

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:

UMA ABORDAGEM INTERPROFISSIONAL
PELO PROGRAMA PET-SAÚDE/UFMS

ORGANIZADORES:

RAFAEL FERREIRA

SANDRA FOGAÇA ROSA RIBEIRO

 **editora
UFMS**

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:

UMA ABORDAGEM INTERPROFISSIONAL
PELO PROGRAMA PET-SAÚDE/UFMS

ORGANIZADORES:

RAFAEL FERREIRA

SANDRA FOGAÇA ROSA RIBEIRO

 **editora
UFMS**



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MATO GROSSO DO SUL**

Reitora

Camila Celeste Brandão Ferreira Ítavo

Vice-Reitor

Albert Schiaveto de Souza

Obra aprovada pelo

CONSELHO EDITORIAL DA UFMS
RESOLUÇÃO Nº 274-COED/AGECOM/UFMS,
DE 27 DE FEVEREIRO DE 2025.

Conselho Editorial

Rose Mara Pinheiro – Presidente
Elizabete Aparecida Marques
Alessandra Regina Borgo
Adriane Angélica Farias Santos Lopes de Queiroz
Maria Lígia Rodrigues Macedo
Cid Naudi Silva Campos
Andrés Batista Cheung
Ronaldo José Moraca
Fabio Oliveira Roque
William Teixeira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Coordenadoria de Bibliotecas – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

Educação permanente em saúde [recurso eletrônico] : uma abordagem interprofissional pelo programa PET-Saúde/UFMS / organizadores: Rafael Ferreira, Sandra Fogaça Rosa Ribeiro. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS, 2025.
219 p. : il. (algumas color.)

Dados de acesso: <https://repositorio.ufms.br>
ISBN 978-85-7613-696-5
Inclui bibliografia.

1. Educação médica. 2. Educação profissional. I. Ferreira, Rafael. II. Ribeiro, Sandra Fogaça Rosa. III. Título. IV. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde UFMS).

CDD (23) 610.7

Bibliotecário responsável: Valdeir da Silva Severino – CRB 1/3.044

ORGANIZADORES
RAFAEL FERREIRA
SANDRA FOGAÇA ROSA RIBEIRO

EDUCAÇÃO
PERMANENTE
EM SAÚDE:
UMA ABORDAGEM
INTERPROFISSIONAL
PELO PROGRAMA
PET-SAÚDE/UFMS

Campo Grande - MS
2025



© dos organizadores:

Rafael Ferreira

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

1ª edição: 2025

Projeto Gráfico, Editoração Eletrônica

TIS Publicidade e Propaganda

Revisão

A revisão linguística e ortográfica
é de responsabilidade dos autores

A grafia desta obra foi atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 1º de janeiro de 2009.

Direitos exclusivos para esta edição



Secretaria da Editora UFMS - SEDIT/AGECOM/UFMS

Av. Costa e Silva, s/n° - Bairro Universitário

Campo Grande - MS, 79070-900

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Fone: (67) 3345-7203

e-mail: sedit.agecom@ufms.br

Editora associada à



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

ISBN: 978-85-7613-696-5

Versão digital: abril de 2025

Obra contemplada no EDITAL AGECOM nº 7/2023

Seleção de propostas para apoio a publicação de livros científicos em formato digital pela Editora UFMS - PUBLICA UFMS/2023



Este livro está sob a licença Creative Commons, que segue o princípio do acesso público à informação. O livro pode ser compartilhado desde que atribuídos os devidos créditos de autoria. Não é permitida nenhuma forma de alteração ou a sua utilização para fins comerciais. br.creativecommons.org

DEDICATÓRIA

À nossa querida Agente Comunitária de Saúde Luciana Pereira da Silva (Lu) (in memoriam), que nos deixou há pouco tempo, mas fez tanto pela Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Judson Tadeu Ribas - Moreninhas III, família e amigos. Suas ações se manterão vivas em nossos corações e carregaremos sempre o AMOR que você compartilhava com todos ao seu redor. Nosso muito obrigado!

EPÍGRAFE

**“Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
E ser feliz”**

(Trecho da música: “Tocando em frente”, composição de Almir Sater e Renato Teixeira que foi tema da apresentação do grupo PET-Saúde UFMS durante a 2ª Conferência Livre de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul)

PREFÁCIO

Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida

Foi com muita alegria e honra que recebi o convite para prefaci-
ciar a obra “EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA ABOR-
DAGEM INTERPROFISSIONAL PELO PROGRAMA PET-SAÚDE/
UFMS”. Essa publicação é fruto das atividades realizadas pelo Progra-
ma de Educação pelo Trabalho para Saúde PET-Saúde – 10ª edição)
Gestão e Assistência, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de
Campo-Grande – Mato Grosso do Sul.

Na perspectiva de fortalecer e qualificar a integração ensino-ser-
viço-comunidade, o PET-Saúde, por meio da educação pelo trabalho,
se constitui um importante dispositivo de aprimoramento do conheci-
mento aos profissionais de saúde no âmbito da Educação Permanente
em Saúde (EPS) e apresenta aos estudantes da graduação a oportuni-
dade de experienciar a interprofissionalidade no contexto do Sistema
Único de Saúde (SUS). O projeto da UFMS e SESAU foi desenvolvido
na alçada da Atenção Básica, junto às Unidades Básica de Saúde da Fa-
mília (UBSF) em especial a UBSF Moreninha, que possibilitou, a este
grupo tutorial, o ensino de aprender juntos, uns com os outros, para
uma assistência integral ao próximo.

Os capítulos que compõem este livro versam sobre temas de in-
teresse do aprimoramento dos profissionais da unidade, como: Diabetes
de Mellitus, Saúde Auditiva, Síndrome de Down, Transtornos Mentais
e Transtorno do Espectro Autista; bem como a importância da integrali-
dade no cuidado em saúde na atenção primária e as perspectivas, avanços

e desafios para o alcance da interprofissionalidade na ótica de estudantes de Enfermagem, Nutrição, Odontologia e Psicologia.

O PET-Saúde muito tem contribuído para avigorar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no país, em especial quanto ao desenvolvimento das práticas colaborativas para o trabalho em equipe, tendo como foco a assistência centrada na pessoa e sua família, inseridos no seu ambiente, com todas as suas singularidades, pautado nos pressupostos do aprendizado interprofissional, em que os saberes se encontram e se complementam de modo explícito e intencional.

Assim, espera-se que essa obra e o PET-Saúde possam contribuir para a qualificação do cuidado, seja para aqueles que estão em processo de formação, seja na melhoria do trabalho e da prática profissional.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
PARTE 1- INTRODUÇÃO DAS AÇÕES DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA	19
CAPÍTULO 1: CONTEXTUALIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE Sandra Fogaça Rosa Ribeiro, Aline Coelho Arruda, Amanda Cristina Leal Kundzins, Emilli Caroline Silva Souza, Cecília Loschi de Medeiros, Giullia Gabrielli Galiciani, Rafael Ferreira	20
CAPÍTULO 2: INTEGRAÇÃO UNIVERSIDADE- SERVIÇO-COMUNIDADE Sandra Fogaça Rosa Ribeiro, Leila Sabrina Ullmann, Gabrielle de Oliveira Paes, Rebecca Mirian Alves de Souza, Mariana Giori Gomes, Maria Luiza Guarienti Piati, Maria Fernanda Figueiró de Araújo, Rafael Ferreira	33
PARTE 2 – ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL AO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA	46
CAPÍTULO 3 : CUIDADOS DE ENFERMAGEM Rebecca Mirian Alves de Souza, Cecília Loschi de Medeiros, Leila Sabrina Ullmann	47
CAPÍTULO 4: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS Emilli Caroline Silva Souza, Maria Fernanda Figueiró, Sandra Fogaça Rosa Ribeiro	55
CAPÍTULO 5: O PAPEL DA NUTRIÇÃO: DA PREVENÇÃO AO CUIDADO Giullia Gabrielli Galiciani, Mariana Giori Gomes, Leila Sabrina Ullmann	61

CAPÍTULO 6: SAÚDE BUCAL

Gabrielle de Oliveira Paes, Maria Luiza Guarienti Piati,
Leila Sabrina Ullmann, Rafael Ferreira 76

PARTE 3 – ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL AO PACIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA 85

CAPÍTULO 7: FLUXOGRAMA DO USUÁRIO NO SUS

Rebecca Mirian Alves de Souza, Cecília Loschi de Medeiros,
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro 86

CAPÍTULO 8: O CORPO COM DEFICIÊNCIA:

ACESSIBILIDADE E INCLUSÃO

Maria Fernanda Figueiró, Emilli Caroline Silva Souza,
andra Fogaça Rosa Ribeiro..... 93

CAPÍTULO 9: DEFICIÊNCIA AUDITIVA E NUTRIÇÃO

Mariana Giori Gomes, Giulia Gabrielli Galiciani,
Leila Sabrina Ullmann 99

CAPÍTULO 10: COMPREENDENDO A COMUNICAÇÃO EM LIBRAS E SEUS DESAFIOS NA ODONTOLOGIA

Maria Luiza Guarienti Piati, Gabrielle de Oliveira Paes,
Rafael Ferreira 106

PARTE 4 – ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL AO PACIENTE COM SÍNDROME DE DOWN NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA 113

CAPÍTULO 11: ASPECTOS FISIOLÓGICOS

Cecília Loschi de Medeiros, Rebecca Mirian Alves de Souza,
Rafael Ferreira 114

CAPÍTULO 12: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

Maria Fernanda Figueiró, Emilli Caroline Silva Souza,
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro 122

CAPÍTULO 13: IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO

Giullia Gabrielli Galiciani, Mariana Giori Gomes,
Leila Sabrina Ullmann 129

CAPÍTULO 14: SAÚDE BUCAL: DA PREVENÇÃO AO TRATAMENTO

Gabrielle de Oliveira Paes, Maria Luiza Guarienti Piati,
Rafael Ferreira 140

PARTE 5 – ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL AO PACIENTE COM TRANSTORNOS MENTAIS NO CONTEXTO

DA ATENÇÃO BÁSICA 144

CAPÍTULO 15: INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL E O CUIDADO PROFISSIONAL

Cecília Loschi de Medeiros, Rebecca Mirian Alves de Souza,
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro 145

CAPÍTULO 16: SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: INCLUSÃO SOCIAL DA LOUCURA

Maria Fernanda Figueiró, Emilli Caroline Silva Souza,
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro 151

CAPÍTULO 17: MATRICIAMENTO E VISITA DOMICILIAR EM SAÚDE MENTAL

Mariana Giori Gomes, Giullia Gabrielli Galiciani,
Leila Sabrina Ullmann 160

CAPÍTULO 18: SAÚDE BUCAL E A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DOS CUIDADORES

Maria Luiza Guarienti Piati, Gabrielle de Oliveira Paes,
Rafael Ferreira 164

PARTE 6 – ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL AO PACIENTE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA 170

CAPÍTULO 19: CUIDADOS GERAIS

Cecília Loschi de Medeiros, Rebecca Mirian Alves de Souza,
Rafael Ferreira 171

CAPÍTULO 20: DIFICULDADES ALIMENTARES	
Giulia Gabrielli Galiciani, Mariana Giori Gomes, Leila Sabrina Ullmann	177
CAPÍTULO 21: SAÚDE BUCAL: DESVENDANDO OS PROBLEMAS MAIS FREQUENTES	
Gabrielle de Oliveira Paes, Maria Luiza Guarienti Piati, Rafael Ferreira	181
CAPÍTULO 22: ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM REDE	
Emilli Caroline Silva Souza, Maria Fernanda Figueiró, Sandra Fogaça Rosa Ribeiro	188
PARTE 7 – INTERPROFISSIONALIDADE NA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NO CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA PELA PERSPECTIVA DO PET- SAÚDE	197
CAPÍTULO 23: PERSPECTIVA PELA PSICOLOGIA	
Emilli Caroline Silva Souza, Maria Fernanda Figueiró de Araújo, Sandra Fogaça Rosa Ribeiro	198
CAPÍTULO 24: PERSPECTIVA PELA ENFERMAGEM	
Rebecca Mirian Alves de Souza, Cecília Loschi de Medeiros, Leila Sabrina Ullmann	203
CAPÍTULO 25: PERSPECTIVA PELA ODONTOLOGIA	
Maria Luiza Guarienti Piati, Gabrielle de Oliveira Paes, Rafael Ferreira	207
CAPÍTULO 26: PERSPECTIVA PELA NUTRIÇÃO	
Mariana Giori, Giullia Gabrielli Galiciani, Leila Sabrina Ullmann.....	211
SOBRE OS AUTORES	
.....	215

APRESENTAÇÃO

Esta é uma coletânea sobre as vivências realizadas a partir de atividades extensionistas do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: exercitando a indissociabilidade da Gestão e da Assistência, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (PET-Saúde/UFMS) em Campo Grande-MS. Trata-se de um programa com fomento do Ministérios da Saúde e da Educação a fim otimizar as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas voltadas às ações de universidade-comunidade-usuário. Nesse cenário, a coletânea procura colaborar na ampliação do conhecimento no âmbito de Saúde Coletiva, por meio dos relatos das atividades desenvolvidas durante o primeiro semestre de 2023, na Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Judson Tadeu Ribas, situada no bairro Moreninha III, vivenciadas pelos autores(as) dessa obra. Trata-se de uma temática especialmente importante ao incluir práticas de Educação Permanente em Saúde para Agentes Comunitários de Saúde que, no contexto atual, diante de um período pós-pandemia, impôs diversas alterações aos serviços e nos determinantes sociais de saúde.

O objetivo geral é oferecer ao leitor(a) (acadêmico, profissional e gestores da área de saúde e comunidade em geral), um panorama das atividades fundamentadas nos princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) a partir de uma visão interprofissional. Para isso, as ações presentes nesse livro foram divididas em partes. As cinco primeiras apresentaram de forma clara e objetiva conceitos referentes à algumas patologias e alterações no processo de saúde-doença de alguns dos principais problemas de saúde pública levantados pelas próprias agentes comunitárias de saúde da Unidade. Ao final, foram expostas as perspectivas com os avanços e desafios do

contato Universidade-comunidade-rede que podem ser beneficiados pela extensão universitária pela óptica de graduandas da área da saúde.

Portanto, essa obra contempla um amplo público alvo, permitindo a promoção e atualização do conhecimento de Educação em Saúde em suas diferentes vertentes (prevenção, cuidado, reabilitação e manutenção) das patologias abordadas. Tais conceitos aplicam-se aos diferentes profissionais da área da saúde que trabalham em âmbito da Atenção Básica e, nesse cenário, destacam-se os Agentes Comunitários de Saúde. Paralelamente, por se tratar de ações dentro da extensão universitária pela óptica da interprofissionalidade, poderão beneficiar graduandos, professores, preceptores e gestores. Os mesmos poderão complementar suas atividades e ações diárias com base nos conceitos e experiências compartilhadas por nossa obra, bem como futuramente o desenvolvimento de políticas públicas e pesquisas (em nível de graduação e de pós-graduação).

Para melhor compreensão das vivências realizadas pelo grupo PET-Saúde, o ebook foi estruturado em 7 partes, sendo que, com exceção primeira, todas as partes foram compostas por 4 capítulos que trazem a temática pela óptica da Enfermagem, Nutrição, Odontologia e Psicologia. Destaca-se que da parte 2 ao 5 possuem um QR Code que permite acesso a apresentação (em pdf) que foi desenvolvida para os encontros de EPS com os ACS. Tal apresentação poderá ser reproduzida (desde que mencionado os autores e respeitando a autoria do material) e adaptada para outras localidades/regiões que não somente do Bairro Moreninha em Campo Grande (MS), mas sim em todo o território nacional. Tal iniciativa visa estimular atividades de EPS, bem como também ações de Promoção em Saúde que envolvam as ACS e que possam minimizar as deficiências e desafios na Atenção Básica. Ao início dos capítulos 3 ao 22, são apresentados alguns tópicos que exemplificam os *highlights*, ou seja, as principais ideias daquele conteúdo de forma curta e objetiva.

A parte 1 “INTRODUÇÃO DAS AÇÕES DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA” surge como uma parcela importante ao introduzir o assunto. Nela, composta pelo capítulo 1 são apresentados conceitos referentes aos Agentes Comunitários de Saúde e que favoreceram a compreensão dessa importante parcela de profissionais que auxiliam nas ações de Atenção Primária à Saúde. Já o capítulo 2 apresenta algumas atividades realizadas que demonstram as experiências vivenciadas pelo grupo PET-Saúde/UFMS no período de 2022.2 e que foram importantes para o desenvolvimento das ações de extensão que foram norteadoras para a escrita deste ebook e que foram melhor detalhadas nas partes 2 ao 6, incluindo a presença de um QR Code que dá acesso das apresentações utilizadas referentes a cada tema.

A parte 2 “ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL AO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA”, compreendendo os capítulos 3, 4, 5 e 6, são abordados os conceitos referentes ao cuidado integral e fluxo dos usuários portadores dessa complicação metabólica dentro do SUS. Conceitos referentes a etiologia, prevenção, manejo clínico das comorbidades dessa patologia. Reforça-se sobre a importância e a necessidade das Linhas de Cuidado na Atenção Básica, sendo uma delas a Linha de Cuidado ao Paciente Diabético.

A parte 3 “ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL AO PACIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA” com os capítulos 7, 8, 9 e 10 trazem a importância da discussão do paciente com deficiência auditiva no âmbito do SUS. Questionamentos referentes à etiologia, tratamento e direitos desses indivíduos são importantes na conscientização sobre quais medidas que repercutem na sua inclusão no ambiente escolar, as barreiras enfrentadas para o acesso aos serviços de saúde, como também as estratégias envolvidas no desenvolvimento de sua comunicação, como por meio da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS).

