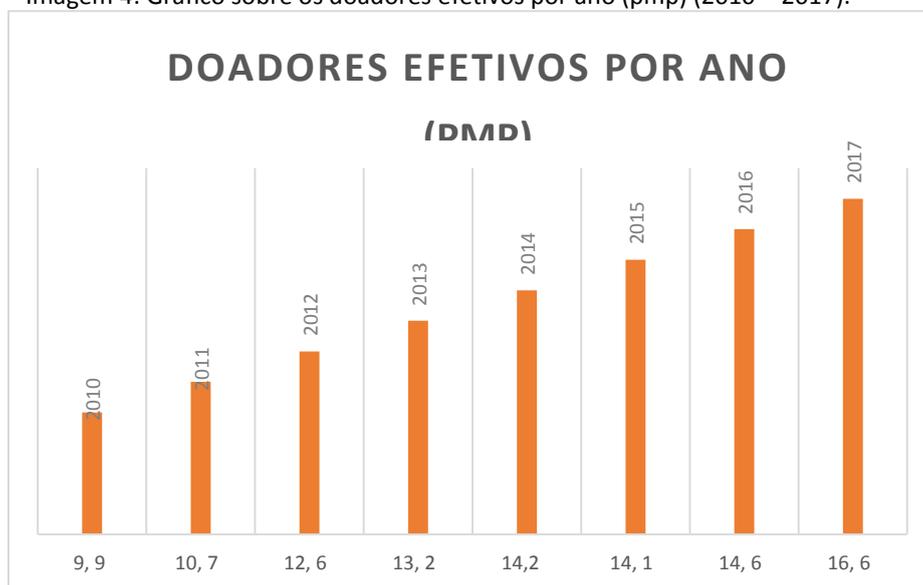
Fonte: Criado pelo autor do resumo com base nos dados disponíveis⁵.

Imagem 3: Gráfico sobre o número de notificações (2010 – 2017).



Fonte: Criado pelo autor do resumo com base nos dados disponíveis³.

Imagem 4: Gráfico sobre os doadores efetivos por ano (pmp) (2010 – 2017).



Fonte: Criado pelo autor do resumo com base nos dados disponíveis³.

Tabela 1: Relatório da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos publicado em 2017.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Números de doadores efetivos	1898	2048	2406	2526	2713	2854	2981	3415
Número de doadores efetivos (pmp)	9,9	10,7	12,6	13,2	14,2	14,1	14,6	16,6
Número de notificações (potenciais doadores)	6979	7238	8025	8871	9351	9698	10158	10629
Número de notificações (pmp)	36,6	37,9	42,1	46,5	49	47,8	49,7	51,6
Recusa familiar	1800	1937	2315	2622	2610	2613	2571	2740
Percentual de recusa das entrevistas	indisponível	indisponível	41%	47%	46%	44%	43%	42%
Parada cardíaca	1279	1205	1188	1292	1156	1164	1136	1232
Contraindicação médica	991	832	836	1150	1349	1416	1594	1559
Outros	1011	1216	1280	1281	1523	1651	1876	1683

Fonte: ABTO-Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes³

Conclusão

Para manter o crescimento da doação e transplante de órgãos e obter melhores resultados, é fundamental que, em 2018, sejam incorporados no incremento financeiro do Ministério da Saúde, alguns procedimentos que estão há 20 anos sem reajuste, como o acompanhamento pós-transplante, a intercorrência pós-transplante, os testes imunológicos e também o transplante de pâncreas e rim.

Referências

1. Mendes KDS, Roza BA, Barbosa SFF, et al. Transplante de Órgãos e Tecidos: Responsabilidades do enfermeiro. Revista Texto Contexto Enferm, Florianópolis[Internet]. 2012 [acesso em 2018]; 21(4): 945-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/27>.
2. Alencar SCS. Doação de órgãos e tecidos: a vivência dos familiares de crianças e adolescentes doadores. [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2006.p.8-33. [acesso em 2018 out 8]. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oSilviaAlencar.pdf>.
3. ABTO-Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes: Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado. 2017. [acesso em 2018 out 6]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2017/rbt-imprensa-leitura-compressed.pdf>.
4. Pixabay. Mapa das regiões do Brasil. [homepage da Internet]. 2013 [acesso em 2018 out 10]. Disponível em: <https://pixabay.com/pt/brasil-geografia-mapa-regi%C3%A3o-153889/>.