A parte 4 “ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL AO PACIENTE COM SÍNDROME DE DOWN NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA” com os capítulos 11, 12, 13 e 14 trazem uma abordagem múltipla no cuidado da grande parcela de indivíduos que compõem essa principal alteração genética. O entendimento dos princípios biopsicossociais desses indivíduos gera discussões relacionadas desde o atendimento intrauterino até o seu desenvolvimento pelas diferentes fases da vida que fazem necessitar de cuidados específicos relacionados pela qualidade sindrômica.

A parte 5 “ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL AO PACIENTE COM TRANSTORNOS MENTAIS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA” com os capítulos 15, 16, 17 e 18 surge pela necessidade de quebrar paradigmas relacionados a esses pacientes. Com tal tema buscou-se conscientizar sobre quais as principais características de alguns transtornos, como relacionados com a esquizofrenia, transtorno depressivo, desafios e avanços nas visitas domiciliares a esses indivíduos, matriciamento, o fluxo da saúde mental e o papel da RAPS.

A parte 6 “ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL AO PACIENTE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA” com os capítulos 19, 20, 21 e 22 trazem um importante questionamento acerca dos pacientes com TEA. Foram abordadas questões referentes ao transtorno, ferramentas de diagnóstico, características peculiares relacionados, por exemplo, pela alimentação e condição bucal, que fazem dessa classe de indivíduos ser um grande desafio na Atenção Básica.

A parte 7 “INTERPROFISSIONALIDADE NA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NO CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA PELA PERSPECTIVA DO PET- SAÚDE” com os capítulos 23, 24, 25 e 26 trazem as percepções das graduandas, autoras dessa obra, de acordo com as atividades desenvolvidas no PET-Saúde a partir de uma visão

conectadas com diferentes áreas. As trocas de experiências e o contexto da extensão universitária no curricularização, como por meio do programa PET-Saúde favorecem a troca de vivência que só é possível nesses espaços, favorecendo a relação Universidade-Serviço-Comunidade-Usuário.

Por mais diferentes e distantes que possam parecer as partes, todas elas estão norteadas pela gestão em saúde que podem ser aplicadas não somente na USF Moreninha III, bem como também em outras localidades. Trazemos também uma reflexão da importância de atividades/projetos como o PET-Saúde que surge como um espaço de integração e desenvolvimento de diferentes perfis de graduandos das variadas áreas de conhecimento. Nesse sentido, reforça-se que foram mantidas e respeitadas as diferenças na escrita e construção dos textos/capítulos de forma proposital, pois expressam a singularidade de cada curso. As acadêmicas, equipe de coordenação e tutoria do grupo Pet-Saúde UFMS se entrelaçaram nessas atividades a fim de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades, por meio de uma educação inclusiva e equitativa e de qualidade, promovendo oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para àqueles que cuidam de nós: os ACS.

As atividades mostraram que quanto mais se ensina, mais se tem a aprender. A união interprofissional proporcionou fortalecimento e superação dos desafios da Atenção Básica e, parafraseando Raul Seixas: “Um sonho sonhado sozinho é um sonho. Um sonho sonhado junto é realidade e a possibilidade de realizarmos um sonho é o que torna a vida interessante.”. Juntos, contribuímos para o fortalecimento do SUS. Os organizadores manifestam a todos envolvidos nas atividades do Pet-Saúde-UFMS, edição 2022/2023, algo essencial: nosso muito obrigado!

PARTE 1
INTRODUÇÃO DAS AÇÕES DE
EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

CAPÍTULO 1

CONTEXTUALIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

Aline Coelho Arruda

Amanda Cristina Leal Kundzins

Emilli Caroline Silva Souza

Cecília Loschi de Medeiros

Giullia Gabrielli Galiciani

Rafael Ferreira

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2002), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado em 1991, a fim de fazer a comunicação entre a comunidade e a rede de saúde. Para isso, um requisito necessário é residir na mesma área de atuação da Unidade de Saúde da Família, principal estratégia de Atenção Básica em Saúde, a qual teve sua regulamentação alterada, especialmente no que se refere aos Agentes Comunitários de Saúde, com riscos de perdas e diminuição das contratações, pois no texto da última Política Nacional de Atenção Básica de 2017 (Brasil, 2017) não houve referência ao número mínimo de profissionais dessa categoria por equipe. A despeito disso, esses profissionais têm continuado seu trabalho, sendo uma representação importante da comunidade e, dessa maneira, trabalhado em prol dela, gerando laços e vínculos com os usuários, facilitando a atuação da equipe de saúde na região.

Diante da relevância dessa categoria profissional, o Programa de Educação pelo Ensino da Universidade Federal de Mato Grosso do

Sul (Pet-Saúde/UFMS), um programa com fomento do Ministérios da Saúde e da Educação, observou que diante das mais variadas demandas dentro da Unidade de Saúde, durante as sessões com os trabalhadores em geral, havia a necessidade de comunicação específica com as Agentes Comunitárias de Saúde, desde que apresentavam diversas dificuldades durante a jornada de trabalho, com especificidades que justificavam uma atenção singularizada. A partir disso, propôs-se uma intervenção a fim de que tais questões apresentadas pudessem ser contempladas. A ideia foi das próprias trabalhadoras, que após participarem de uma oficina realizada com todos profissionais, levantaram demandas exclusivas da categoria. A maioria era mulher, por isso, neste artigo, optou-se por usar a designação na forma feminina da profissão – Agentes Comunitárias de Saúde.

Para dar visibilidade e ampliação do foco da problemática da categoria foi necessário buscar ferramentas e conceitos ancorados na Psicologia e na Saúde Pública, especialmente sobre Educação Permanente em Saúde (EPS). Nesse sentido, Merhy (2015) oferece possibilidades de compreensão do processo de trabalho em saúde, a saber:

A possível ampliação do olhar permite, de modo intencional como um regime de visibilidade que se quer ter, ver coisas que não se vê regularmente nesse território do agir no mundo do trabalho: o quanto no cotidiano do fazer no campo de práticas se está permanentemente produzindo conhecimento, reafirmando conhecimento e agindo tecnologicamente no campo do cuidado. E isso se dá a partir do núcleo pedagógico central: o encontro com o outro e a troca de modos de agir e saberes, produzindo sentido ético e político para o seu fazer no campo da saúde (Merhy, 2015, p.10).

Em relação a essa troca de agir e de saberes, ressalta-se a necessidade de escuta do grupo. A escuta não tem muito segredo, mas, também, não é ensinada em cursos ou academias, porém é algo desenvol-

vido e necessário dentro do grupo, como o qual se estava trabalhando. Alves (1999) afirma que escutar é complicado e sutil, talvez seja daí a origem para tais problemáticas apresentadas, a falta de escuta. Por isso surgiu a necessidade de promover um ambiente tranquilo e livre de julgamento, para que as pessoas pudessem expor suas dificuldades e inseguranças quanto ao trabalho, pois, de certa maneira, elas já vivenciam situações complexas, diariamente. Algumas delas só poderiam ser capturadas e analisadas no tempo real, enquanto ocorriam, em meio ao processo, com possibilidades de rupturas, perdas ou ganhos e aprendizado, num legítimo processo de Educação Permanente em Saúde. Isso ficou evidenciado na proposição abaixo:

não há só produção de novos conhecimentos construídos coletivamente, mas também novos processos de formação, sem que se tenha formalmente designado esse como lugar de formação ou capacitação do trabalhador para o exercício das suas funções. Ali, como uma escola permanente, o mundo do trabalho sempre implica em processos formativos, e mais, necessários para a própria atualização da prática de um certo grupo de trabalhadores (MERHY, 2015, p. 9)

Nesse desafiante processo de formação concomitante com a prática, algo importante e recorrente na literatura apareceu, a questão do vínculo emocional exacerbado entre Agentes Comunitárias de Saúde e os usuários (Ribeiro, 2012; Ribeiro, Oliveira, Iwata, Ivers, 2020; Cremonese, Motta, Traesel, 2013; Rosa, Bonfatti, Carvalho, 2012). Por causa dessa interação acabavam, de certa forma, se envolvendo emocionalmente com os problemas e os assuntos familiares dos moradores, pois de certa maneira, o sentimento de frustração por não conseguirem solucionar essas questões acabava sendo algo prejudicial para a sua saúde mental, influenciava e afetava diretamente seu desempenho e rendimento durante o dia a dia no trabalho.

A fim de subsidiar essa questão, cabe recorrer a um aporte teórico da Psicologia, a respeito do conceito de identidade. Nessa direção, Ciampa (2011) apontou que os sujeitos são representações de um dado momento histórico, pertencentes a um conjunto de relações estabelecidas socialmente. Para este autor identidade irá se constituir como metamorfose, um conceito dinâmico, construído pelos grupos dos quais o sujeito faz parte e pelas ações que o mesmo exerce. Portanto, a identidade prescinde um reconhecimento da posição de um sujeito que ora ocupa uma determinada posição e ora ocupa outras dentro de diferentes contextos: “Em cada momento de minha existência, embora eu seja uma totalidade, manifesta-se uma parte de mim como desdobramento das múltiplas determinações a que estou sujeito” (Ciampa, 1989, p.67). Dessa forma, diversas posições sobrepostas da Agente Comunitária de Saúde se entrelaçavam, não necessariamente de forma prejudicial. Entretanto, algumas questões contraditórias, imbricadas com o trabalho acabavam por levá-las a um desgaste.

Logo, a troca salutar entre a equipe desempenha um importante papel frente a esse desgaste, conforme segue a afirmação:

é interessante que possamos nos debruçar intencionalmente sobre isso tudo, pois há um modo possível de se agir nesses lugares com a intenção de aguçar a possibilidade de se reconhecer esse processo como constitutivo do mundo do trabalho, que em si já é uma escola de formação, das mais fundamentais (Merhy, 2015, p.9).

Pode-se ambicionar a ativação desse processo na busca de novas visibilizações e dizibilidades sobre o mundo do trabalho e os processos formativos, na perspectiva da Educação Permanente em Saúde. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009) são atividades que reconhecem o cotidiano como um lugar de invenções, acolhimento de desafios, tomada de decisão sobre acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade. Incluem-se nesse contexto

a mudança de estratégias, o exercício da gestão, participação e prática em equipes, construção de interdisciplinaridade e o desenvolvimento de compromisso entre os trabalhadores, gestores e a instituição.

A EPS demonstra a importância de grupos de interação dentro de unidades de trabalho, já que a comunicação entre a gestão e o restante da equipe é de suma importância para o benefício coletivo e pessoal. A mudança prática na forma de pensar e de agir da gestão é necessária para fundamentar diálogos críticos e problemáticos dentro da equipe, por isso ressalta-se ser indispensável a utilização de grupos de apoio que analisem as experiências do cotidiano de cada trabalhador, facilitando seu modo de ação dentro da unidade e dentro da equipe, pois desempenham o papel de trazer à tona discussões e reflexões importantes. Com isso, torna-se crescente a necessidade da mudança da gestão, a participação popular, a valorização do conhecimento local e a organização das ações em redes.

Ainda, sobre a falta de acolhimento para as Agentes Comunitárias de Saúde, por parte da equipe ou entre elas mesmas, havia um agravante, pois eram as principais personagens quando se precisava do acolhimento para o usuário. Como dito anteriormente e reforçado por vários estudos (Morosini, Corbo, Guimarães, 2007; Oliveira et al., 2010), eram elas que proporcionavam essa integração com a comunidade dentro e fora da unidade. Porém, não se sentiam acolhidas e nem reconhecidas pelo restante da equipe e/ou pelo sistema de saúde. Ainda havia a falta de preparo frente às situações que precisam lidar ao realizarem as visitas domiciliares onde algumas famílias eram formadas por membros que apresentavam deficiências visuais, auditivas, de fala, além de esquizofrenia e autismo, entre outras (Ribeiro, Oliveira, Iwata, Ivers, 2020). Logo, ao analisar essas demandas das Agentes Comunitárias de Saúde, surgiu a proposta da realização de um grupo de apoio, como forma de interação entre elas. Agentes Comunitárias de Saúde: breve histórico da profissão

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2002), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado em 1991, a fim de fazer a comunicação entre a comunidade e a rede de saúde. Para isso, um requisito necessário é residir na mesma área de atuação da Unidade de Saúde da Família, principal estratégia de Atenção Básica em Saúde, a qual teve sua regulamentação alterada, especialmente no que se refere aos Agentes Comunitários de Saúde, com riscos de perdas e diminuição das contratações, pois no texto da última Política Nacional de Atenção Básica de 2017 (Brasil, 2017) não houve referência ao número mínimo de profissionais dessa categoria por equipe. A despeito disso, esses profissionais têm continuado seu trabalho, sendo uma representação importante da comunidade e, dessa maneira, trabalhado em prol dela, gerando laços e vínculos com os usuários, facilitando a atuação da equipe de saúde na região.

Diante da relevância dessa categoria profissional, o Programa de Educação pelo Ensino da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Pet-Saúde/UFMS), um programa com fomento do Ministérios da Saúde e da Educação, observou que diante das mais variadas demandas dentro da Unidade de Saúde, durante as sessões com os trabalhadores em geral, havia a necessidade de comunicação específica com as Agentes Comunitárias de Saúde, desde que apresentavam diversas dificuldades durante a jornada de trabalho, com especificidades que justificavam uma atenção singularizada. A partir disso, propôs-se uma intervenção a fim de que tais questões apresentadas pudessem ser contempladas. A ideia foi das próprias trabalhadoras, que após participarem de uma oficina realizada com todos profissionais, levantaram demandas exclusivas da categoria. A maioria era mulher, por isso, neste artigo, optou-se por usar a designação na forma feminina da profissão – Agentes Comunitárias de Saúde.

Para dar visibilidade e ampliação do foco da problemática da categoria foi necessário buscar ferramentas e conceitos ancorados na

Psicologia e na Saúde Pública, especialmente sobre Educação Permanente em Saúde (EPS). Nesse sentido, Merhy (2015) oferece possibilidades de compreensão do processo de trabalho em saúde, a saber:

A possível ampliação do olhar permite, de modo intencional como um regime de visibilidade que se quer ter, ver coisas que não se vê regularmente nesse território do agir no mundo do trabalho: o quanto no cotidiano do fazer no campo de práticas se está permanentemente produzindo conhecimento, reafirmando conhecimento e agindo tecnologicamente no campo do cuidado. E isso se dá a partir do núcleo pedagógico central: o encontro com o outro e a troca de modos de agir e saberes, produzindo sentido ético e político para o seu fazer no campo da saúde (Merhy, 2015, p.10).

Em relação a essa troca de agir e de saberes, ressalta-se a necessidade de escuta do grupo. A escuta não tem muito segredo, mas, também, não é ensinada em cursos ou academias, porém é algo desenvolvido e necessário dentro do grupo, como o qual se estava trabalhando. Alves (1999) afirma que escutar é complicado e sutil, talvez seja daí a origem para tais problemáticas apresentadas, a falta de escuta. Por isso surgiu a necessidade de promover um ambiente tranquilo e livre de julgamento, para que as pessoas pudessem expor suas dificuldades e inseguranças quanto ao trabalho, pois, de certa maneira, elas já vivem situações complexas, diariamente. Algumas delas só poderiam ser capturadas e analisadas em tempo real, enquanto ocorriam, em meio ao processo, com possibilidades de rupturas, perdas ou ganhos e aprendizado, num legítimo processo de Educação Permanente em Saúde. Isso ficou evidenciado na proposição abaixo:

não há só produção de novos conhecimentos construídos coletivamente, mas também novos processos de formação, sem que se tenha formalmente designado esse como lugar de formação ou capacitação do trabalhador para o exercício das suas funções. Ali, como

uma escola permanente, o mundo do trabalho sempre implica em processos formativos, e mais, necessários para a própria atualização da prática de um certo grupo de trabalhadores (Merhy, 2015, p. 9)

Nesse desafiante processo de formação concomitante com a prática, algo importante e recorrente na literatura apareceu, a questão do vínculo emocional exacerbado entre Agentes Comunitárias de Saúde e os usuários (Ribeiro, 2012; Ribeiro, Oliveira, Iwata, Ivers, 2020; Cremonese, Motta, Traesel, 2013; Rosa, Bonfanti, Carvalho, 2012). Por causa dessa interação acabavam, de certa forma, se envolvendo emocionalmente com os problemas e os assuntos familiares dos moradores, pois de certa maneira, o sentimento de frustração por não conseguirem solucionar essas questões acabava sendo algo prejudicial para a sua saúde mental, influenciava e afetava diretamente seu desempenho e rendimento durante o dia a dia no trabalho.

A fim de subsidiar essa questão, cabe recorrer a um aporte teórico da Psicologia, a respeito do conceito de identidade. Nessa direção, Ciampa (2011) apontou que os sujeitos são representações de um dado momento histórico, pertencentes a um conjunto de relações estabelecidas socialmente. Para este autor identidade irá se constituir como metamorfose, um conceito dinâmico, construído pelos grupos dos quais o sujeito faz parte e pelas ações que o mesmo exerce. Portanto, a identidade prescinde um reconhecimento da posição de um sujeito que ora ocupa uma determinada posição e ora ocupa outras dentro de diferentes contextos: “Em cada momento de minha existência, embora eu seja uma totalidade, manifesta-se uma parte de mim como desdobramento das múltiplas determinações a que estou sujeito” (Ciampa, 1989, p.67). Dessa forma, diversas posições sobrepostas da Agente Comunitária de Saúde se entrelaçavam, não necessariamente de forma prejudicial. Entretanto, algumas questões contraditórias, imbricadas com o trabalho acabavam por levá-las a um desgaste.

Logo, a troca salutar entre a equipe desempenha um importante papel frente a esse desgaste, conforme segue a afirmação:

é interessante que possamos nos debruçar intencionalmente sobre isso tudo, pois há um modo possível de se agir nesses lugares com a intenção de aguçar a possibilidade de se reconhecer esse processo como constitutivo do mundo do trabalho, que em si já é uma escola de formação, das mais fundamentais (Merhy, 2015, p.9).

Pode-se ambicionar a ativação desse processo na busca de novas visibilizações e dizibilidades sobre o mundo do trabalho e os processos formativos, na perspectiva da Educação Permanente em Saúde. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009) são atividades que reconhecem o cotidiano como um lugar de invenções, acolhimento de desafios, tomada de decisão sobre acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade. Incluem-se nesse contexto a mudança de estratégias, o exercício da gestão, participação e prática em equipes, construção de interdisciplinaridade e o desenvolvimento de compromisso entre os trabalhadores, gestores e a instituição.

A EPS demonstra a importância de grupos de interação dentro de unidades de trabalho, já que a comunicação entre a gestão e o restante da equipe é de suma importância para o benefício coletivo e pessoal. A mudança prática na forma de pensar e de agir da gestão é necessária para fundamentar diálogos críticos e problemáticos dentro da equipe, por isso ressalta-se ser indispensável a utilização de grupos de apoio que analisem as experiências do cotidiano de cada trabalhador, facilitando seu modo de ação dentro da unidade e dentro da equipe, pois desempenham o papel de trazer à tona discussões e reflexões importantes. Com isso, torna-se crescente a necessidade da mudança da gestão, a participação popular, a valorização do conhecimento local e a organização das ações em redes.

Ainda, sobre a falta de acolhimento para as Agentes Comunitárias de Saúde, por parte da equipe ou entre elas mesmas, havia um agravante, pois eram as principais personagens quando se precisava do acolhimento para o usuário. Como dito anteriormente e reforçado por vários estudos (Morosini, Corbo, Guimarães, 2007; Oliveira et al., 2010), eram elas que proporcionavam essa integração com a comunidade dentro e fora da unidade. Porém, não se sentiam acolhidas e nem reconhecidas pelo restante da equipe e/ou pelo sistema de saúde. Ainda havia a falta de preparo frente às situações que precisam lidar ao realizarem as visitas domiciliares onde algumas famílias eram formadas por membros que apresentavam deficiências visuais, auditivas, de fala, além de esquizofrenia e autismo, entre outras (Ribeiro, Oliveira, Iwata, Ivers 2020). Logo, ao analisar essas demandas das Agentes Comunitárias de Saúde, surgiu a proposta da realização de um grupo de apoio, como forma de interação entre elas.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. Escutatória. In: ALVES, R. **O amor que acende a lua**. 8 ed. Campinas, SP: Papyrus. 1999. p. 65-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde, **Política de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

CIAMPA, A. C. Identidade. In: LANE, S. & CODO, W. (Org.) **Psicologia Social: o homem em movimento**. 8.ed. São Paulo: Brasiliense, 1989. p.58-75.

CIAMPA, A. C. **A Estória do Severino e a História da Severina: um ensaio de Psicologia Social**. 12ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2011. 245p.

CREMONESE, G.; MOTTA, R. F.; TRAESEL, E. S. Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários De Saúde. **Caderno de Psicologia Sociedade e Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. 2, p.279-293, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172013000200010#:~:text=A%20partir%20da%20an%C3%A1lise%20dos,sofrimento%20advindo%20de%20tais%20situa%C3%A7%C3%B5es. Acesso em: 11 jul. 2023.

MERHY, E. E. Educação permanente em movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais se ver nisso. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v.1, n.1, p. 07-14, dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n1p07-14> . Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309/15>. Acesso em: 11 jul. 2023.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 1 ed. São Paulo: Hucitec. 2014.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D.; GUIMARÃES, C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 287–310, 1 jul. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462007000200005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/JZcMk-fsdq4HFxkPZNhDVNbn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 jul. 2023.

OLIVEIRA, A. R.; CHAVES, A. E. P.; NOGUEIRA, J. A.; SÁ, L. D. S.; COLLET, N. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 28- 36, mar. 2010. DOI: 10.5216/ree.v12i1.9511. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/9511>. Acesso em: 13 jul. 2023.

ROSA, A. J.; BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. DE S. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 141–152, mar. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000100014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XqrtDynkGvGWZ64Gq6XcFSh/>. Acesso em: 13 jul. 2023.

RIBEIRO, S. F. R.; OLIVEIRA, D. D.; IWATA, H.; IVERS, J. F. Saúde mental e trabalho na Saúde da Família: relato de experiência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 624-640, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n2p624-640>. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/14465>. Acesso em: 13 jul. 2023.

RIBEIRO, S. F. R. Agente comunitário de saúde: dificuldades no processo de construção histórica da profissão e adoecimento. **Revista Laborativa**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 17-35, out. 2012. Disponível em: <https://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa/article/view/785/pdf>. Acesso em: 13 jul. 2023.

YOZO, R. Y. K. **100 jogos para grupos**: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas. São Paulo: Ágora, 1996.

CAPÍTULO 2

INTEGRAÇÃO UNIVERSIDADE-SERVIÇO- COMUNIDADE

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

Leila Sabrina Ullmann

Gabrielle de Oliveira Paes

Rebecca Mirian Alves de Souza

Mariana Giori Gomes

Maria Luiza Guarienti Piati

Maria Fernanda Figueiró de Araújo

Rafael Ferreira

Tratou-se de uma experiência com um grupo de Agentes Comunitárias de Saúde de uma Unidade Saúde da Família. O objetivo foi escutar e acolher as profissionais, na abordagem grupal, a fim de entender suas demandas e desenvolver estratégias saudáveis de superação das dificuldades no trabalho. Foram utilizados jogos grupais, numa abordagem psicodramática, não para entretenimento ocasional, mas conforme Yozo (1996, p. 17) como uma atividade que “promove o lúdico, é dramático pela proposta em trabalhar os conflitos que surgem (...) confere aos participantes uma predisposição para jogar e, conseqüentemente, a diminuição das resistências para o desenvolvimento do trabalho em si”. Desse modo, contribuiu para um melhor envolvimento das pessoas, que, por sua vez, sentiram-se mais livre para agir de maneira espontânea e reflexiva sobre os entraves do trabalho diário na unidade.

A sistematização da experiência foi em forma de observação participante, com anotações em diário de campo, que conforme Minayo (2014) tem sido uma forma de compreensão na área da saúde, tornando-se numa estratégia de inserção, na qual tanto observador quanto

observado se modificam, mutuamente. Dessa forma, essa possibilidade foi escolhida, por proporcionar mudanças e aprendizado tanto para os profissionais quanto para todos envolvidos na coordenação da experiência.

A Unidade Saúde da Família (USF) na qual ocorreu a experiência era localizada numa cidade do estado do Mato Grosso do Sul/Brasil. Essa unidade foi indicada pela Secretaria de Saúde (SESAU) para a intervenção do Pet-Saúde-UFMS. A participação das Agentes Comunitárias de Saúde foi voluntária. O grupo funcionou na modalidade aberta, permitindo a inserção de novas pessoas a cada encontro, o que realmente ocorreu. Dessa forma, sempre se repetia a apresentação da proposta, para que as integrantes que não compareceram antes se inteirassem do processo. A coordenação foi compartilhada entre as acadêmicas/integrantes do Pet-Saúde-UFMS de várias áreas da saúde, o tutor (docente da UFMS) e a coordenadora (Docente da UFMS). As atividades ocorreram no período de novembro a dezembro de 2022, na parte da manhã, das 7h30 às 9h. Foram três encontros, com uma média de quatorze pessoas por encontro, com um lanche servido logo no início da manhã, pela equipe do Pet-Saúde-UFMS, como forma de boas-vindas.

A análise da experiência foi baseada na fundamentação teórica exposta na introdução, apresentada de forma entrelaçada com o relato, possibilitando maior compreensão para o leitor.

RELATO E DISCUSSÃO DA EXPERIÊNCIA

O **primeiro encontro** com as Agentes Comunitárias de Saúde ocorreu a partir de atividades que pudessem integrar o grupo. A conversa iniciou com a apresentação de cada uma, quando elas diziam os nomes, o tempo de profissão e de qual equipe faziam parte. Na sequ-

ência, foi conduzido um jogo de inspiração psicodramática, com o uso de bexigas e papéis.

Inicialmente, foram distribuídas bexigas e um pedaço de papel. Conforme recebiam, eram instruídas a escreverem no papel uma característica do trabalho, colocarem dentro da bexiga e depois inflá-la, observando aquelas que tinham medo ou dificuldade, oferecendo ajuda. Posteriormente, a coordenação explicou que deviam jogar as bexigas e mantê-las no ar. No decorrer do tempo em que as bexigas estavam sendo jogadas entre as participantes, eram incentivadas a manter a bexiga no ar, a partir da ideia de que os balões representavam suas colegas de profissão, suas dificuldades e principalmente suas vulnerabilidades, tal como o material frágil dos balões.

Para a conclusão do jogo, as bexigas foram estouradas e elas puderam ler os aspectos da profissão escritos nos papéis. Surgiram diversas demandas e dificuldades específicas, entre elas: a dificuldade de comunicação com a USF; a falta de integração e acolhimento mútuo, a falta de informações para lidar com situações referentes a diagnósticos específicos, como por exemplo: deficiências físicas e transtornos mentais graves; pessoas que não as recebem em suas casas; dificuldade para separar vida privada e vida profissional, uma vez que residem no bairro em que trabalham; dificuldade para manusear ferramentas tecnológicas e a exposição a situações de violência.

Foi possível observar que muitas demandas trazidas se repetiam entre as profissionais presentes e que as colegas concordavam entre si com todos os impasses descritos. Nesse sentido, ficou evidente que existiam sofrimentos específicos e inerentes à própria categoria.

Desde o surgimento da profissão das Agentes Comunitárias de Saúde, em 1987 no estado do Ceará, a escolha da pessoa era feita a partir do envolvimento com a comunidade e deveriam cumprir a exigên-

cia de residir no local em que atuariam posteriormente (Ribeiro, 2012). Ainda nesse primeiro momento, foi realizado um treinamento com duração de aproximadamente dois meses com o intuito de preparar as 613 mulheres selecionadas para o cargo (Morosini, Corbo, Guimarães, 2007). Nota-se, desse modo, que muitas questões trazidas no grupo, foram vivenciadas desde a origem da categoria, como por exemplo a falta de formação contínua e a dificuldade de residir no mesmo bairro em que trabalhavam.

Outro ponto observado foi que a categoria surgiu composta apenas por mulheres (Ribeiro, 2012), realidade essa não muito diferente nos dias atuais. Nesse primeiro encontro, por exemplo, mais de 80% dos presentes eram do gênero feminino, com o agravante de estarem frequentemente expostas a situações de violência. Às vezes o vínculo e os segredos que guardavam, relacionados aos usuários, se tornavam em fatores que as predispunha a perigos, como no caso do tráfico de drogas. Ribeiro (2012) discutiu essa questão e apontou a necessidade de um trabalho conjunto da equipe de profissionais no acompanhamento dos usuários, a fim de minimizar os riscos para a categoria das Agentes Comunitárias de Saúde.

Além disso, desde o surgimento da profissão era exigido que as profissionais residissem no mesmo bairro no qual atuavam. Evidente que isso sempre trouxe inúmeras contribuições, uma vez que as Agentes Comunitárias de Saúde conheciam o bairro e possuíam vínculos com a população. No entanto, trabalhar no mesmo lugar em que se reside pode resultar numa identidade profissional distorcida onde o vínculo se torna exacerbado. Essa questão tem sido apontada na literatura de forma recorrente (Ribeiro, 2012; Ribeiro, Oliveira,, Iwata, Ivers, 2020; Cremonese, Motta, Traesel, 2013; Rosa, Bonfati, Carvalho, 2012). Num encontro posterior, esse problema foi retomado e discutido com mais detalhes.

O **segundo encontro** possibilitou trazer à tona um dos assuntos que surgiram no anterior, a falta de integração e acolhimento mútuo. Um jogo deu início à conversação de forma dinâmica, para que assim os assuntos se desenvolvessem. As cadeiras foram dispostas em roda e logo após o café da manhã as Agentes Comunitárias de Saúde foram conduzidas ao “jogo das cadeiras”, no qual todas se sentavam e uma pessoa ficava em pé, no meio da roda. Essa pessoa que estava em pé precisava dizer algo que a maioria ali estivesse vestindo, os quais se levantavam, precisando trocar de cadeira, para que assim a pessoa que estava de pé conseguisse sentar-se. As rodadas se repetiram várias vezes. Em seguida, a coordenação conduziu uma reflexão acerca do que o jogo elucidava sobre a integração entre elas. Logo no início, fizeram várias considerações de que no momento da atividade sentiram mais acolhidas.

Uma das questões levantadas foi sobre como se sentiram quando não conseguiam se sentar e precisavam ficar em pé. As respostas foram que era ruim ficar ali em pé sozinha, revelando que o mesmo ocorre no cotidiano. Por outro lado, puderam lembrar que durante o dia a dia do trabalho, não estão sozinhas, que podem se relacionar com os outros colegas de trabalho e contar com os demais para enfrentarem as dificuldades, especialmente durante as visitas domiciliares. Com isso, várias reflexões foram realizadas a respeito do jogo, algumas delas foram a necessidade de pensar e agir rápido em situações difíceis. Nesse sentido, Merhy (2015) mencionou que o trabalho em saúde requer o manejo da tecnologia leve, a da interação e do acolhimento, que só desenvolve em ato, no momento em que algo é demandado por parte do usuário, acarretando a busca por soluções inesperadas e espontâneas, que podem ser propostas de forma conjunta. Na mesma direção, Campos (2005) tratou da gestão na área da saúde pública, apontando que é no encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário que a promoção da vida saudável se concretiza, de forma participativa. Nem sempre

isso é possível, pois os entraves e dificuldades nas linhas de cuidado impossibilitam essa troca em tempo real, no atendimento em saúde em ato. Por isso, cada vez mais se faz necessário que a Educação Permanente em Saúde esteja presente, abrindo espaços para reflexão durante o próprio processo de trabalho, pois é enquanto se faz o trabalho que as dificuldades e soluções conjuntas podem ser encontradas, não por meio de cursos, mas de reflexões promovidas em meio aos problemas e fragilidades de quem está na linha de frente. Cabe também salientar que nem sempre essas conversas e reflexões são fáceis, mas possíveis, dentro de limites e potencialidades de cada um.

A exemplo disso, nesse dia um problema surgiu, uma das participantes tentou monopolizar a fala, requerendo uma mediação da coordenação, de forma que todas pudessem ter a oportunidade de relatar suas experiências. Campos (2005) discutiu essas questões, alertando que a gestão partilhada precisa ser desenvolvida ao longo de um processo, incentivado e apoiado por uma decisão colegiada em instâncias diversas, a começar pela unidade de saúde até a gestão municipal, estadual e federal.

Ao finalizar esse encontro, as Agentes Comunitárias de Saúde mencionaram que nunca tiveram tido aquele tipo de interação no trabalho, que acharam muito diferente e conseguiram aprender mais umas com as outras.

No terceiro encontro a temática foi o acesso de pessoas com deficiência aos serviços da unidade de saúde. Durante o lanche, dialogarem entre si sobre a temática, aprofundando-se no assunto por meio do desenvolvimento do jogo psicodramático. Foi escolhido de acordo com a temática a ser trabalhada no dia, a fim de que a partir dele, o tema já pudesse ser refletido. O jogo consistiu numa vivência na qual um indivíduo do grupo temporariamente se retirava da sala, enquanto o restante permanecia na sala e formava um círculo. Já em formação de

círculo todos escolhiam alguém para ser o "comandante" que deveria realizar diferentes movimentações com o corpo, de forma que a pessoa que se retirou da sala, ao retornar, não percebesse facilmente quem era este "comandante". Assim que a pessoa descobria quem estava comandando a mudança dos movimentos, passava-se para uma nova rodada da atividade.

Por meio do jogo foi possível promover a reflexão de como os órgãos dos sentidos, a audição e visão, eram importantes para o relacionamento entre as pessoas, que se fizeram necessários para que descobrissem quem estava no comando do jogo. Dessa forma, procuraram compreender um pouco como ocorre com as pessoas com deficiência visual ou auditiva. A reflexão seguiu-se com pontuação das dificuldades e táticas utilizadas por cada uma e como este jogo se relacionava com a temática do dia. Assim diversas participações surgiram como por exemplo, a dificuldade de se comunicar com os usuários com deficiência auditiva, visto que ninguém conhece a Língua Brasileira de Sinais, ou então, o medo por adentrarem na casa de usuários com deficiência, visto que não sabiam manejar essas situações.

Num segundo momento desse encontro, o tópico da conversa se estendeu para além da surdez, relataram casos que se constituíam em grandes desafios, como a esquizofrenia e o autismo. Ao relatarem suas experiências com diferentes usuários, expuseram como se sentiam pouco preparadas para atender tais pessoas e suas famílias, especialmente crianças. Nesse ponto, ficou explícito, mais uma vez, a ligação emocional que essas profissionais estabeleciam com seu trabalho, ao exporem a frustração quando a família não buscava atendimento ou não seguiam o tratamento de forma assídua. Por outro lado, expressaram a felicidade quando a família se mostrava grata pela ajuda recebida. Ribeiro, Oliveira, Iwata (2020) discutiram sobre isso, pontuando a necessidade de um processo de Educação Permanente em Saúde

voltado para a categoria de Agentes Comunitárias de Saúde, a fim de promover uma formação no próprio contexto do trabalho, na perspectiva da interprofissionalidade, pois somente na dobradiça do trabalho interdisciplinar tais questões podem ser encaminhadas, de forma que todos aprendam a lidar com o inesperado. É no trabalho em ato que as situações se mostram complicadas e ao mesmo tempo, oportunizam soluções conjuntas, com participação de toda a equipe (Merhy, 2015).