MODELOS EXPERIMENTAIS PARA INDUÇÃO DE DIFERENTES TIPOS DE CONVULSÕES

Rodrigo Corrêa Falcão Rodrigues Alves¹

rodrigo_c_r@hotmail.com
Vinicius de Calasans Timaco¹

Greicy Mara Mengue Feniman de Stefano²

¹Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC- Humanitas -

²Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos- FCMSJC-Humanitas

Resumo: O cérebro humano é um tecido de imensa complexidade. É através dele e do Sistema Nervoso Central (SNC) que o organismo consegue realizar as funções, de maneira coordenada e integrada. Os neurônios, principais células desse sistema, são capazes de realizar sinapses, mecanismo integrador pelo qual impulsos elétricos são transmitidos pelas células carregando informações que, de acordo com seus destinos, terão variadas respostas sistêmicas. São as sinapses que estão intrinsecamente relacionadas à transmissão de impulsos sensitivos, motores e armazenamento das memórias. As convulsões são deflagrações rítmicas, sincrônicas e desordenadas do SNC, que alteram o equilíbrio dessa transmissão de impulsos, cujo resultado é uma mudança transitória do comportamento. Agentes exógenos podem, dependendo de suas características, estimularem elétrica ou quimicamente as sinapses e, baseado nisso, foram criados diferentes modelos experimentais para o estudo das convulsões, dentre eles o Eletrochoque Máximo Convulsivo (EMC) e o modelo de convulsões induzidas por Pentilenotetrazol (PTZ). A partir desses modelos, pode-se estudar com maior precisão a fisiopatologia de eventos induzidos, bem como fármacos que possam agir de forma a diminuir a excitabilidade do SNC prevenindo a ocorrência de convulsões. O presente trabalho teve como objetivo fazer uma breve revisão desses dois modelos experimentais.

Palavras-chave: Convulsão, Eletrochoque Máximo Convulsivo (EMC), Pentilenotetrazol (PTZ).

Introdução

O Sistema Nervoso Central (SNC) é composto por inúmeras células, classificadas com base em suas funções, localização e características moleculares. Como resultado dessa heterogeneidade, tem-se um órgão com mecanismos de atuação elaborados para coordenar de forma quase sempre eficaz, o organismo e suas integrações. A atividade elétrica nervosa como excitatória em nervos e músculos foi descrita inicialmente por Luigi Galvani, ainda no século 18. No entanto, o neurônio e seus aspectos fisiológicos bem como a anatomia encefálica foram estudados anos antes por diversos neurocientistas¹.

Entre as principais neuropatias conhecidas que afetam o SNC, possuidora de intenso e antigo estereótipo, está a epilepsia. Para James O. McNamara², a terminologia “crise convulsiva” se refere ao distúrbio neurológico referente às deflagrações rítmicas, sincrônicas e desordenadas de neurônios, enquanto “crise epiléptica” é a alteração comportamental advinda dessa atividade neuronal anormal. Tradicionalmente, as manifestações das crises epiléticas que envolvem contrações musculares, têm sido denominadas de convulsões tônicas e clônicas. Convulsões tônicas consistem em contrações musculares sustentadas, geralmente duradouras, enquanto as clônicas são uma série de contrações mioclônicas que se repetem regularmente. Há também as tônico-clônicas, uma combinação de ambas, caracterizada por tonia inicial que evolui para clonia³.

O objetivo desse trabalho é colher informações relevantes sobre os principais modelos convulsivos empregados no estudo de convulsões em animais e na determinação de drogas potencialmente protetoras desse estado, estabelecendo comparativos entre eles, breve histórico e tipos de convulsões induzidas.

Material e Métodos

Foi realizada revisão de artigos publicados nas bases de dados Medline/PubMed utilizando as palavras-chaves “(maximal electroshock seizure AND pentylenetetrazole AND models)”.

Resultados e Discussão

Para o refinamento do estudo da epilepsia e seus tratamentos, foi necessário induzi-la em animais através de metodologias específicas e modelos de experimentação hoje muito bem estabelecidos. Assim, foi possível conhecer não só os mecanismos fisiopatológicos, mas também as drogas que oferecem a terapêutica mais adequada.

Um desses modelos in vivo é o Eletrochoque Máximo Convulsivo (EMC), o qual foi preconizado por Toman et al.⁴ e tem como base a excitação sináptica pela eletricidade. A necessidade de se estudar os limiares das convulsões e drogas que os alterem, levou ao uso do EMC, já que até então, constatava-se que os melhores efeitos clínicos anticonvulsivos vinham de drogas que conseguiam alterar o limiar gerado por esse estímulo externo. Pelo menos duas razões embasam o modelo e sua extensa utilização: a) a alta relação entre a habilidade da droga em inibir convulsões induzidas por EMC em roedores e sua eficácia nas

epilepsias em humanos; b) a facilidade em se detectar os efeitos dos anticonvulsivantes em roedores. O método tradicional utilizou gatos, coelhos albinos e ratos Sprague-Dawley, aplicando choques cuja potência variava de 0 a 700 milampères (mA). Os eletrodos eram inseridos através da córnea ou da orelha⁴.