Na sequência do encontro, apresentou-se novamente uma vulnerabilidade da categoria, a de morar no território em que se localiza a unidade de saúde (Brasil, 2002). Apesar de benéfico para a comunidade, por ser atendida por pessoas que tem conhecimento da realidade social, as participantes explicitaram os desafios cotidianos de trabalho, provocados por um intenso vínculo com as pessoas, visto que os usuários também eram seus vizinhos e muitas vezes as procuravam fora do horário de serviço. Assim, ao escutar os relatos e angústias frente às situações desafiantes, foi possível refletir sobre a complexidade deste trabalho, que envolvia uma carga emocional, ocasionando muitas vezes uma aproximação e envolvimento emocional, que poderia ser prejudicial a trabalhadora, ao executar sua tarefa (Ribeiro, 2012).

Para compreender melhor essa vulnerabilidade do vínculo exacerbado recorreu-se ao conceito de identidade, expostos anteriormente (Ciampa, 1989). Ao refletir sobre as questões de identidade, vivenciadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde, observou-se um conflito provindo de diferentes posições que elas ocupavam dentro de seu ambiente de trabalho pois, ao mesmo tempo colocavam-se como vizinhas dos moradores de sua região e Agentes Comunitárias de Saúde, prestando um serviço de saúde pública. Tais posições, de certa forma contraditórias, contribuíam para o adoecimento psíquico no trabalho, visto que quando tais identidades de vizinha e profissional de saúde se confundiam, como notou-se nos relatos, criava-se um vínculo exacer-

bado que perturbava tanto o trabalho, devido a intensa aproximação, quanto a sua posição como moradora, devido à dificuldade de separar sua posição profissional com a sua posição de vizinha. Tal paradoxo requeria a busca de um equilíbrio, de forma a não gerar prejuízos na saúde mental destas trabalhadoras. Nesse mesmo sentido, Dejours (1992) compreendeu que a saúde não é linear, mas uma constante busca de equilíbrio de contradições, frente ao sofrimento, que pode variar de uma pessoa para outra, mas permanecer num grau razoável de bem estar. Neste sentido, parece que o vínculo exacerbado, provocado, de certa forma, por uma recomendação ministerial, a de morar no território, era algo que podia estar comprometendo este equilíbrio. Conforme já foi apontado anteriormente, uma das formas de minimizar tais danos seria o envolvimento maior de todos os profissionais no trabalho da categoria (Ribeiro, 2012). Outra articulação apontada e discutida foi a participação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que poderia apoiar essas ações mais complexas, nas quais o vínculo entre trabalhadora e usuário extrapolava e se tornava prejudicial (Brasil, 2010). Em outros momentos, para além desses encontros, os profissionais do NASF e os da Unidade de Saúde estiveram presentes, sendo possível retomar essas questões, em discussões mais amplas.

Num terceiro momento, a questão da falta de capacitação e entendimento dos transtornos com as quais elas lidavam todos os dias se tornou mais evidente. As Agentes Comunitárias de Saúde compartilharam variados casos, com os quais não souberam como agir. O próprio momento do encontro se transformou numa forma de se ajudarem mutuamente, pois enquanto conversavam, puderam encontrar uma forma mais adequada de solucionar os desafios apresentados. Neste ponto, citaram de maneira mais específica a questão do medo que sentiam ao entrar na casa de usuários com diagnóstico de esquizofrenia, por não conhecerem bem os transtornos e não saberem quais comportamentos eram esperados destes usuários, dificultando então o

atendimento. Isso era mais difícil devido aos estigmas de agressividade sustentados pela falta de conhecimento sobre os transtornos mentais. Essa troca salutar entre as participantes reiterou o papel da Educação Permanente em Saúde, enquanto política transversal na formação profissional em serviço (Brasil, 2009).

Esses encontros finalizaram, mas a coordenação do Pet-Saúde-UFMS propôs uma continuidade com um aprofundamento dos temas mais solicitados ou mesmo os que nem foram abordados, desdobrando-se em outro processo que se iniciou no ano seguinte (2023.1) e que estão mais detalhados nas partes 2 até a 6.

As profissionais se mostraram muito curiosas e atentas aos debates, tentando absorver o máximo de conhecimento com as experiências, umas das outras, demonstrando a efetividade dos encontros propostos pelo Pet-Saúde UFMS, legitimando a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS), que promoveu trocas enriquecedoras. Desse modo os encontros sempre tiveram um tom de curiosidade, não no sentido trivial da palavra, mas epistêmico, o de querer saber mais sobre aquilo que lhes inquietava no trabalho. Enquanto tiravam dúvidas entre si, descobriam caminhos novos para trilharem. Continuavam a conversar, mesmo após o fim do encontro. Assim, elas mostraram grande vontade de aprender mais sobre as particularidades dos usuários, das idiosincrasias de cada situação ou agravamento de saúde que lhes desafiavam no cotidiano do trabalho.

Finalmente, algumas relataram que antes não se sentiam acolhidas e que essa experiência grupal, coordenada pelo Pet-Saúde-UFMS foi muito enriquecedora, levando-as a pensar mais a respeito das dificuldades e compartilhar soluções com as colegas de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. Escutatória. In: ALVES, R. **O amor que acende a lua**. 8 ed. Campinas, SP: Papyrus. 1999. p. 65-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde, **Política de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 10, n. 3, p. 573-583, mar./abr. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VbPxDCccZBRW'WNPmmpXNPst/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jul. 2023.

CIAMPA, A. C. Identidade. In: LANE, S. & CODO, W. (Org.) **Psicologia Social: o homem em movimento**. 8.ed. São Paulo: Brasiliense, 1989. p.58-75.

CIAMPA, A. C. **A Estória do Severino e a História da Severina**: um ensaio de Psicologia Social. 12ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2011. 245p.

CREMONESE, G.; MOTTA, R. F.; TRAESEL, E. S. Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários De Saúde. **Caderno de Psicologia Sociedade e Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. 2, p.279-293, dez. 2013.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172013000200010#:~:text=A%20partir%20da%20an%C3%A1lise%20dos,sofrimento%20advindo%20de%20tais%20situa%C3%A7%C3%B5es. Acesso em: 11 jul. 2023.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5 ed. São Paulo: Oboré, 1992.

MERHY, E. E. Educação permanente em movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais se ver nisso. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v.1, n.1, p. 07-14, dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n1p07-14> . Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309/15>. Acesso em: 11 jul. 2023.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 1 ed. São Paulo: Hucitec. 2014.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D.; GUIMARÃES, C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 287–310, 1 jul. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462007000200005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/JZcMk-fsdq4HFxkPZNhDVNbn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 jul. 2023.

OLIVEIRA, A. R.; CHAVES, A. E. P.; NOGUEIRA, J. A.; SÁ, L. D. S.; COLLET, N. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 28- 36, mar. 2010. DOI: 10.5216/ree.v12i1.9511. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/9511>. Acesso em: 13 jul. 2023.

ROSA, A. J.; BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. DE S. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 141–152, mar. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000100014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XqrtDyngGvGWZ64Gq6XcFSh/>. Acesso em: 13 jul. 2023.

RIBEIRO, S. F. R.; OLIVEIRA, D. D.; IWATA, H.; IVERS, J. F. Saúde mental e trabalho na Saúde da Família: relato de experiência. **Psicologia em Revista.**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p 624-640, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n2p624-640>. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/14465>. Acesso em: 13 jul. 2023.

RIBEIRO, S. F. R. Agente comunitário de saúde: dificuldades no processo de construção histórica da profissão e adoecimento. **Revista Laborativa**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 17-35, out. 2012. Disponível em: <https://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa/article/view/785/pdf>. Acesso em: 13 jul. 2023.

YOZO, R. Y. K. **100 jogos para grupos**: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas. São Paulo: Ágora, 1996.

ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL AO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Figura 1. QR Code referente a apresentação com a temática de Diabetes Mellitus.



Diabetes Mellitus

Fonte: os autores

CAPÍTULO 3

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Rebecca Mirian Alves de Souza

Cecília Loschi de Medeiros

Leila Sabrina Ullmann

• Diabetes Mellitus é uma condição em que o organismo tem dificuldade em produzir ou utilizar adequadamente a insulina, um hormônio importante para regular o nível de glicose no sangue.

• O exame de Glicemia Capilar é utilizado para medir o nível de glicose no sangue e é fundamental no diagnóstico e acompanhamento da DM.

• O tratamento da DM depende do tipo e do perfil do paciente, podendo envolver o uso de insulina, medicamentos e mudanças na alimentação e atividade física.

• O cuidado com os pés é crucial para pessoas com diabetes devido à possibilidade de neuropatia, que causa insensibilidade e pode levar a infecções e amputações se não for tratada adequadamente.

O que é diabetes mellitus (DM)?

A DM é uma dificuldade do organismo, em específico do pâncreas, em produzir insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. A insulina é um hormônio de extrema importância para o funcionamento do corpo, pois regula a quantidade de glicose presente no sangue (Ministério da Saúde, 2009).

Existem dois tipos de Diabetes Mellitus, sendo o Tipo I aquela em que o corpo não produz insulina ou a produz em quantidades

insuficientes, e a Tipo II em que o corpo cria resistência à insulina, precisando de quantidades maiores desse hormônio para uma atuação efetiva. Ambos os tipos de DM causam aumento da glicose no sangue, ou seja, a quantidade de açúcar no sangue fica alta, causando o que chamamos de hiperglicemia, sendo necessária a correção através do uso de insulinas/medicamentos (Alves, Bireme; 2009).

O que é o exame da Glicemia Capilar?

Este é o exame mais conhecido e utilizado em pessoas com Diabetes Mellitus, pois permite medir o nível de glicose (açúcar) no sangue. Pode ser realizado tanto para o diagnóstico, nesse caso feito pelo médico ou enfermeiro, quanto para o acompanhamento da doença. Nesse último caso, a aferição pode ser feita pelo próprio paciente ou familiar com certa frequência, e é a melhor forma de saber se o tratamento está sendo eficaz. O exame de glicemia capilar é bem simples, consiste na utilização de um equipamento chamado glicosímetro, com ele, um furinho no dedo e uma pequena gota de sangue já é suficiente para medir o nível de glicose no sangue, o resultado sai em questão de segundos, tornando a correção mais rápida e eficaz.

Quais são os valores ideais para a glicemia?

Os valores de referência variam muito de acordo com a idade, peso e outras condições preexistentes do paciente, então é difícil generalizá-los. O ideal, em caso de dúvida, é sempre procurar um profissional de saúde capacitado. Mas de modo geral, valores de glicemia maiores que 110 mg/dL, em jejum, ou 160 mg/dL, até 2 horas após comer, já são considerados altos e devem ser investigados (Sesau, 2021). No quadro 1 estão representados alguns valores de glicemia que são usados como padrão pelo Ministério da Saúde.

Exames comuns usados para o diagnóstico de diabetes:

Glicemia plasmática em jejum: deve ser feita mensalmente em jejum de 8 a 12 horas, para medir o nível de glicose no sangue.

Teste de tolerância oral à glicose (TOTG) ou também conhecido como curva glicêmica: é feito após a ingestão de um concentrado de glicose e colhido sangue após 1/2 horas para calcular como está sendo a absorção de glicose no organismo. Feito apenas quando necessário e pedido pelo médico.

Hemoglobina glicada (A1c): mede o índice glicêmico no organismo, deve ser feita a cada 3 meses até atingir o controle; depois, a cada 6 meses, para monitoramento.

Abaixo são referenciados alguns valores da hemoglobina glicada, padronizada pelo Ministério da Saúde (Quadro 1).

Quadro 1. Valores de referência para hemoglobina glicada, glicemia em jejum e glicemia após alimentação, em pacientes com DM1 ou DM2, adultos saudáveis e crianças ou adolescentes.

	Pacientes com DM1 ou DM2	Adultos saudáveis	Crianças e adolescentes
Hemoglobina glicada (A1c)	< 7,0	4,0-5,6	4,0-5,6
Glicemia em jejum	80-130	80-110	70-130
Glicemia pós alimentação (2h)	< 180	90-180	90-180

Fonte: Brasil, (2006).

Você sabia?

O paciente diagnosticado com DM tem direito ao empréstimo do aparelho medidor de glicose. Este é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pode ser retirado na UBS mais próxima, bem como as tiras e lancetas para a aferição.

Como é feito o tratamento da Diabetes?

Isso depende do tipo de diabetes, do perfil do paciente e da resposta do corpo dele aos tratamentos, seja insulina ou outros medicamentos.

Para diabetes tipo I, normalmente, a administração de insulina diária é indispensável, já que o corpo desse tipo de paciente não produz essa substância de maneira eficaz ou suficiente, pois, células Beta do pâncreas (responsáveis pela geração de insulina) estão incapacitadas devido à DM. Uma alimentação regrada com menor consumo de carboidratos, redução na quantidade de açúcar e maior consumo de legumes/verduras e frutas, juntamente com a prática de exercícios físicos frequentes, também são recomendados (Sesau, 2021).

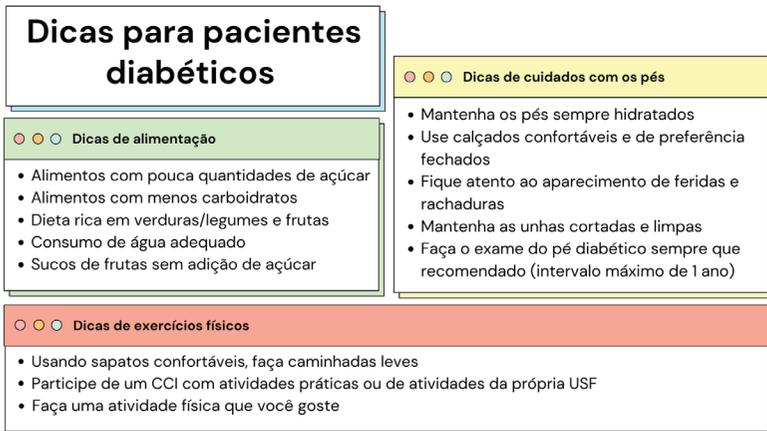
Para o Tipo II, a insulina pode ser recomendada por um médico, mas não é sempre necessária. Alguns medicamentos como a metformina também podem ser administrados, mas frequentemente, e, preferencialmente, um tratamento não farmacológico pode ser adotado. Já que a mudança de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas regulares, além da regulação de outras práticas como o tabagismo ou o etilismo, são, com frequência, suficientes para controlar a glicemia e manter a diabetes sob controle.

A diabetes é uma doença crônica que se estende para a vida toda. Ela exige mudanças de hábitos, adaptações na rotina e, justamente por isso, independente do caso, a aderência ao tratamento de maneira efetiva, assim como recomendado pela equipe de saúde, é sempre fundamental.

Por que o cuidado com os pés é tão importante em quem tem diabetes?

Na diabetes pode-se observar a ocorrência de neuropatia, uma doença que atinge a funcionalidade dos nervos periféricos causando insensibilidade ou afetando a motricidade dos membros periféricos (mãos e pés). Essa doença secundária ocorre devido ao aumento do nível de glicose no sangue, que causa um “ressecamento” dos vasos periféricos e possível morte dos condutores. Com isso, é muito comum pacientes diabéticos não sentirem dor nos pés quando apresentam algum ferimento, aumentando o risco de infecção e inflamação. Tal inflamação, quando não tratada corretamente, pode levar à necrose do tecido e, em casos mais graves, a amputação do membro. Por isso, ressalta-se a importância do cuidado com os pés, lavando-os e secando-os corretamente, mantendo as unhas sempre limpas e curtas, usar sapatos fechados e confortáveis e sempre manter o pé hidratado para evitar rachaduras. A seguir, são apresentadas algumas dicas gerais para pacientes com diabetes (Figura 1).

Figura 1. Dicas de alimentação, cuidados com os pés e de alimentação para pacientes diabéticos.

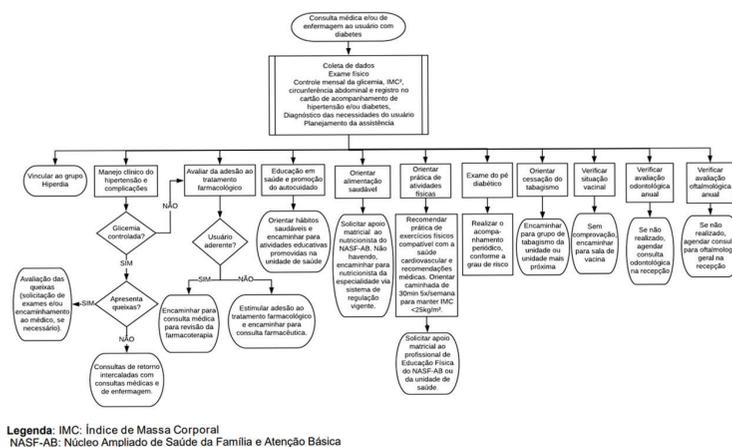


Fonte: Os autores.

Rede de Cuidado Multiprofissional para o usuário com Diabetes Mellitus tipo II:

Ao pensar num cuidado integral do usuário com DM tipo II, é fundamental considerar as vantagens que uma atenção multiprofissional pode oferecer. A figura abaixo ilustra a variedade de abordagens e cuidados que esse tipo de paciente pode receber e como essas intervenções multiprofissionais se encaixam na assistência em saúde.

Figura 2. Fluxograma da assistência multiprofissional para usuário com DM tipo II.



Fonte: Sesau (2021).

O fluxo multiprofissional se estabelece a partir do diagnóstico e das necessidades de cada paciente, assim, nem todos os usuários com DM tipo II receberão encaminhamentos para todas as áreas, mas é importante que a possibilidade de atendimento sempre exista caso uma demanda apareça. Nesse sentido, o mais comum é que, se o profissional de saúde identificar uma demanda, seja um agravamento de saúde ou um risco, ocorra o encaminhamento para outro profissional de saúde.

Mas e a hipoglicemia?

Já sabemos que a diabetes está relacionada à glicemia alta (hiperglicemia), porém por vezes, na tentativa de tentar diminuir o nível de açúcar no sangue, algumas pessoas acabam tendo uma crise hipoglicêmica.

A crise hipoglicêmica acontece quando a glicemia fica muito baixa e causa diversos sintomas incluindo: tremores, tontura, o famoso “suor frio”, sonolência, palpitação, náusea, dor de cabeça, entre outros. Isso acontece porque o cérebro fica sem combustível (açúcar) para continuar funcionando (Brasil, 2022).

Essas crises, quando muito severas, podem ser perigosas e não é incomum que a pessoa, por vezes, até perca a consciência.

Justamente por serem perigosas, é indispensável saber como evitá-las. Suas principais causas são: pular refeições e ter horários de refeições desregulados, comer menos que o necessário, exagerar na medicação, ingerir álcool excessivamente e aumentar subitamente a quantidade de exercícios sem orientação ou sem ajuste correspondente na medicação (Brasil, 2022).

Dessa forma, é possível destacar que o controle da diabetes está muito relacionado a uma vida equilibrada, não dá para exagerar nem privar-se do tratamento recomendado. O truque está em seguir “à risca” as orientações da equipe médica.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. O.; O.-M. **Diabetes** | Biblioteca Virtual em Saúde MS. 2009. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/diabetes/>>. Acesso em: 2 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2023.

CAMPO GRANDE, Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência da Rede de Atenção à Saúde. Coordenadoria da Rede de Atenção Básica. **Diabetes mellitus: Manejo clínico na Atenção Primária à Saúde**. 1 ed. Campo Grande: SESAU, 2021. 84p. Disponível em: <https://prefcg-repositorio.campogrande.ms.gov.br/wp-cdn/uploads/sites/30/2020/08/guia-rapido-diabetes-mellitus-18-02-2021.pdf>. Acesso em: 11 de jul. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Linhas de Cuidado. In: **Planejamento Terapêutico: Diabetes Mellitus**. [S. l.]. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-%28DM2%29-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/dm2-cronica/planejamento-terapeutico#pills-avaliacao-clinica>>. Acesso em: 11 jul. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Hipoglicemia. [S. l.], 20 out. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes/hipoglicemia#:~:text=%C3%89%20literalmente%20n%C3%ADvel%20muito%20baixo,da%20sa%C3%BAde%20para%20cada%20paciente>>. Acesso em: 11 jul. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Neuropatia diabética**. [S. l.]. Disponível em: <<https://diabetes.org.br/neuropatia-diabetica/>>. Acesso em: 11 jul. 2023.

CAPÍTULO 4

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

Emilli Caroline Silva Souza
Maria Fernanda Figueiró
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

- É importante que a equipe de saúde da Atenção Primária pense em intervenções psicossociais que auxiliem a vida de pessoas com Diabetes Mellitus.
- A adesão ao tratamento é um fator fundamental para o sucesso do tratamento das pessoas com diabetes.
- Em contato com um paciente com diabetes é preciso estar atento para alguns sinais, que podem indicar a presença de algum transtorno alimentar.

Uma das maiores dificuldades dos pacientes diagnosticados com diabetes é conseguir se adaptar às mudanças necessárias para conviver com essa comorbidade, uma vez que se faz necessário comportamentos rotineiros para controlar a glicemia e evitar futuras complicações. Nesse sentido, é importante que a equipe de saúde da Atenção Primária pense em intervenções psicossociais que auxiliem a vida de pessoas com Diabetes Mellitus (Rodrigues et. al., 2022 apud Jones et. al., 2015).

Como observado no capítulo anterior, o tratamento do paciente com Diabetes tipo 1 inclui diversos aspectos, entre eles: a educação sobre diabete, a insulinoaterapia, a automonitorização glicêmica, a orientação nutricional e a prática monitorada de exercício físico.

Ou seja, as intervenções não medicamentosas são indispensáveis para um controle glicêmico adequado e estão relacionadas à educação sobre diabetes e estímulo ao autocuidado, orientação nutricional e interrupção do tabagismo (Brasil, 2020).

E sobre a adesão ao tratamento dos pacientes com diabetes?

A adesão ao tratamento é um fator fundamental para o sucesso do tratamento das pessoas com diabetes; assim, recomenda-se reforçar esse aspecto em conjunto com a sua família e identificar possíveis barreiras que impedem a adesão. É um tratamento complexo em sua prescrição e execução e exige a participação intensiva do paciente, que precisa ser capacitado para tal. Além disso, os pacientes com DM1 devem manter acompanhamento por toda vida, visto que a doença é crônica e o tratamento será permanente (Brasil, 2020).

Será que a forma que eu me comunico com os pacientes é importante?

Outro ponto fundamental no que tange a equipe profissional no cuidado com os pacientes diagnosticados com doenças crônicas é a comunicação, ou seja, é importante evitar o uso de termos estigmatizantes e discriminatórios. De acordo com Oliveira e Ronzani (2012, p. 650-651), na área da saúde “a atribuição de características pessoais ou sociais a determinadas pessoas ou grupos antes mesmo de ser realizada uma avaliação cuidadosa, podem ser observados na classificação do comportamento das pessoas de acordo com o problema de saúde ou com a marca que lhes é conferida”. Nesse sentido, é possível observar na Tabela 1 algumas recomendações direcionadas aos profissionais da saúde no cuidado das pessoas com diabetes e seus familiares.

Tabela 1. Recomendações aos profissionais da saúde no cuidado das pessoas com diabetes e seus familiares.

Aspecto	Recomendação
Acolhimento colaborativo	É recomendado aos profissionais de saúde que façam um acolhimento colaborativo, com respeito e isenção de julgamento, centrado na pessoa com DM, para que esta possa desempenhar papel ativo no planejamento, no monitoramento e na avaliação das dificuldades e nos cuidados com sua condição metabólica.
Atenção Psicossocial	É recomendado que pessoas com diabetes, seus familiares e cuidadores, recebam atenção psicossocial quando identificados problemas que interfiram no controle da glicemia, na autogestão do cuidado e no estresse familiar, para promover a melhora da adesão ao tratamento e da qualidade de vida.
Diabetes Distress	Devem ser consideradas a identificação e a intervenção no <i>Diabetes Distress</i> (quadro relacionado à resposta emocional à convivência com a diabetes) para melhorar o autogerenciamento, o controle glicêmico e a adesão ao tratamento.
Comorbidades psiquiátrica	Em pessoas com DM é recomendado diagnosticar e tratar a depressão, a ansiedade e o diabetes <i>distress</i> para melhorar o controle glicêmico.
Medo de Hipoglicemia	É recomendada a identificação do medo de hipoglicemia nas pessoas com diabetes, seus cuidadores, e nos pais de crianças com DM1 por interferir nas atividades diárias, no autogerenciamento da diabetes, no controle glicêmico e na qualidade de vida.
Transferência de cuidados	É recomendado aconselhar os pais de jovens com DM1 a participarem do tratamento de seus filhos de forma corresponsável e oferecerem suporte, encorajamento e monitoramento do autocuidado, de modo que a transição da responsabilidade pelo tratamento do DM1 ocorra de maneira gradual e contínua no início da vida adulta.

Fonte: adaptado de Rodrigues et al., (2022).

Em alguns casos, pacientes com o diagnóstico de Diabetes podem apresentar quadros de Transtornos Alimentares (TA). Nesse sentido, os TAs são descritos como modificações severas no hábito ou no comportamento alimentar que surgem devido a um transtorno psíquico ou então metabólico.

Os principais transtornos alimentares são: bulimia nervosa (BN); anorexia nervosa (AN); transtorno de compulsão alimentar (TCA) e transtorno alimentar não-especificado (TANE).

Quais os fatores predisponentes dos Transtornos Alimentares?

Segundo Piper, Campos e Bertoluci (2022), os fatores predisponentes para Transtornos Alimentares englobam fatores psicológicos, biológicos, socioculturais e familiares, assim como a natureza crônica da diabetes. A natureza crônica da diabetes é apontada como um dos fatores

predisponentes para o desenvolvimento de distúrbios alimentares, especialmente na adolescência. Neste caso, os TAs podem ser a causa do mau controle glicêmico e do surgimento precoce de complicações crônicas e transtornos psicológicos como depressão, ansiedade, assim como transtornos de personalidade, que, quando presentes, também podem agravar o quadro clínico.

Como se apresentam?

As pesquisas apontam que pacientes com diabetes que possuem algum tipo de transtorno alimentar costuma apresentar algumas características como: níveis mais altos de hemoglobina glicada (HbA1c), atraso de crescimento estatural, atraso do desenvolvimento puberal e maior prevalência de complicações crônicas microvasculares (Piper, Campos e Bertoluci, 2022).

Transtornos alimentares em pacientes diabéticos adolescentes

É preciso se atentar que adolescentes e jovens com diabetes mellitus tipo 1 possuem alta prevalência de transtornos alimentares, sendo 2x e meia mais comuns em adolescentes do sexo feminino do que em seus pares sem diabetes. A característica mais prevalente em pessoas diabéticas com transtorno alimentar é a omissão da dose de insulina para controle de peso, relatado em 2% das meninas pré-adolescentes e em 11% a 15% das meninas adolescentes (Piper; Campos; Bertoluci, 2022).

Sinais de alerta

Em contato com um paciente que possui diabetes é preciso estar atento para alguns sinais, em alguns casos, que podem indicar a presença

de algum transtorno alimentar: omissão de doses de insulina, episódios recorrentes de cetoacidose diabética, episódios recorrentes de hipoglicemia, níveis sempre elevados de HbA1c, atraso no crescimento, atraso puberal, queixas de menstruação irregular, episódios frequentes de infecções urinárias, perda de apetite ou comer em excesso buscando perda de peso, flutuações no peso, perda severa ou ganho rápido de peso sem explicações clínicas, início precoce de neuropatia, retinopatia, nefropatia e gastroparesia e insistência na auto administração de insulina (Piper; Campos; Bertoluci, 2022).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes melito tipo 1** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

OLIVEIRA, M. C. DE.; RONZANI, T. M. **Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool**. Brasil: Psicologia: Ciência e Profissão, v. 32, n. 3, p. 648-661, 2012.

PIEPER, C.; CAMPOS, T.; BERTOLUCI, M. **Transtornos alimentares na pessoa com diabetes**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). Brasil. DOI: 10.29327/557753.2022-24. ISBN: 978-65-5941-622-6.

RODRIGUES, G.; MALERBI, F.; PECOLI, P.; FORTI, A.; BERTOLUCI, M. **Aspectos psicossociais do diabetes tipos 1 e 2**. Brasil: Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022. DOI: 10.29327/557753.2022-23. ISBN: 978-65-5941-622-6.

CAPÍTULO 5

O PAPEL DA NUTRIÇÃO: DA PREVENÇÃO AO CUIDADO

Giullia Gabrielli Galiciani
Mariana Giori Gomes
Leila Sabrina Ullmann

- O Guia Alimentar para a População Brasileira é um material de apoio que auxilia na prevenção de doenças, como a diabetes.

- Além da individualização, existem algumas diretrizes nutricionais gerais para pacientes diabéticos, como o fracionamento das refeições, o consumo de alimentos ricos em fibras, a redução do açúcar simples e a priorização de alimentos com baixo e moderado índice glicêmico (IG).

- Alimentos de alto Índice Glicêmico (IG) são absorvidos de maneira muito rápida, o que faz com que ocorram picos de glicose, enquanto que os de baixo IG apresentam absorção lenta e gradativa.

- Alguns alimentos apresentam elevada quantidade de açúcar, ultrapassando até mesmo o valor máximo recomendado ao dia.

- É importante reduzir a ingestão de alimentos ultraprocessados na dieta. Esses alimentos são frequentemente ricos em sódio, o que representa um risco para a população hipertensa.

Guia Alimentar e sua função na promoção da saúde

O Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014) é um material do Ministério da Saúde, que tem como foco a promoção da saúde e a prevenção de doenças, que inclui a diabetes. Em seu conteúdo

são abordados diversos assuntos acerca da alimentação e nutrição baseado nas combinações de alimentos e aspectos que envolvem dimensões culturais e sociais da alimentação dos brasileiros.

É norteado por cinco princípios que se baseiam no incentivo da autonomia alimentar, no conhecimento de diversos saberes sobre alimentação, na explicação sobre a importância do ato de se alimentar sem se preocupar demasiadamente com a ingestão do nutriente, pois a alimentação vai além disso. Ademais, tem como base a sustentabilidade e a sintonia com o tempo no ato de se alimentar.

1. Alimentos *in natura*: são aqueles obtidos diretamente de plantas ou animais, consumidos sem que passem por alterações após deixarem a natureza. Ex.: frutas e hortaliças, raízes, tubérculos e ovos. No mesmo grupo também estão inclusos os alimentos minimamente processados, que são *in natura*, porém passam por mínimos processos, como moagem, secagem, pasteurização, congelamento, etc., e não são acrescidos de nenhum ingrediente. Ex.: arroz, feijões, leite, carnes e farinhas, respectivamente.

2. Ingredientes culinários (óleos, gorduras, sal e açúcar): produtos extraídos de alimentos *in natura* que passam por processos de prensagem, moagem, pulverização ou refino. Usados para temperar, cozinhar e criar preparações culinárias. Ex.: óleos vegetais, banha de porco e outras gorduras, sal e açúcar de diversos tipos.

3. Alimentos processados: alimentos minimamente processados preparados com adição de sal, açúcar ou outra substância com a finalidade de conservação e aumento de aspectos sensoriais. Ex.: vegetais em salmoura ou solução de vinagre, extrato de tomate, frutas em calda ou cristalizadas, peixe enlatado, queijos e pão caseiro.

4. Alimentos ultraprocessados: são formulações industriais, que normalmente fazem o uso dos ingredientes culinários e aditivos alimentares (sintetizados em laboratório), produzidos em indústrias de alimentos e normalmente agradam o cliente por serem palatáveis. Ex.: bolachas/biscoitos, sorvete, balas e guloseimas em geral, temperos industrializados, suco artificial, refrigerante, comidas congeladas (pizza, hambúrguer, *nuggets*, lasanha), sal-sicha e outros embutidos, pães industrializados e mistura para bolo.

Diante dessas classificações, são recomendadas quatro orientações e uma regra ouro para atingir a alimentação adequada e saudável, baseada em:

1. Faça de alimentos in natura ou minimamente processados a base de sua alimentação;
2. Utilize óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias;
3. Limite o uso de alimentos processados, consumindo-os, em pequenas quantidades, como ingredientes de preparações culinárias ou como parte de refeições baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados;
4. Evite alimentos ultraprocessados.

A regra de ouro: Prefira sempre alimentos in natura ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados.

Figura 1: Classificação dos alimentos, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira.



Fonte: Brasil (2014).

Alimentos de alta densidade energética

De acordo com Souza et al. (2004), a densidade energética de um alimento corresponde ao seu valor energético, que são as calorias por grama, então, um alimento que é classificado como um alimento de alta densidade energética, tem um maior valor calórico por grama (quadro 1).

Quadro 1. Tipos de alimentos categorizados de acordo com a densidade energética.

	Quantidade de kcal por grama	Exemplo de grupos alimentares	Exemplos
Densidade energética muito baixa	0 a 0,6 kcal por grama	Frutas e vegetais	maçã: 0,65 kcal/g
Densidade energética baixa	0,7 a 1,5 kcal por grama	Cereais e carnes magras	Arroz: 1,3 kcal/g; peito de frango: 1,5 kcal/g
Densidade energética média	1,5 a 3 kcal por grama	Queijos	Queijo tipo minas: 2,4 kcal/g
Alta densidade energética	4 a 9 kcal por grama	Alimentos ultraprocessados	fandango: 4,4 kcal/g; nuggets: 8,9 kcal/g

Fonte: As autoras (2023).

Diabetes: qual o papel da alimentação?

Assim como para todas as pessoas, a alimentação para pacientes diabéticos deve ser individualizada, respeitando seus hábitos e cultura alimentar, bem como suas condições socioeconômicas. No entanto, existem algumas orientações nutricionais gerais para quem possui DM, que envolvem o fracionamento das refeições, o consumo de alimentos fontes de fibras, redução do açúcar simples e priorização do consumo de alimentos com baixo e moderado índice glicêmico (IG) ou utilizar de estratégias para reduzir esse IG.

Mas afinal, o que é índice glicêmico (IG) e por que é importante estar atento a isso?