Estudos posteriores⁵ verificaram que eletrodos córneos geram convulsões mais brandas do que eletrodos na orelha e os circuitos neuronais ativados que culminaram na crise convulsiva eram diferentes. Ao lado oposto, eletrodos de eletroencefalograma (EEG) eram posicionados para monitorar as atividades convulsivas dos animais. Na determinação do limiar convulsivo, choques com mesma duração foram aplicados em intervalos de tempo, tendo suas correntes aumentadas, até a ocorrência da convulsão mínima, a qual consistia em pelo menos 10 segundos de movimento facial clônico sem a perda de reflexos. O aumento progressivo da corrente que produzia efeitos clônicos generalizados ou fase tônica inicial foi denominado choque submáximo. A partir do momento em que o aumento da corrente não mais alterava nenhum padrão convulsivo, estabelecia-se o EMC. Na avaliação da droga anticonvulsiva, choques supra-máximos eram administrados e a atividade neurológica animal era examinada e sua atividade tônica monitorada⁴.

Relata-se a presença de cinco componentes convulsivos verificados em quase todas as amostras: a) Período de latência: duração de 2 segundos; b) Componente flexor da fase tônica: flexão tônica de musculatura de patas, com tremor, durando três segundos; c) Componente extensor da fase tônica: extensão tônica de musculatura de patas com pouco tremor ou ausente, seguida por relaxamento, durando 14 segundos; d) Fase clônica; e) Período de depressão pós-convulsão: redução na habilidade de realizar contatos e reações com o meio⁴. As convulsões tiveram mesma duração nas amostras, o que determinou que todas as convulsões desse tipo, mesmo em diferentes exemplares, requerem as mesmas quantidades de energia. Essa oferta energética pode ser reduzida por drogas, como por exemplo, fenitoína, que dissipou a energia por um tempo maior, e possibilitou boa recuperação das convulsões. Todos os circuitos neuronais capazes de desencadear as convulsões foram ativados, sendo sua inativação impossível, demonstrando a característica de resposta cerebral conhecida como “tudo-ou-nada”. Os resultados sugeriram que a eficácia das drogas está mais relacionada com suas capacidades de diminuir a força pela qual o cérebro sustenta as descargas convulsivas do que modular o limiar convulsivo. A fenitoína foi igualmente eficaz no tratamento de vários tipos de convulsão em relação ao fenobarbital, mas, ao mesmo tempo, não conseguiu alterar

os limiares provocados por EMC⁴. O EMC é ainda o método eletrofísico considerado padrão ouro para testar, em fases iniciais, drogas potencialmente anticonvulsivas, prevendo quantitativamente suas eficácias em humanos⁶.

Outro importante modelo para estudo de convulsões in vivo envolve o pentilenotetrazol (PTZ), um derivado bicíclico do tetrazol. É caracterizado por ter alta biodisponibilidade devido a sua fácil penetração nas membranas celulares, rápida distribuição e habilidade epileptogênica ao bloquear as transmissões sinápticas mediadas por ácido gama amino-butírico (GABA), neurotransmissor inibitório e que possui ação descrita em três receptores: GABA_A, GABA_B e GABA_C⁷.

O PTZ teria efeitos principalmente em GABA_A, receptor constituído por ionóforo do Cl⁻. Esse modelo foi definido como uma substância capaz de provocar convulsões clônicas seguidas por tônico-clônicas, de longa-duração, visto que quando os animais desenvolviam convulsões por PTZ, depois de meses, eles continuavam a apresentar crises epiléticas, mesmo sem nova aplicação da droga⁸. A substância pode ser aplicada de forma subcutânea, intraperitoneal ou endovenosa⁹. Após sua administração, Fischer and Kittner¹⁰ descreveram uma sequência de acontecimentos: Estágio 0: sem convulsões; Estágio 0,5: presença de tremores; Estágio 1: contração inicial; Estágio 1,5: clonia de patas; Estágio 2: convulsões clônicas; Estágio 2,5: contrações e convulsões clônicas rápidas; Estágio 3: contração completa e convulsões de musculatura geral; Estágio 3,5: contração e relaxamento ainda com clonia muscular; Estágio 4: convulsões clônicas generalizadas; Estágio 4,5: convulsões tônico-clônicas generalizadas e falência dos reflexos; Estágio 5: convulsões tônico-clônicas generalizadas e estatus epilético. O modelo PTZ tem sido muito utilizado na atualidade para rápida investigação dos mecanismos epileptogênicos de forma rápida e barata, permitindo acurácia na análise do início das convulsões, da sua intensidade e severidade¹¹.

Conclusão

Ambos os modelos EMC e PTZ já são consagrados na ciência e geram efeitos positivos para o estudo da atividade neuronal. Possuem resultados iguais na investigação de drogas e seus mecanismos de ação, e razoavelmente podem prever a eficácia das doses em humanos de maneiras semelhantes. Drogas diferentes bloqueiam com melhor eficácia cada um dos modelos, fato que demonstra prováveis diferenças moleculares quanto aos mecanismos de ação dos diferentes tipos de convulsões, já que as crises causadas pelos modelos não são

iguais.