O índice glicêmico (IG) refere-se à velocidade que um alimento que contém carboidrato eleva a glicose no sangue (glicemia) no período pós-prandial. Alguns alimentos elevam a glicose muito rapidamente, gerando o que chamamos de “pico glicêmico”. No entanto, essa velocidade pode ser reduzida ao adicionarmos fibras, proteínas ou gorduras no alimento a ser consumido, sendo que o modo de preparo do alimento também tem influência. Alimentos de alto IG são absorvidos de maneira muito rápida, o que faz com que ocorram picos de glicose, enquanto que os de baixo IG apresentam absorção lenta e gradativa, fazendo com que a glicose no sangue aumente gradativamente (Toledo, 2021).

Outro termo recorrente e que muitas vezes é confundido com IG é a carga glicêmica (CG). Nesse caso, diz respeito a quantidade de carboidratos presentes no alimento, que também pode gerar aumento da glicose no sangue. Vale ressaltar que IG e CG não são igualmente proporcionais, tendo em vista que um alimento pode possuir alto índice glicêmico (absorção rápida), mas apresentar uma baixa carga glicêmica (pouco carboidrato disponível por porção), como é o caso do abacaxi.

O abacaxi é uma fruta que possui elevado IG (chega na corrente sanguínea rápido), porém baixa CG (não vai aumentar tanto a glicemia). Em contrapartida, temos como exemplo o pão branco comum, que além de possuir alto IG, possui uma maior quantidade de carboidratos, ou seja, aumentará a glicemia rapidamente, além de possuir alta carga glicêmica (Toledo, 2021).

O que podemos fazer para reduzir o índice glicêmico do pão?

A resposta é simples, basta adicionar uma fonte de proteína e/ou gordura e fibras. Então ao invés de consumir o pão apenas com manteiga ou geleia, coloque uma fonte de proteína (ovo ou frango, por exemplo) com alguma verdura (alface) ou legume (cenoura, por exemplo) e/ou uma fatia de queijo. Isso influenciará muito na resposta glicêmica. São pequenas trocas e escolhas que podem ser feitas no dia a dia que irão evitar picos glicêmicos em pacientes diabéticos.

Vontade de doce?

Aqui vão algumas receitas fáceis e compatíveis com a condição de diabetes:

BEIJINHO

Ingredientes:

- 2 xícaras de chá de leite em pó desnatado;
- 1 xícara de chá de água;
- 2 colheres de sopa de adoçante;
- 2 colheres de sopa de manteiga sem sal;
- 100g de coco ralado natural ou seco sem açúcar.

Modo de Preparo:

- Ferva a água e bata no liquidificador com o leite em pó;
- Adicione 1 colher de sopa de manteiga e 2 colheres de sopa do adoçante e bata por 5 minutos até obter uma mistura homogênea e pastosa;
- Coloque a mistura em um recipiente e deixe na geladeira por 20 minutos;
- Quando já estiver frio e com uma textura cremosa, retire da geladeira;
- Unte uma panela com 1 colher de manteiga, quando derreter, acrescente a mistura que estava na geladeira com o coco ralado e mexa até que fique homogêneo;
- Deixe esfriar e molde no formato de docinho;
- Você pode finalizar passando o docinho no coco ralado sem adição de açúcares.

BOLO DE CHOCOLATE

Ingredientes para a massa:

- 2 gemas;
- 4 claras;
- 1 xícara de chá de água quente;
- 1/2 xícara de chá de óleo;
- 1/2 xícara de chá de adoçante;
- 1/2 xícara de cacau em pó;
- 2 xícaras de chá de farinha de trigo;
- 1 colher de sopa de fermento em pó.

Modo de preparo

- No liquidificador bata as gemas, a água, o óleo, o adoçante e o cacau;
- Coloque a mistura em uma vasilha e acrescente a farinha de trigo e o fermento;
- Bata as claras em neve. Em seguida, acrescente-as à massa;
- Coloque a mistura em uma forma média untada com manteiga e farinha de trigo e leve ao forno pré-aquecido a 180° C por 30 minutos.

Além disso, é importante ressaltar que o diabético pode consumir doces desde que se evite os excessos e somado a um estilo de vida saudável com uma alimentação balanceada e a prática de exercícios físicos. Suco é uma boa escolha alimentar?

O suco natural, feito da própria fruta ou de polpa congelada, é uma preparação saudável desde que consumido com pouca ou nenhuma adição de açúcar. No caso de pacientes diabéticos, a melhor opção sempre será consumir a fruta com bagaço ao invés de sucos, tendo em vista que os mesmos são concentrados e com teor alto carboidratos e calorias, tornando o índice glicêmico alto. A fruta, por sua vez, contém fibras, reduzindo o IG.

Com isso, nota-se que a carga glicêmica do suco é muito maior quando comparada à fruta de maneira isolada, isso porque no suco há concentração de várias unidades de laranja (Figura 2). Esta comparação é válida para outras frutas também. Portanto, o suco deve ser consumido esporadicamente e sempre controlando as quantidades.

Figura 2: Comparação entre suco de laranja natural s/ açúcar (200mL) e laranja in natura c/ bagaço (1 unidade), respectivamente.



Fonte: As autoras (2023).

Ainda na temática de sucos, outra dúvida comum é com relação aos sucos industrializados. Muitas pessoas substituem o refrigerante por suco de caixinha, por exemplo. No entanto, não é uma troca inteligente. Assim como os refrigerantes, os sucos industrializados (exceto os integrais) são bebidas ultraprocessadas, pois contém considerável quantidade de açúcares ou adoçantes artificiais, conservantes, aromatizantes e outros aditivos em sua composição. Por isso é importante se atentar a lista de ingredientes.

Entrando nesse assunto de rótulo/lista de ingredientes... você sabia que em alguns alimentos o açúcar aparece de maneira “escondida” (figura 3)?

Figura 3: Imagem ilustrativa sobre “açúcar escondido”.



Fonte: As autoras (2023).

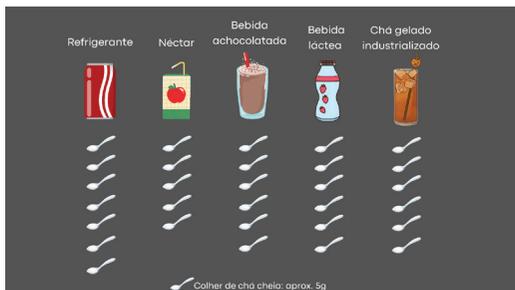
Açúcar oculto, o que isso significa?

Como mencionado, o açúcar pode aparecer “escondido” nos alimentos, ou seja, a indústria alimentícia o insere na composição. Desse modo, aparece oculto na lista de ingredientes, na forma de sinônimos. Isso faz com que muitas vezes o consumidor não perceba e consuma de maneira demasiada, prejudicando sua saúde (Gomes, 2019).

Na lista de ingredientes, o açúcar pode ser encontrado como: “açúcar, açúcar invertido, açúcar turbinado, dextrose, dextrina, frutose, glicose, glucose, maltose, maltodextrina, oligossacarídeos, sacarose, xarope glicose-frutose, xarope de milho, entre outros” (Brasil, 2021). Enfatiza-se, portanto, a importância de criar o hábito da leitura dos rótulos.

Ademais, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), o consumo de açúcar diário deve ser de no máximo 10%, que equivale em média 50 gramas (com base em uma dieta de 2000 kcal), somando o açúcar adicionado na indústria ou o açúcar que acrescentamos nos alimentos e preparações e também os naturalmente presentes nos alimentos. Melhor ainda seria diminuir essa quantidade pela metade, que daria em torno de até 25 gramas (5 colheres de chá cheias). No entanto, pode-se notar que algumas bebidas ultraprocessadas contêm além dessa quantidade em apenas uma unidade (figura 4).

Figura 4: Comparação da quantidade de açúcar presente em algumas bebidas.



Fonte: As autoras (2023).

Orientações nutricionais para portadores de diabetes:

- Faça o fracionamento das refeições de 4 a 6 por dia;
- Prefira frutas com bagaço a sucos;
- Opte por consumir carnes magras e preparadas em pequena ou nenhuma quantidade de gordura (asse, grelhe, cozinhe);
- Evite frituras;
- Evite alimentos ricos em carboidratos em grandes quantidades ou combinados entre si. Ex.: pão branco, torrada, arroz branco, tapioca, bolo simples, batata, mandioca, polenta e massas em geral;
- Ao consumir alimentos fontes de carboidrato, combine com proteínas e/ou fibras;
- Monte um prato saudável, conforme ilustra a figura 5.
- Atenção ao uso de adoçantes. Faça uma adaptação gradativa ao sabor natural dos alimentos.

O xilitol é considerado um dos melhores adoçantes, pois substitui perfeitamente a sacarose é bem aceito por diabéticos, deixa o consumidor satisfeito e está ligado a várias eficiências clínicas. Ao contrário dos açúcares usuais, o xilitol não depende de insulina para sua metabolização no organismo, sendo assim bem tolerado pelos portadores de diabetes (Lima, 2021).

Hipertensão e o consumo excessivo de sódio

Como já dito anteriormente, é fundamental a redução de alimentos ultraprocessados da dieta e a inclusão e priorização de alimentos in natura e minimamente processados. Os alimentos ultraprocessados em sua maioria são ricos em sódio em sua composição, sendo um risco para a população hipertensa.

Segundo a OMS, a recomendação de consumo de sódio por dia é de 5 gramas de sal ou 2 gramas de sódio, equivalente a aproximadamente 2 colheres de café.

Por exemplo, nos rótulos de macarrão instantâneo, produto muito consumido pela população dado sua facilidade de acesso e preparo, é possível observar que a quantidade de sódio dentro de um pacote é de em média 1300 mg, mais do que a metade do valor diário recomendado. Sendo assim, é de extrema importância que todos se atentem na quantidade de sódio informada no rótulo do alimento, pois o alto consumo diário está relacionado à hipertensão, além de outras complicações, como, problemas cardiovasculares e renais (Nascimento, 2013).

Com o passar da idade, é comum a perda de papilas gustativas, fator que leva os indivíduos a compensarem essa condição com o aumento do uso de sal e de temperos industrializados e caldos em pó. Porém, esse tipo de tempero contém uma alta quantidade de sódio, por isso é fundamental aprender a substituir os temperos e caldos ultraprocessados por opções naturais caseiras.).

RECEITA TEMPERO NATURAL CASEIRO

Ingredientes

- 1 colher de chá de manjericão;
- 1 colher de chá de orégano;
- 1 colher de chá de raspas de limão.

Modo de preparo

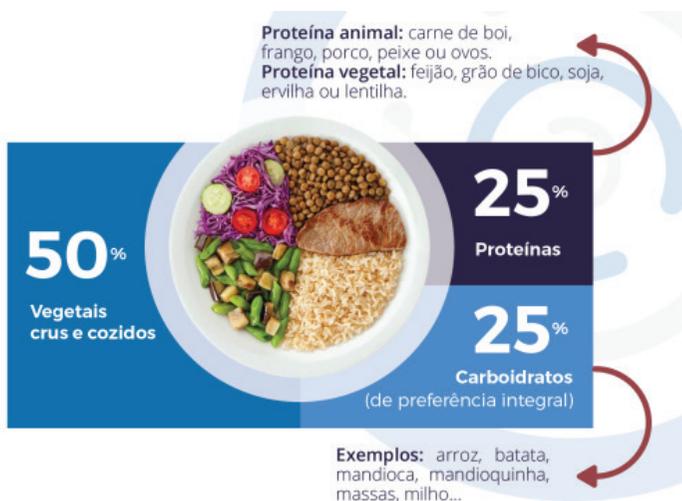
- Adicione o manjericão, o orégano e as raspas de limão no liquidificador ou processador de alimentos;
- Bata por um minuto;

- Guarde em um recipiente fechado.
- Bata as claras em neve. Em seguida, acrescente-as à massa;

O consumo do sal de ervas evita o uso de temperos prontos para dar sabor aos alimentos, evita a ingestão de corantes, conservantes e realçantes de sabor além de reduzir a ingestão de sódio.

Além disso, a substituição pode ser feita por temperos naturais isolados, porém é necessário ressaltar a importância de ler o rótulo antes de comprar e consumir o produto.

Figura 5: Composição de um prato saudável.



Fonte: SBD (2016/2017).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Como identificar o açúcar escondido nos alimentos**, Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/dicas/alimentacao/como-identificar-o-acucar-escondido-nos-alimentos>. Acesso em: 08 jun. 2023.

GOMES, L. A organização da informação nos rótulos de produtos industrializados: uma análise da categoria açúcar. Marília, 2019. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/183228/gomes_l_me_mar_par.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 08 mar. 2023.

LIMA, G.; ADRADE, S.; MAYNARD, D. Caracterização de adoçantes para diabéticos - uma revisão de literatura. **Repositório UNICEUB**, Brasília, 2021. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/15353/1/21753086-21801307.pdf>. Acesso em: 08 de março de 2023.

MARTINS, G. Para fazer em casa: 4 opções deliciosas de sobremesas para diabéticos. **Unimed Fortaleza**, 2021. Disponível em: <https://www.unimedfortaleza.com.br/blog/alimentacao/receitas-de-sobremesas-para-diabeticos>. Acesso em: 08 de março de 2023.

NASCIMENTO, S. Implicações do excesso de sódio nos alimentos. **Hig. aliment**, v. 27, n. 222, p. 3-5, jul-ago, Brasil, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/vti-12936>. Acesso em: 08 de março de 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Folder Dia Mundial da Diabetes**, Brasil, 2016/2017. Disponível em: <https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2021/05/dia-mundial-do-diabetes-orientacoes.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2023.

TOLEDO, A. D. Índice glicêmico e carga glicêmica, entenda a diferença. **Nutrition Science**, Brasil, 2021. Disponível em: 02 jun. 2023. <https://www.nutritionscience.com/single-post/2021/12/15/indice-glicemico-e-carga-glicemica-entenda-a-diferenca>. Acesso em: 08 mar. 2023.

CAPÍTULO 6

SAÚDE BUCAL

Gabrielle de Oliveira Paes
Maria Luiza Guarienti Piati
Leila Sabrina Ullmann
Rafael Ferreira

- Más condições bucais podem resultar em enfermidades ou agravá-las, especialmente em casos de diabetes e doenças cardiovasculares.
- É fundamental retirar a prótese antes de dormir.
- A falta de higiene adequada da prótese pode se tornar um foco de infecção, sendo crucial realizar a higiene, especialmente em pacientes com diabetes.
- Minimize o risco de complicações bucais com cuidado bucal adequado.

A diabetes é uma condição crônica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. Além dos efeitos conhecidos na saúde geral, a diabetes também pode ter um impacto significativo na saúde bucal (Brasil, 2006). A doença interfere no funcionamento normal do organismo, afetando a capacidade do corpo de processar o açúcar no sangue. Essa disfunção metabólica pode levar a uma série de complicações orais, desde problemas na gengiva até infecções mais graves, como a periodontite. A relação entre diabetes e saúde bucal é complexa e bidirecional, uma vez que a presença de doenças bucais pode dificultar o controle da diabetes, e, por sua vez, níveis elevados de açúcar no sangue podem agravar problemas dentários.

Portanto, é essencial que as pessoas com diabetes adotem uma abordagem abrangente para o cuidado bucal, incluindo uma higiene oral adequada, visitas regulares ao dentista e controle adequado da diabetes, a fim de minimizar o risco de complicações bucais.

Efeitos biológicos da Hiperglicemia

Ao aumento de glicose no sangue dá-se o nome de hiperglicemia. A hiperglicemia causa efeitos deletérios no organismo, atribuídos entre outros fatores, à formação de um grupo heterogêneo de moléculas, constituído a partir de uma reação não enzimática do açúcar com grupos protéico, lipídico e ácido nucléico. Este grupo é chamado de subprodutos da glicosilação avançada (AGEs) (Guimarães, de Oliveira, Oliveira, 2010). A presença desses AGEs é considerada responsável pelos efeitos deletérios da doença por ligarem-se às membranas das células por meio de receptores (RAGEs – receptores dos produtos da glicosilação avançada) causando alterações disfuncionais. O acúmulo dos AGEs ocorre em todos os tecidos corpóreos, incluindo o tecido ósseo, cujos processos cicatriciais e de remodelação são de fundamental importância no processo de osseointegração (Kopman et al., 2005).

Em geral, os efeitos patológicos dos AGEs estão relacionados à capacidade destes compostos em modificar as propriedades funcionais e químicas de várias estruturas biológicas. Em todos os tecidos, os AGEs geram radicais livres e promovem o estresse oxidativo e a expressão aumentada de mediadores da inflamação (Huebschmann et al., 2006). O acúmulo de AGEs no esqueleto ósseo faz com que os ossos fiquem mais frágeis, com reduzida resistência e também com menor capacidade de remodelação. O AGE mais estudado é a pentosidina, cujas concentrações nos ossos cortical e trabecular estão negativamente associadas à resistência óssea (Saito et al., 2006).

Foi demonstrado *in vitro* que a incubação de osteoblastos em pentosidina causou uma redução significativa na fosfatase alcalina, coláge-

no $1\alpha 1$, osteocalcina e expressão gênica de RAGE. Estes dados sugerem um efeito prejudicial dos AGEs nos ossos, causando alterações funcionais em osteoblastos e no processo de mineralização óssea (Sanguineti et al., 2008).

A insulina age diretamente na síntese de matriz óssea, estimulando-a e indiretamente, induz a produção do Fator de Crescimento Ligado a Insulina (IGF-I) pelo organismo. O IGF-I regula a síntese de matriz óssea por dois mecanismos: aumenta o número de osteoblastos e controla a função de diferenciação de osteoblastos, aumentando a quantidade dessas células.

A influência da hiperglicemia sobre as células periodontais em ratos diabéticos pode ser verificado num trabalho de 2007 (Claudino et al., 2007). Os autores observaram que o aumento da glicemia favoreceu ao acúmulo de AGEs no tecido periodontal, levando a um aumento de células inflamatórias. Essa presença expressiva, principalmente nas fases iniciais do aumento da glicose, resultou em uma considerável presença de osteoclastos, promovendo aumento da expressão de RANKL para os tecidos periodontais, resultando em perda óssea alveolar acentuada. Deve-se lembrar que o RANK / RANKL (receptor ativador do ligante fator nuclear- κ B e seu ligante, respectivamente) tem sua função na formação de osteoclastos, o que permite a remodelação óssea. Já a OPG (osteoprotegerina) protege o esqueleto da reabsorção óssea excessiva, ligando-se ao RANKL e evitando que ele se ligue ao seu receptor RANK (evitando a formação de mais osteoclastos, portanto, evitando a reabsorção óssea desequilibrada). Assim, a razão RANKL / OPG é um importante determinante da massa óssea e da integridade e estabilidade do tecido ósseo. Portanto, a hiperglicemia promoveu aumento de células inflamatórias e de osteoclastos, promovendo aumento nos valores de perda óssea alveolar, devido a mudanças nesse mecanismo de ação.

A diabetes pode afetar a saúde bucal de diversas formas e algumas das complicações bucais mais comuns relacionadas à diabetes incluem:

1. Gengivite: a gengivite é uma inflamação da gengiva causada por acúmulo de placa bacteriana. Pessoas com diabetes têm um risco aumentado de desenvolver gengivite devido à níveis elevados de açúcar no sangue, que podem afetar a capacidade do corpo de combater infecções.

2. Periodontite: a periodontite é uma inflamação mais avançada da gengiva e do osso que suporta os dentes. Pessoas com diabetes têm um risco maior de desenvolver periodontite e a doença pode progredir mais rapidamente em pessoas com diabetes mal controlada.

3. Boca seca: a boca seca é comum em pessoas com diabetes devido à diminuição da produção de saliva. A saliva ajuda a limpar a boca e neutralizar os ácidos produzidos pelas bactérias, por isso a boca seca pode aumentar o risco de cáries e infecções na boca.

4. Feridas na boca: pessoas com diabetes podem ser mais propensas a desenvolver feridas na boca que demoram mais tempo para cicatrizar. Isso pode ser devido a uma diminuição da circulação sanguínea ou a uma capacidade reduzida do sistema imunológico para combater infecções.

É importante que pessoas com diabetes mantenham um cuidado bucal adequado, incluindo escovação e uso do fio dental diariamente, visitas regulares ao dentista e controle adequado dos níveis de açúcar no sangue. Más condições bucais podem resultar em enfermidade ou agravá-las, principalmente no caso da diabetes e doenças cardiovasculares (Ministério da Saúde, 2012).

Orientações gerais de higiene bucal

- Escovação: realizar de 2 a 3 vezes por dia, com uma escova macia e pasta de dente com flúor. Realizar movimentos de “varredura” nos dentes.
- Fio dental: deve ser feito uso diário, ideal para retirada de placa e restos alimentares entre os dentes.
- Enxaguante bucal: o ideal é ser usado somente com prescrição do dentista. Alguns produtos apresentam álcool e podem causar sensação de ressecamento e queimação, agravando o quadro de pacientes diabéticos que já podem ter sensação de boca seca.

→ Características de uma escova ideal:

- 1) cerdas macias;
- 2) cabeça pequena;
- 3) cerdas do mesmo tamanho, regulares;
- 4) alta quantidade de cerdas.

→ Raspador de língua: é um instrumento que auxilia muito na higienização da língua. Devemos fazer a escovação da língua todas as vezes que escovamos os dentes para retirar os microrganismos e restos alimentares que se não forem retirados causam halitose (mau hálito).

Higienização da prótese

- é importante utilizar uma escova firme, exclusiva para higienizar a prótese, e não a mesma escova que a utilizada na escovação dos dentes;
- escovar com água morna e sabão neutro, diariamente;
- não utilizar creme dental comum para higienizar a prótese, pois não é adequado por conter partículas abrasivas que podem danificar a prótese;
- não usar água quente, pois pode deformar a prótese.

→ Importante!!!

Sempre retirar a prótese para dormir.

A higiene oral e a higiene da prótese são importantes para manter a saúde do indivíduo, dos dentes e tecidos bucais, prevenindo o aparecimento de doenças e, conseqüentemente, aumentando a longevidade das próteses (Fonseca, Areias, Figueiral, 2007).

É importante ressaltar que quando a prótese não é bem higienizada torna-se um foco de infecção para o paciente, com isso pacientes que já possuem um comprometimento, como a diabetes, é imprescindível realizar a higiene.

Importância de cuidados para se fazer cirurgias

Durante a anamnese, ao constatar que o paciente é diabético, o clínico deverá obter informações sobre o tipo de diabetes e verificar se o pa-

ciente possui um acompanhamento médico regular, informando-se sobre o grau de controle glicêmico do paciente (valores de hemoglobina glicosilada, os quais determinam os níveis de glicose sanguínea durante os 30 a 90 dias prévios a obtenção da amostra de sangue. A Associação Americana de Diabetes recomenda que os pacientes mantenham a taxa de hemoglobina glicada < 7%). Pode partir do cirurgião-dentista o pedido dos exames de glicemia em jejum e de hemoglobina glicada. (Novaes et al., 2009).

REFERÊNCIAS

CLAUDINO, A. M. et al. **Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of topiramate plus cognitive-behavior therapy in binge-eating disorder.** [S. l.] J Clin Psychiatry, v. 68, n. 9, p. 1324-1332, set. 2007.

FONSECA, P.; AREIAS, C.; FIGUEIRAL, M. H. **Higiene de próteses removíveis.** [S. l.] Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, v. 48, n. 3, p. 141-146, 2007.

GUIMARÃES, R. P.; DE OLIVEIRA, P. A. D.; OLIVEIRA, A. M. S. D. **Efeitos adversos da diabetes mellitus no reparo ósseo peri-implantar.** [S. l.] Revista ImplantNews, v. 7, n. 4, p. 548-552, 2010.

HUEBSCHMANN, A. G. et al. **Diabetes and advanced glycoxidation end products.** Estados Unidos: Diabetes Care, v. 29, p. 1420-1432, 2006.

KOPMAN, J. A. et al. **Modulating the effects of diabetes on osseointegration with aminoguanidine and doxycycline.** [S. l.] J Periodontol, v. 76, p. 614-620, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diabetes Mellitus: Cadernos de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF. Acesso em: 14 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mantenha seu sorriso fazendo a higiene bucal corretamente.** Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mantenha_sorriso_fazendo_higiene_bucal.pdf. Acesso em: 14 jun. 2023.

NOVAES JR, A. B.; ANDRADE, P. F.; MACEDO, G. O. **Inter-relação da doença periodontal e Diabetes Mellitus.** Brasil: Odontologia Baseada em Evidências, ano 2, n. 2, jan. 2009.

SANGUINETI, R. et al. **Pentosidine effects on human osteoblasts in vitro.** [S. l.] Ann N Y Acad Sci, v. 1126, p. 166-172, 2008.

SAITO, M. et al. **Reductions in degree of mineralization and enzymatic collagen cross-links and increases in glycation-induced pentosidine in the femoral neck cortex in cases of femoral neck fracture.** [S. l.] OsteoporosInt, v. 17, p. 986-995, 2006.

A PARTE 3

ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL AO PACIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Figura 1. QR Code da apresentação com a temática de Saúde Auditiva.



Deficiência Auditiva

Fonte: os autores

CAPÍTULO 7

FLUXOGRAMA DO USUÁRIO NO SUS

Rebecca Mirian Alves de Souza

Cecília Loschi de Medeiros

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

- Os aparelhos de audição são dispositivos eletrônicos com pequenos microfones que amplificam os sons. A prescrição deve ser feita por médico especializado.
- A limpeza auditiva é de extrema importância para uma audição saudável, uma limpeza excessiva ou prejudicada pode levar a diversos problemas como, ferimentos, infecções, e até, perdas auditivas.

Caso a pessoa possua algum tipo de surdez, ela pode solicitar um intérprete para acompanhá-la em escolas, universidades, processos judiciais, entre outras.

A imagem abaixo (figura 1) retrata como é feito o fluxo de diagnóstico de surdez desde o primeiro teste e os testes consecutivos. Inicialmente é feita a identificação de possíveis indicadores de risco para deficiência auditiva (IRDA), entre eles estão, em bebês, a permanência em UTI neonatal por mais de cinco dias, uso de medicação ototóxica, uso de ventilação mecânica e hiperbilirrubinemia (Nascimento et al., 2020). Além disso, histórico familiar de deficiência auditiva também deve ser levado em consideração. Em idades mais avançadas, como adultos e idosos, o processo de envelhecimento e a exposição contínua a ruídos altos são indicadores de risco. Devido a isso, é de extrema importância o uso de abafadores de

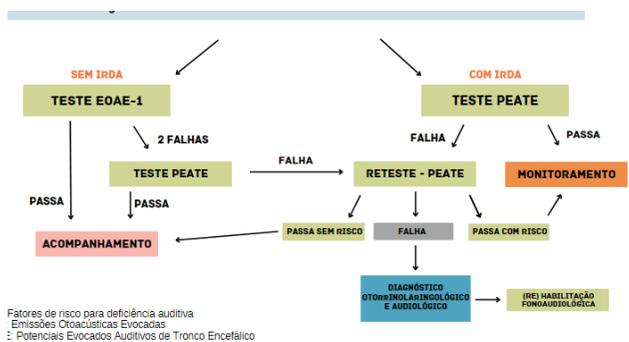
ruídos sempre que houver uma atividade que extrapole os limites de tolerância determinados pela Norma Regulamentadora 15 (NR15).

A NR15 - Atividades e Operações insalubres - regulamenta a medição dos níveis de ruídos contínuos ou intermitentes e o uso de equipamentos de proteção individual, como os abafadores de ruídos, se necessários (Brasil, 1978).

Teste da Orelhinha

O teste da orelhinha é feito em ambiente intra-hospitalar, no 2º ou 3º dia de vida do recém-nascido. Primeiramente é feito a coleta de dados para analisar possíveis fatores de risco para a deficiência auditiva, após é feito o teste de emissões otoacústicas evocadas (EOAE), caso a criança falhe no teste são feitos outros dois testes, o teste de Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico (PEATE), que realmente diagnosticam a surdez. Com isso, é realizado o encaminhamento e acompanhamento do paciente (Brasil, 2012).

Figura 1: Fluxograma do usuário para diagnóstico de deficiência auditiva.



Fonte: Modificado das Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal do Ministério da Saúde. (Brasil, 2012).

Reabilitação

O acompanhamento de pacientes com deficiência auditiva é feito, muitas vezes, em Centros Especializados de Reabilitação (CER). Em Campo Grande, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Campo Grande (APAE/CG) é muito reconhecida por fazer tal papel, ajudando desde a infância no desenvolvimento intelectual do paciente. Lá são feitas atividades lúdicas específicas que auxiliam no aprendizado da língua de sinais (libras), uso de audição residual e desenvolvimento de fala, bem como, auxiliar no uso de aparelhos auditivos.

Sobre o Estatuto da Pessoa com Deficiência:

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2015) é um documento que dita normas, direitos e deveres da pessoa com deficiência. É importante atentar a alguns direitos e deveres garantidos pelo estatuto:

Sabia que é a cobrança de valores mais altos para pessoas com deficiência por parte de setores particulares de saúde é considerado discriminação?

É comum encontrar serviços de saúde como planos de saúde, consultas particulares e até seguros de saúde, cobrarem mais caro às pessoas acometidas por algum tipo de deficiência mas, a realidade é que isso é contra a lei e deve ser relatado às instituições competentes.).

Art. 23. São vedadas todas as formas de discriminação contra a pessoa com deficiência, inclusive por meio de cobrança de valores diferenciados por planos e seguros privados de saúde, em razão de sua condição (Brasil, 2015).

Sabia que a pessoa com deficiência auditiva tem direito a um intérprete disponibilizado pelo poder público?

Caso a pessoa possua algum tipo de surdez, ela pode solicitar um intérprete para acompanhá-la em escolas, universidades, processos judiciais, entre outras.).

Art. 28. Incumbe ao poder público assegurar, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar: XI – formação e disponibilização de professores para o atendimento educacional especializado, de tradutores e intérpretes da Libras, de guias intérpretes e de profissionais de apoio; autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (Brasil, 2015).

Limpeza Auditiva:

A limpeza auditiva é de extrema importância para uma audição saudável, uma limpeza excessiva ou prejudicada pode levar a diversos problemas como, ferimentos, infecções, e até perdas auditivas. Por conta desse fator, é importante saber como fazer esse processo corretamente, com cuidado e entendendo a importância desse ato.

Ela deve ser realizada de maneira delicada e cuidadosa. O ideal é utilizar uma toalha ou papel higiênico envolvido no dedo indicador e limpar apenas a parte externa da orelha, retirando sujidades da região sem, nunca, inserir nada dentro dos ouvidos. Essa região mais interna é autolimpante e não precisa de uma manutenção extra. Além disso, para manter a região livre de infecções indesejadas, é recomendado sempre manter a área seca e usar tampões de ouvido ao entrar em piscinas, rios ou praias (MedPrev, 2022).

Mas e a cera de ouvido?

A cera de ouvido, apesar de ser vista pela maioria das pessoas como sujeira, não é. É uma secreção indispensável para a saúde auditiva que tem a função de limpar o ouvido interno, lubrificar o canal auditivo, prevenir infecções e retirar partículas de sujeira ou microrganismos dessa área. Em caso de necessidade, ela pode ser retirada sim, desde que já esteja na parte externa do pavilhão auditivo e não dentro do ouvido. É importante ressaltar que a parte mais interna, canal auditivo, só deve ser acessada por um profissional competente (MedPrev, 2022).

Pode usar cotonete/hastes flexíveis?

Até pode, mas novamente, só pode ser usado nas orelhas. Ao inserir qualquer objeto nas orelhas, a pessoa corre o risco de empurrar a cera, que deveria ser expelida dos ouvidos, de volta para dentro dele. Isso pode causar obstruções do canal auditivo, infecções e, em casos mais sérios, a haste pode até perfurar o tímpano, uma membrana fina e delicada que fica no ouvido interno e é indispensável para uma boa saúde auditiva. Nesse último caso, não é incomum que a audição do indivíduo seja permanente prejudicada.

Atenção à limpeza do Aparelho Auditivo:

Os aparelhos auditivos, especialmente por estarem em contato direto com uma região muito sensível, devem ser limpos da maneira correta e com frequência. Isso porque a falta de higienização do objeto pode causar infecções, deterioração do dispositivo e até o agravamento de condições de saúde preexistentes do usuário do aparelho.

A limpeza deve ser realizada de forma diária e deve ser realizada utilizando um lenço ou pano limpo com álcool isopropílico. Em casos excepcionais, podem também ser usados lenços antibacterianos, vendidos em farmácias pelas empresas fabricantes de aparelhos auditivos. Entretanto, o ideal é utilizá-los apenas em casos excepcionais, quando o aparelho precisa ser trocado fora de casa ou algo do tipo, pois os lenços não devem substituir a limpeza realizada pelo álcool isopropílico (Moreira, 2023).

Também é necessário verificar a presença de sujidades ou cerume no orifício da ponta do aparelho, se houver, retire com o auxílio de um papel ou escova. Essa região deve permanecer desobstruída para não afetar a eficácia do dispositivo (Moreira 2023).

Entretanto, é importante ressaltar que o dispositivo não deve ser molhado, e antes e depois de manuseá-lo é necessário lavar bem as mãos. Além disso, é recomendado sempre seguir as recomendações específicas para cada tipo de aparelho auditivo. Cada um tem suas especificidades e o ideal em caso de dúvidas é falar com um profissional competente ou verificar as instruções de uso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. **Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.** [S. l.], 2000. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm>. Acesso em: 11 jul. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.** [S. l.]: Planalto, 2015. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em: 10 jul. 2023.

MEDPREV. **Lavagem de ouvido: por que e quando fazer?** [S. l.]: Medprev, 2022. Disponível em: <<https://medprev.online/blog/prevencao/lavagem-de-ouvido-por-que-e-quando-fazer/>>. Acesso em: 11 jul. 2023.

MOREIRA, Paula Pfeifer. **Como limpar o aparelho auditivo e o implante coclear.** [S. l.]: Crônicas da Surdez, 2023. Disponível em: <<https://cronicasdasurdez.com/como-limpar-aparelho-auditivo-implante-coclear/>>. Acesso em: 11 jul. 2023.

NASCIMENTO, Gicélia Barreto; KESSLER, Themis Maria; SOUZA, Ana Paula Ramos De; et al. **Indicadores de risco para a deficiência auditiva e aquisição da linguagem e sua relação com variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas em bebês pré-termo e a termo.** CoDAS, v. 32, n. 1, p. e20180278, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822020000100315&tlng=pt>. Acesso em: 4 jul. 2023.

SANTA CATARINA. **Estado de Santa Catarina. Diretrizes de Atenção à Saúde Auditiva na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/manuais-e-publicacoes-2/13422-diretrizes-estaduais-saude-auditiva-1/file>>. Acesso em: 11 jul. 2023.

CAPÍTULO 8

O CORPO COM DEFICIÊNCIA: ACESSIBILIDADE E INCLUSÃO

Maria Fernanda Figueiró
Emilli Caroline Silva Souza
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

- É preciso redefinir a deficiência em termos sociológicos e não mais estritamente biomédicos.
- É necessário refletir que "a opressão e a marginalização das pessoas com deficiências são resultados de estruturas sociais, isto é, a deficiência seria consequência da interação entre uma pessoa com lesão com o meio social" (Araújo, 2018, p.47).
- É de suma importância se pensar no acesso de pessoas com deficiência auditiva nos ambientes de saúde, sendo necessário se pensar em estratégias para essa inserção e melhor atendimento desses usuários na Atenção Primária.