Referências:

1. University of Washington. Milestones in Neuroscience [acesso em 2018 set 15]. Disponível em: <https://faculty.washington.edu/chudler/hist.html>.
2. MacNamara JO. Farmacoterapia das epilepsias. In: Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC, editores. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman. 12.ed. Porto Alegre: AMGH, 2012; p. 583-608.
3. Yacubian EMT. Proposta de Classificação das Crises e Síndromes Epilêpticas. Ver Neurocienc. [Internet]. 2002 [acesso em 2018 set 15]; 10(2): 45-65. Disponível em: <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2002/RN%2010%2002/Pages%20from%20RN%2010%2002-2.pdf>.
4. Toman JEP, Goodman LS. Properties of maximal seizures, and their alteration by anticonvulsant drugs and other agents. J Neurophysiol [Internet]. 1946 [acesso em 2018 set 15]; 9 (3): 231-9. Disponível em: <https://www.physiology.org/doi/pdf/10.1152/jn.1946.9.3.231>.
5. Browning RA, Nelson DK. Variation in threshold and pattern of electroshock-induced seizures in rats depending on site of stimulation. Life Sciences [Internet]. 1985 [acesso em 2018 set 15]; 37(23): 2205-11. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0024320585905739?via%3Dihub>.
6. Castel MM, Alves GL, Figueiredo IV, Falcão AC, Caramona MM. The maximal electroshock seizure (MES) model in preclinical assessment of potential new antiepileptic drugs. Methods Find Exp Clin Pharmacol [Internet]. 2009 [acesso em 2018 set 15]; 31(2): 101-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19455265>.
7. Feniman-De-Stefano GMM. Avaliação das atividades sedativa e anticonvulsivante de espécies de Passiflora e preparações fitofarmacêuticas correlacionadas. Botucatu. Tese [Mestrado em Ciências Biológicas]. Universidade Estadual Paulista. 2002 [acesso em 2018 set 15].
8. Dhir A. Pentylentetrazol (PTZ) kindling model of epilepsy. Curr Protoc Neurosci [Internet]. 2012 [acesso em 2018 set 15]; 58(1): 9-37. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23042503>
9. Pitkaten A, Schwartzkroin P, Moshé S. Models of Seizures and Epilepsy. San Diego: Elsevier: 2006; p. 345.
10. Fischer W, Kittner H. Influence of ethanol on the PTZ-induced kindling in rats. J Neural Transm [Internet]. 1998 [acesso em 2018 set 15]; 105(10-12):1129-42. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9928883>.
11. Samokhina E, Samokhin A. Neuropathological profile of the PTZ kindling model. Int J Neurosci [internet]. 2018 [acesso em 2018 set 15]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29792126>.

ADESÃO AO AUTOCUIDADO E APOIO PSICOLÓGICO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO II: BREVE REVISÃO DA LITERATURA

Vera Lúcia dos Santos Neiva¹
vera.neiva@gmail.com

Marluce Auxiliadora Borges Glaus
Leão²

¹Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos - FCMSJC-Humanitas

²Psicóloga, docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC Humanitas

Resumo: O Diabetes Mellitus tipo II (DM tipo 2) é uma doença crônica que em 2017 afetou 370 milhões de pessoas no mundo todo, 12 milhões só no Brasil. Diabetes é uma síndrome metabólica cujo quadro apresenta hiperglicemia provocada pela resistência periférica das células à insulina ou à falta de produção dessa pelo pâncreas. A adesão do paciente ao tratamento é o grande desafio a ser vencido pelos profissionais de saúde, uma vez que seu sucesso depende de diversos fatores, como os sociais e os psicológicos. Realizou-se uma revisão na literatura de artigos no portal Pubmed, nos últimos 18 anos, que teve como objetivo para identificar os estudos que abordam a adesão do paciente diabético tipo 2 ao tratamento relacionada à necessidade de apoio psicológico. A busca resultou em 140 artigos. Após a análise dos resumos, foram excluídos 109 e 31 deles foram distribuídos por área temática que abordavam: 12,9 abordaram a saúde mental do diabético, 9,6% as intervenções psicológicas associadas ao DM2, 51,6% sobre autocuidado e foram 25,8% os associados à Medicina comportamental. Conclui que o apoio psicológico ao paciente diabético tipo 2 ainda é pouco pesquisado, embora os resultados apontem sua eficácia na adesão ao tratamento, à medida que oferece o suporte que o paciente precisa para manter sua saúde mental e o autocuidado.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Apoio psicológico, Adesão ao tratamento.

Introdução

Diabetes é uma síndrome metabólica cujo quadro apresenta hiperglicemia provocada pela resistência periférica das células à insulina ou à falta de produção desta pelo pâncreas¹. Por apoio psicológico entende-se a prática de atenção clínico-psicológica, que visa a escuta e o acolhimento à pessoa no momento de crise. Não tem como finalidade a resolução ou o aprofundamento da questão conflituosa que a pessoa vivencia, mas um momento de

compreensão do seu sofrimento.

O Diabetes Mellitus tipo II (DM tipo 2) é uma doença crônica que em 2017 afetou 370 milhões de pessoas no mundo todo, 12 milhões só no Brasil, segundo dados publicados em 2016 pela Organização Mundial da Saúde (OMS)² e pela Federação Internacional de Diabetes (IDF)³. A previsão é que em 2040 cerca de 642 milhões de pessoas estejam com diabetes tipo 2, um aumento de quase 70%⁴.

Para que o paciente com DM tipo 2 conviva bem com a doença é importante que haja adesão consciente e adequada ao tratamento. Quando isso não ocorre, esse paciente enfrenta a piora e as complicações advindas da doença, inclusive a associação de patologias como problemas cardiovasculares, neurológicos, retinopatias, cegueira, problemas de cicatrização com amputação de membros, neuropatias, entre outras. Conseqüentemente, têm-se o aumento do consumo de medicações, algumas de alto custo, e internações cuja sobrecarga financeira impactam a infraestrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵.

A adesão do paciente ao tratamento é o grande desafio a ser vencido pelos profissionais de saúde, uma vez que seu sucesso depende de diversos fatores, como os sociais e os psicológicos. O paciente ao receber o diagnóstico de diabetes passa a vivenciar restrições alimentares e socioculturais que repercutem em sua saúde mental, comprometendo sua percepção sobre a doença e a qualidade de sua convivência com ela. Conhecer como esta questão vem sendo tratada na literatura científica, mostra-se importante. Para tanto, estabeleceu-se como objetivo de pesquisa, uma revisão bibliográfica para identificar os estudos que abordam a adesão do paciente diabético tipo 2 ao tratamento relacionada à necessidade de apoio psicológico.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo bibliográfico realizado em outubro de 2018, junto ao Portal Pubmed⁶. O levantamento abrangeu artigos indexados nos últimos 18 anos, utilizando-se o conjunto de palavras-chave em português: “Diabetes Mellitus Tipo 2, adesão ao tratamento, apoio psicológico”; e em inglês: “*Diabetes Mellitus Type 2 and Adherence to Treatment and Psychological Support*”.

Foram excluídos os que não abordavam o tema em pauta. Em seguida, sistematizou-se os conteúdos dos resumos, selecionando as temáticas associadas ao apoio psicológico no tratamento do paciente diabético tipo 2.

Resultados e Discussão

A busca resultou em 140 artigos. Após a leitura dos resumos, foram excluídos 109 e 31 deles foram analisados. Esta seleção indica diversidade metodológica associada a diferentes amostras de populações do contexto internacional.

Em relação ao desenho metodológico, 23 artigos reportavam estudos transversais; três foram estudos observacionais; três configuravam revisão sistemática e metanálise, um estudo randomizado controlado multicêntrico e um estudo prospectivo.

O material agrupado resultou nas temáticas que constam na tabela 1.

Seleção de Artigos		
Temáticas Focalizadas	N	%
Saúde Mental do Diabético	4	12,90%
Intervenção Psicológica associada ao DM2	3	9,67%
Autocuidado	16	51,62%
Medicina Comportamental	8	25,81%
Total	31	100,00%

Tabela 1. Seleção de artigos por área temática.

Entre os artigos selecionados, 51% tem como foco principal o autocuidado do paciente, reforçando a importância desse no controle e tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2. Os estudos abrangem diferentes faixas etárias, sexos e condições socioeconômicas. Constatou-se que 12,9% deles mencionam a deterioração da saúde mental do paciente diabético, com o desenvolvimento do quadro de depressão e a diminuição do autocuidado, implicando em complicações da doença. Em 9,6% dos estudos a intervenção psicológica melhorou o autocuidado e o controle do Diabetes. Os 25,8% que estudaram as mudanças comportamentais de pacientes diabéticos tipo 2, constataram sofrimento psicológico, angústia e falta de apoio social associados à diminuição do autocuidado e aumento da depressão.

Os resultados dos estudos apontam a relevância dos comportamentos de autocuidado na adesão ao tratamento, e os diferentes aspectos psicológicos que influenciam esses comportamentos. Destacam o sofrimento psicológico e/ou estresse emocional associado à convivência com a doença, como agravantes para a emergência do quadro de depressão que, concomitantemente, impacta na adesão ao tratamento. Assim, o apoio psicológico é indicado pelo conjunto de produções pesquisadas, para assegurar maior aderência do paciente com DM 2 ao tratamento.

A distribuição das publicações no período pesquisado apresentou a variação demonstrada no gráfico 1.

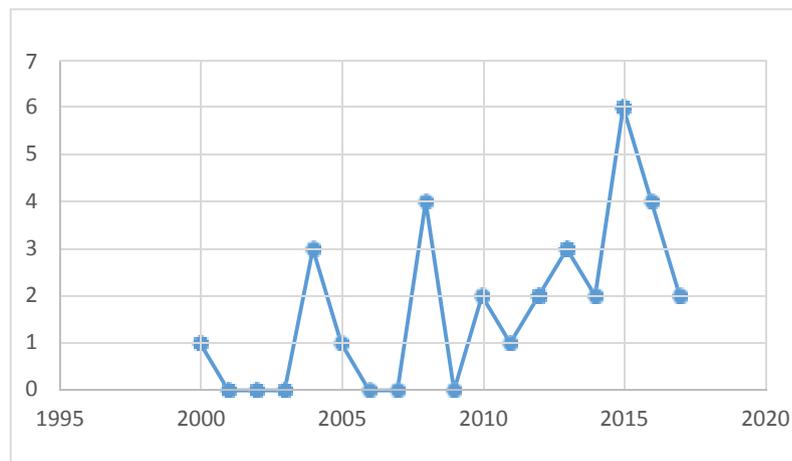


Gráfico 1. Distribuição das publicações por ano, no período pesquisado.

Observa-se que as publicações a respeito do assunto tiveram expressivo crescimento no ano de 2015, seguido de queda substancial em 2017. É possível supor, que essa diminuição indique desinteresse dos estudos pelo assunto, mas certamente não se deve à menor incidência de Diabetes tipo 2 na população em geral.

De um modo geral, como alerta um estudo brasileiro recente⁷ realizado em dois ambientes de um hospital universitário no Sul do Brasil, faz-se importante o controle e orientação permanente dos pacientes com diabetes tipo 2 pelos profissionais de saúde, por meio da implementação de ações na assistência nas instituições de saúde, visando atingir resultados positivos na adesão ao tratamento medicamentoso das pessoas que convivem com a doença.

Conclusão

O panorama estudado indica que o apoio psicológico ao paciente diabético tipo 2 ainda é pouco pesquisado, embora os resultados apontem sua eficácia na adesão ao tratamento, à medida que oferece o suporte que o paciente precisa para manter sua saúde mental e o autocuidado. No entanto, questiona-se em relação ao cenário brasileiro, o acesso restrito dos pacientes a esse tipo de tratamento coadjuvante, seja por seu desconhecimento, falta de condições socioeconômicas, sua disponibilização pelo SUS e até mesmo preconceito.

Pelas dificuldades em aderir ao autocuidado, vital no tratamento do Diabetes, os estudos explicitam que o paciente acometido por esse quadro apresenta sofrimento psicológico, cujas implicações favorecem o desenvolvimento de quadros nosológicos como a depressão, compulsão alimentar, entre outros. Sugere-se levantamentos em outras bases de dados para um quadro mais abrangente sobre este assunto.

Referências

1. Porto CC, Porto AL. Semiologia Médica. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. p.8
2. Brasil. Conselho Nacional de Segurança Alimentar. (acesso em 15 Out de 2018). Disponível em <http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/noticias/2016/oms-alerta-para-aumento-de-casos-de-diabetes-no-mundo>
3. Federação Internacional de Diabetes (IDF). Atlas de Diabetes IDF. (acesso em 15 Out de 2018). Disponível em <http://www.diabetesatlas.org/>
4. Portal Brasil. Governo Federal. Diabetes atinge 9 milhões de brasileiros. (acesso em 15 Out de 2018). Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/diabetes-atinge-9-milhoes-de-brasileiros>.
5. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Números do Diabetes no Brasil. (acesso em 15 de Out de 2018). Disponível em <http://www.endocrino.org.br/numeros-do-diabetes-no-brasil/>
6. PubMed. US National Library of Medicine National Institutes of Health. (acesso em 10 out de 2018) Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
8. Carvalho CV, Rocha LP, Carvalho DP, Da Silva, BT, Oliveira, SM, Silveira, RB. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo II ao tratamento medicamentoso. Rev enferm UFPE [Internet], Recife, 11 (9):3402-9, set., 2017.

ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO: MODELO DE IMPLANTAÇÃO DE GRUPO OPERATIVO DE ASMA

Ygor Vicente Viana Silva¹
Ygor.viana0505@hotmail.com
Rafael Correia Tavares¹
Gabriel Mizutani Takara¹
Gabriela Toledo Catão¹
Victoria Moreas Mendes de Souza¹
Aruanda Frade Cristiano¹
Julia Bueno Caetano¹
Paula Henrique Netto¹
Tamires Carolina Guerra¹
Ana Clara barbosa Camargo Lamparelli¹
Lisandra Azevedo Soares¹
Vera Lucia dos Santos Neiva¹
Marta Lisiane Pereira Pinto De Carvalho²
Alessandra Lorenti Ribeiro³

¹ Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos

² Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos

³ Coordenadora do Programa Integrador do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCMSJC - Humanitas.

Resumo - Este trabalho apresenta o relato experiencial dos alunos do segundo período da graduação de medicina da FCM-SJC, sobre a elaboração de um plano de ação grupo operativo (GO) de asma para crianças e adolescentes, nas unidades básicas de saúde, em parceria com a Equipe da Estratégia Saúde da Família. Realizada uma revisão na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e, por meio de pesquisa descritiva sobre grupos operativos, asma e brinquedoterapia, foram planejados os quatro encontros, definidos num ciclo de um encontro por mês, com duração de 4 meses. Permitindo a participação e o acesso de todos da população alvo. O conteúdo das atividades propostas foi estruturado pelos alunos em reuniões de planejamento. A construção deste projeto resultou na produção de um material que poderá servir como um norteador na implantação de outros GO em ESF do município. Os alunos vivenciaram o processo de gestão de trabalho coletivo em saúde, planejamento e promoção à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Grupo operativo, asma, brinquedoterapia.

Introdução

O Grupo operativo na área da saúde visa não apenas conceber as condições de saúde/doença por meio da transmissão de conhecimento - abordagem utilizada por muitos profissionais da saúde (VINCHA 2014), mas também transformar o conhecimento em atitude, a partir das necessidades e da realidade dos participantes. Na busca sobre asma, perceberam que se trata de uma das doenças respiratórias crônicas (DRC) mais comuns, juntamente com a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), visto que o fator genético influencia para a transmissão da doença, sendo 40% de expressão com apenas um dos pais e, 70%, com os dois. A doença pode ser controlada e o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece o tratamento.

Visando desenvolver esse processo de integração a unidade de saúde, a equipe da ESF, após reunião mensal, apontou o grupo operativo como uma das estratégias de intervenção necessária e viável para ser realizada na parceria de integração ensino-serviço. Este trabalho tem por objetivo descrever o processo de elaboração do grupo operativo de asma, representado na figura 1 .

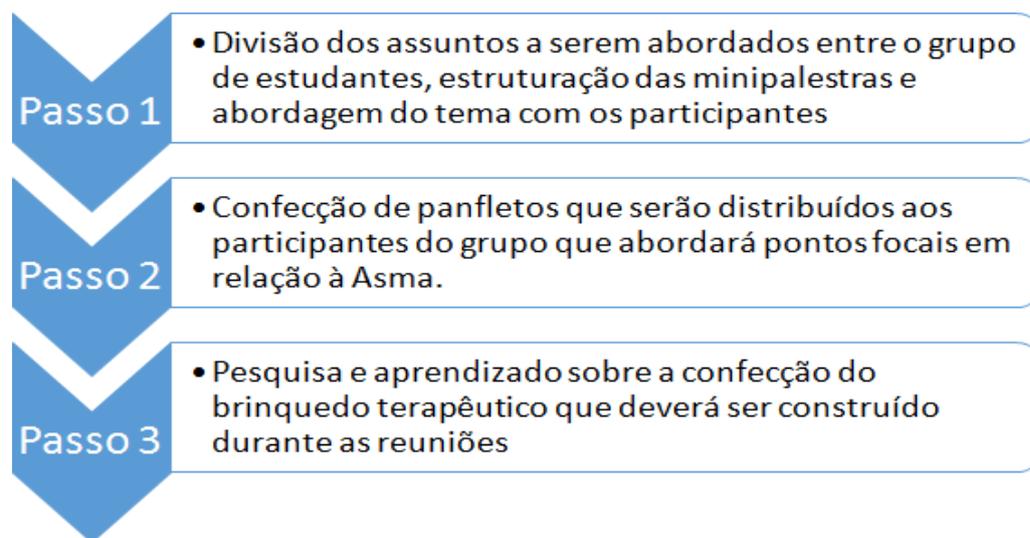


Figura 1 Panorama do planejamento de grupo operativo na ESF, em UBS, São José dos Campos (SP), 2018 Fonte: Elaboração própria

Material e Métodos

Trata-se de um relato descritivo exploratório. Inicialmente, foram incluídos todos os artigos que se encontravam disponíveis nas bases de dados. Para a seleção, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão bibliométricos: artigos publicados nos idiomas português, espanhol e inglês, e artigos publicados entre os anos 2005 e 2017. Estudos que não foram realizados em serviços de saúde foram desconsiderados. Portanto, para essa pesquisa, foram utilizados 20 artigos. Por meio da observação simétrica das referências bibliográficas sobre asma, foram selecionados os conteúdos para fundamentar os encontros.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo chileno Carlos Matus, foi o método adotado para definir as etapas de todo o processo da elaboração do grupo.

Resultados e Discussão

Os alunos compreenderam que a origem do conceito Pichoniano de GO enfatiza o papel importante dos vínculos sociais. Foi neste contexto que construíram o panorama, apresentado na tabela 1, que mostra as etapas para a elaboração de um grupo operativo na unidade da ESF.

Primeiro encontro	Apresentação do programa. Abordaremos a fisiopatologia da asma, fatores desencadeantes, prevenção, tratamento e a importância da adesão ao tratamento.
Segundo encontro	Apresentador do espaçador artesanal e confecção do mesmo.
Terceiro encontro	Compartilhamento de experiências da utilização do espaçados
Quarto encontro	Confraternização para fechamento do programa.

Tabela 1 Panorama do planejamento de grupo operativo na ESF, em UBS, São Paulo (SP), 2018

Fonte: Elaboração própria.

O ato de brincar é, portanto, um fator que motiva uma maior interação na relação profissional de saúde-paciente, subsidiando uma assistência requalificada, de natureza global e integral (LEITE, 2017).. Quando brincar faz parte da assistência à criança asmática, a equipe de saúde, bem como a UBS, também se beneficiam, pois a visão corrente de que ambos são ícones que remetem somente a lembrança de que existe dor, medo e choro, ou seja, apenas aspectos negativos, é relativizada. Em busca da "humanização" do espaço, projetaram a brinquedoteca móvel, visando a diminuir a apreensão da criança sobre o uso do espaçador. Foram propostas atividades voltadas para as crianças em conformidade com os temas explanados aos cuidadores e responsáveis, conforme segue o modelo na figura 2.

1º Encontro	A primeira etapa deve ser composta por uma distração às crianças, como uma história com fantoches, por exemplo, onde um super herói tem seus poderes por meio de um espaçador. O objetivo é motivar as crianças a fazerem a customização do espaçador.	
2º Encontro	As crianças devem confeccionar seu próprio espaçador e assim customizar, deve ser usada a criatividade e originalidade, onde os profissionais de saúde poderão orientar e auxiliar a "enfeitar" o espaçador, com tinta, glitter, lantejolas e etc...	
3º Encontro	As crianças, juntamente com os pais, irão contar a experiência, discutir o uso do espaçador e também expor suas dificuldades, além de tirar dúvidas. O compartilhamento de experiências serve para motivar as crianças e pais que não conseguiram atingir o objetivo do espaçador com brinquedoterapia a continuarem.	

Figura 2 Atividades para brinquedoteca móvel do grupo operativo de asma na ESF, em UBS, São Paulo (SP), 2018 Fonte: Elaboração própria

Os alunos vivenciaram na prática, durante o processo e elaboração, uma das referências teóricas que norteiam o estudo sobre GO, pois ao trabalharem em grupo, objetivando a aprendizagem, foram realizadas tarefas, mobilizados sentimentos, pensamentos e ações (CASTANHO, 2012). Decidiram associar formulários indicadores individuais e coletivos, sendo que, em ambos, as abordagens quantitativas e qualitativas poderão ser exploradas (GAYOTTO, 2003). Finalmente, baseados na teoria de que o processo grupal pode ser avaliado por seis vetores de avaliação, formulados por Pichon- Rivière (2000), que são: pertença; pertinência; comunicação; cooperação; aprendizagem; e tele, os alunos optaram por inserir, ao final, um processo de avaliação nos seguintes vetores: aprendizagem, cooperação e comunicação, pois foram identificados poucos indicadores de avaliações nas pesquisas realizadas neste trabalho.

Conclusão

Através deste trabalho, os alunos tiveram a oportunidade de realizar um planejamento em saúde, incentivando o autocuidado, práticas preventivas e o desenvolvimento sustentável, a partir das necessidades em saúde apontadas. Vivenciaram também a gestão em processo de trabalho em equipe.

Referências

- 1- Castanho, P. Uma introdução aos grupos operativos: teoria e técnica. Vínculo; 2012, v.9, p. 47-60.
- 2- Gayotto, M. L. C. Avaliando o desempenho grupal. In: GAYOTTO, M. L. C. et al. 2003, p.185-219.
- 3- Leite, T.M.C.; Shimo, A.K. Uso do brinquedo no hospital: o que os enfermeiros brasileiros estão estudando. 2017. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a24.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2018.
- 4- Pichon-Rivière, E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes;2000.
- 5- Vincha, K. R. R.; Santos, A. de F.; Cervato-Mancuso, A.M. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. Saúde em Debate, 2017, v. 41, p. 949-962.