A Definição de Deficiência

Segundo Goffman (2021) existe uma determinação dos papéis sociais pelas demarcações existentes nos corpos de forma que a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e os atributos considerados comuns e naturais. Portanto, quem apresenta qualquer atributo que não esteja enquadrado entre aqueles previamente estabelecidos, possui um estigma.

É preciso redefinir a deficiência em termos sociológicos e não mais estritamente biomédicos, pois “a deficiência se definiria pelas restrições e desvantagens resultantes da organização social que desconsidera parcialmente ou totalmente aquelas pessoas com lesões físicas, excluindo-as de inúmeras atividades da vida diária.” (Araújo, 2018, p.47).

Segundo Diniz (2007), a deficiência seria um dado corporal isento de valor, ao passo em que a deficiência seria o resultado da interação de um corpo com lesão em uma sociedade discriminatória.

Portanto, na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006), definiu-se que a deficiência é um conceito em evolução e resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. Dentro desse contexto geral, a deficiência auditiva também é contemplada, no que se refere a direitos e legislação.

Você conhece as leis que se direcionam especificamente às pessoas com Deficiência Auditiva?

No Brasil, existe um número significativo de leis que regulamentam a inclusão e acessibilidade de pessoas com deficiência, apesar da ineficácia na aplicação de algumas delas e na recente publicação. Desse modo, no Quadro 1 será possível observar algumas leis direcionadas às pessoas com deficiência no Brasil.

Figura 1: Fluxograma do usuário para diagnóstico de deficiência auditiva.

Lei	Deliberação
Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015: Lei Brasileira de Inclusão à Pessoa com Deficiência	Em seu primeiro artigo, diz que é deliberada a proporcionar e a amparar, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais pela pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. Nesse sentido, em seu terceiro artigo, encontram-se algumas considerações de aplicação para os fins desta lei, inserindo o uso da acessibilidade, desenho universal, tecnologia assistiva ou ajuda técnica, comunicação, adaptações razoáveis, residências inclusivas, profissional de apoio escolar e muitas outras considerações para o cumprimento efetivo da lei de inclusão de pessoas com deficiências.
Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005: Regulamenta a Lei de Libras, a Lei nº 10.436 de 24 de abril de 2002	Dispõe em seu primeiro artigo o reconhecimento legal da Língua Brasileira de Sinais como meio de comunicação, viabilizando a inclusão social e proporcionando exercício pleno da cidadania. Compreende-se que a regulamentação da Lei de Libras trouxe para a história um grande marco na luta por direitos à cidadania das pessoas com deficiência auditiva. No entanto, é necessário ampliar a discussão no que tange ao ensino de libras no ensino regular e na formação acadêmica de profissionais da área da saúde.

Fonte: Brasil (2002) e Brasil (2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, em 2005, havia 278 milhões de pessoas no mundo com deficiência auditiva moderada a profunda. No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há aproximadamente seis milhões de pessoas com incapacidade, com alguma ou com grande dificuldade permanente de ouvir (Freire et. al., 2009; Brasil, 2010). Este dado indica a necessidade de preparação e capacitação dos profissionais e da sociedade como um todo na compreensão dos indivíduos com deficiência auditiva. Dessa forma, é de suma importância se pensar no acesso de pessoas com deficiência auditiva nos ambientes de saúde, uma vez que se nota a dificuldade e o sofrimento para serem compreendidos pelos profissionais nos atendimentos, sendo necessário se pensar em estratégias para essa inserção e melhor atendimento desses usuários na Atenção Primária. Além do atendimento em saúde, é importante destacar o papel da educação, desde que a deficiência demanda uma atenção intersetorial, que contemple todos os aspectos da vida pessoal e em comunidade.

Educação Especial no Brasil

Debater acerca da educação especial no Brasil demanda a consideração de diversos elementos constitutivos de sua cultura e consolidação histórica. Segundo Kassar (2012), a visão de marginalidade foi direcionada tanto aos adultos das camadas pobres quanto aos seus filhos. Para não pertencer a esse grupo, a criança deveria estar enquadrada em requisitos de convivência social, que envolviam aspectos como: vestimenta adequada, boa higiene, bons modos e boa aparência. Os que não se encaixavam muitas vezes eram focos de ações coercitivas e policiais (Lodoño, 1991). E nesse conjunto se enquadravam as crianças tidas como marginais e encontravam-se também crianças com deficiências.

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências reconheceu o direito de todas as crianças com deficiências tanto serem incluídas no sistema geral de educação quanto terem suas necessidades específicas atendidas, inclusive individualmente, quando necessário (Who, 2011). Portanto, é extremamente importante a continuidade da luta pela garantia de que todas as escolas sejam integrativas resistindo à ultrapassada noção de que crianças com algum tipo de deficiência deveriam estudar em escolas separadas, marginalizando-as e impossibilitando-as seu desenvolvimento junto a outras crianças.

É preciso considerar que, embora o Brasil tenha instrumentos legais que induzem ao cumprimento dessa integralidade, com o acesso de todas as crianças nas redes de ensino, o número de crianças com deficiência até o final do ensino fundamental ainda é muito defasado. Ademais, a desigualdade do acesso ao ensino se presentifica, quando se analisam os dados que indicam o fracasso de alunos com deficiência nas escolas comuns, mesmo quando os aparatos educativos disponíveis na legislação educacional se fazem presentes, levando a reflexão de quais seriam os motivos que sustentam tais estatísticas.

Figura 1: Fluxograma do usuário para diagnóstico de deficiência auditiva.

Leituras Complementares
FREIRE, Daniela Buchrieser et al. Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública , v. 25, n. 4, p. 889-897, 2009. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n4/20.pdf
PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012 que Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde . Brasil, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
RIBEIRO, S. F. R.; YAMADA, M. O.; SILVA, C. Grupo de acompanhantes de pacientes com implante coclear : uma ação interdisciplinar da psicologia e do serviço social. Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo Jan.-Jun. 2005, Vol. 6, No. 1, pp. 48-56. Disponível em: https://djalnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5576724

Fonte: Brasil (2002) e Brasil (2015).

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Josemar Figueiredo. **Misturadas**: Descrições da Segregadora Inclusão Educacional das Pessoas com Deficiência. São Paulo: Paco Editorial, 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Acessibilidade nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000**.

DINIZ, Débora. **O que é deficiência**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

FREIRE, Daniela Buchrieser et al. **Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 4, p. 889-897, 2009.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 2021.

KASSAR, Mônica. **Educação Especial do Brasil**: Desigualdades e Desafios no Reconhecimento da Diversidade. Educ. Soc., Campinas, v. 33, n. 120, p. 833-849, jul.-set., 2012.

LODONO, Fernando. **A origem do conceito Menor**. In: Del Priori, M. (Org.). História da criança no Brasil. São Paulo: Contexto, 1991. p. 129-145.

Ministério Público. **Lei de Inclusão da Pessoa com Deficiência nº 13.146, de 6 de julho de 2015**.

Ministério Público. **Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005**. Regulamenta a Lei no 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção sobre os **Direitos das Pessoas com Deficiência**, aprovada pela Assembleia Geral da ONU em dezembro de 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Report on Disability 2011**. Genève: WHO; The World Bank, 2011.

CAPÍTULO 9

DEFICIÊNCIA AUDITIVA E NUTRIÇÃO

Mariana Giori Gomes
Giulia Gabrielli Galiciani
Leila Sabrina Ullmann

- A classificação das deficiências auditivas é abordada em diferentes categorias, desde a deficiência auditiva ligeira até a cofose.
- O acompanhamento desde a infância é essencial para auxiliar no desenvolvimento da criança, promovendo uma melhor escuta, tanto com a audição residual quanto com a fala e a língua de sinais.
- Embora a relação entre nutrição e perda auditiva ainda seja pouco explorada, há indícios de que a alimentação pode influenciar indiretamente a saúde auditiva.

A Tipos de deficiência

A classificação das deficiências auditivas, conforme descrito por Brasil (2017), pode ser dividida em diferentes categorias, cada uma com suas características distintas. Essas classificações ajudam a compreender o grau de perda auditiva e suas implicações na comunicação e na linguagem.

1. Deficiência auditiva ligeira:

Neste caso, o indivíduo consegue ouvir a palavra, mas pode enfrentar dificuldades em captar certos elementos fonéticos. Essa forma

de surdez geralmente não afeta o desenvolvimento da linguagem, mas pode haver desafios para entender conversas normais.

2. Deficiência auditiva média:

Nessa categoria, a palavra só é percebida em intensidades sonoras mais fortes. Além disso, podem surgir dificuldades na aquisição da linguagem e na articulação das palavras. Falar ao telefone também pode ser problemático e a leitura labial pode ser necessária para compreender o que é dito.

3. Deficiência auditiva severa:

Aqui, a pessoa não consegue ouvir palavras em um tom normal e é necessário elevar o volume para ter uma sensação auditiva. Também podem ocorrer perturbações na voz e na articulação das palavras, além de uma forte dependência da leitura labial.

4. Deficiência auditiva profunda:

Nesse estágio, não há sensação auditiva alguma. A fala é afetada de forma intensa e há dificuldades marcadas na aquisição da linguagem oral. Nesses casos, é comum que a pessoa desenvolva facilmente a Língua Gestual para se comunicar.

5. Cofose:

A cofose representa a surdez completa, em que não há percepção sonora alguma. O som é totalmente ausente e a fala é intensamente

afetada. A aquisição da linguagem oral também é extremamente difícil nessas circunstâncias.

Essa classificação nos ajuda a entender a diversidade de perdas auditivas e como elas podem impactar a comunicação e a linguagem das pessoas afetadas. É importante lembrar que cada indivíduo é único, e o suporte e as necessidades podem variar de acordo com suas circunstâncias específicas.

Aparelhos para audição

O aparelho auditivo é um dispositivo eletrônico que conta com um pequeno microfone responsável por amplificar os sons. A perda auditiva pode ter diferentes causas e, por este motivo, a prescrição de um aparelho auditivo deve ser feita por um médico especializado.

É importante ter em mente o seguinte:

- O aparelho auditivo não tem a capacidade de curar a perda de audição, não se trata de um remédio.

- Ele não substitui o seu ouvido, mas proporcionará a você a capacidade de perceber uma variedade de sons e compreender melhor a fala.

- O uso do aparelho auditivo terá um grande valor no seu dia a dia, desde que você tome os cuidados necessários.

- É essencial que você se sinta confortável com o seu aparelho e reconheça as vantagens que ele pode trazer para a sua vida.

- É fundamental comparecer às consultas agendadas para esclarecer todas as suas dúvidas, acompanhar a sua adaptação e receber orientações adequadas sobre o uso e os cuidados com o aparelho.

Ao receber o aparelho auditivo, pode ser que a pessoa não consiga usá-lo o tempo todo de imediato. É recomendado começar usando-o

em casa, em ambientes silenciosos, e gradualmente aumentar o tempo de uso e experimentar em diferentes locais que costuma frequentar (Brasil, 2011).

Tipos de aparelhos

Conforme as informações fornecidas pelo Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza os seguintes tipos de próteses auditivas (Brasil, 2021):

1. Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI): Trata-se de um dispositivo que amplifica os sons para auxiliar pessoas com perda auditiva. O AASI é colocado na orelha ou atrás dela, permitindo melhor audição.

2. Sistema de Frequência Modulada (Sistema FM): É um sistema que utiliza um transmissor e um receptor para melhorar a compreensão da fala em ambientes com ruído. O transmissor capta o som e o envia diretamente para o receptor, proporcionando audição mais clara.

3. Prótese de Implante Coclear (IC): Consiste em um dispositivo eletrônico implantado cirurgicamente no ouvido interno. Ele estimula diretamente o nervo auditivo, permitindo que pessoas com perda auditiva severa ou profunda possam perceber sons e reconhecer a fala.

4. Prótese Auditiva Ancorada no Osso (PAAO): É uma prótese implantada cirurgicamente no osso da orelha, atrás da orelha ou sobre o crânio. Ela transmite o som por meio de vibrações ósseas, contornando possíveis bloqueios no ouvido externo ou médio.

Essas são algumas das opções de próteses auditivas disponíveis no SUS, com o objetivo de atender às necessidades das pessoas com diferentes tipos de perda auditiva. A escolha do tipo de prótese mais adequada será feita por um profissional especializado, levando em consideração as características individuais de cada paciente (Brasil, 2021).

Fluxo do usuário

A Atenção primária (APS) é a porta de entrada para os pacientes com deficiência auditiva, lá são feitas as principais consultas, acompanhamento e também o encaminhamento para os Centro Especializado em Reabilitação (CER). Após o diagnóstico de deficiência auditiva, ainda na infância, o acompanhamento no desenvolvimento da criança é de extrema importância para ajudar na promoção de uma melhor escuta com a audição residual, bem como na fala e na língua de sinais.

Saúde auditiva e nutrição

Estudos apontam que a alimentação saudável pode vir a diminuir a possibilidade de surgirem complicações auditivas no indivíduo. Isso se dá uma vez que a perda auditiva adquirida é resultado de diversos fatores, como má circulação na região, inflamação, falta de oxigenação, entre outros. Sendo assim, a alimentação está relacionada de forma indireta à saúde auditiva, já que a alimentação se relaciona com estas adversidades. Entretanto, há poucos estudos que correlacionam a nutrição com a perda auditiva.

Existem indícios de que a perda auditiva também pode ser uma das complicações acarretadas pela diabetes tipo II, tendo em vista esse

cenário, é fundamental prezar por uma dieta saudável que evite também o favorecimento da diabetes mellitus, a partir das orientações passadas anteriormente.

É importante mencionar que a alimentação como uma forma preventiva é o mais importante, isso significa que depois que a perda auditiva for adquirida, não existe nutriente ou alimento que retroceda o quadro.

REFERÊNCIAS

A BRASIL. Ministério da Saúde. **Surdez**. Brasil: Biblioteca Virtual de Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/surdez-3/>. Acesso em: 12 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aparelhos para audição**. [s.l.], 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/aparelhos-para-audicao/>. Acesso em: 12 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS oferece assistência integral para pessoas com deficiência auditiva**. Brasil, [s.l.], 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/marco/sus-oferece-assistencia-integral-para-pessoas-com-deficiencia-auditiva>. Acesso em: 12 jul. 2023.

MAIA, Clícia; CAMPOS, Carlos. Diabetes Mellitus como causa de perda auditiva [S.l.]. **Revista brasileira de otorrinolaringologia**. v. 71, n. 2 p. 208-214. Abr. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rboto/a/sWQDJCMqn-VKg7kkJq44jSSQ/?lang=pt>. Acesso em: 31 de mar. 2023.

PENIDO, Rosimar Costa. **Influência da desnutrição na função auditiva de crianças desnutridas do sul do Maranhão, Brasil**. 2015. p. 243 Tese (Doutorado em Mecanismos Fisiopatológicos nos Sistemas Visual e Audio-Vestibular) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. doi:10.11606/T.17.2016.tde-02082015-225543. Acesso em: 15 jun. 2023.

CAPÍTULO 10

COMPREENDENDO A COMUNICAÇÃO EM LIBRAS E SEUS DESAFIOS NA ODONTOLOGIA

Maria Luiza Guarienti Piati
Gabrielle de Oliveira Paes
Rafael Ferreira

- A utilização da língua brasileira de sinais - Libras - é a maneira mais eficiente de atender um paciente surdo.
- O papel do familiar como intérprete durante o atendimento odontológico.
- 9,7 milhões de pessoas no Brasil têm algum tipo de deficiência auditiva.
- Profissionais de saúde: a necessidade de habilitação em Libras para garantir um atendimento digno.

No último censo realizado pelo IBGE verificou-se que aproximadamente 9,7 milhões de pessoas têm alguma deficiência auditiva (IBGE, 2010). A maneira mais eficaz de atender um paciente surdo é utilizando a Libras, língua brasileira de sinais. Sabe-se que pessoas surdas enfrentam dificuldades de acessibilidade no sistema de saúde devido à barreira linguística, afetando o acesso à prevenção, tratamento e assistência de forma inclusiva. Além do mais, a maioria dos profissionais não possui preparo e tem pouco conhecimento sobre as barreiras enfrentadas por pessoas com deficiência auditiva, o que impossibilita a promoção de um atendimento integral e individualizado (Santos, 2020).

Porém, na maioria das vezes, devido aos profissionais não possuírem esse conhecimento necessário sobre a língua o atendimento aos pacientes surdos fica comprometido, gerando uma consulta não humanizada e também uma exclusão social, além disso, o serviço prestado à essa população se tornar ineficaz (Chaveiro; Barbosa, 2005). Por isso é tão importante ter esse preparo dos profissionais da saúde para atender esses indivíduos, o que deve se iniciar ainda na graduação, pois assim poderemos personalizar o atendimento odontológico para o paciente surdo, realizando uma comunicação efetiva e um atendimento que seja humanizado (Peña, et al. 2016).

Por mais que possamos usar a leitura labial e a escrita, elas não são suficientes para estabelecer uma comunicação eficaz, causando dificuldade na compreensão de informações entre ambos, gerando insegurança tanto no paciente como no profissional. Por isso, existem soluções disponíveis para melhorar a comunicação e promover a inclusão de pessoas com deficiência auditiva. Essas soluções incluem, por exemplo, aplicativos para baixar em celulares (Do Nascimento et al., 2023).

Por isso esse conhecimento é tão importante, pois os pacientes relatam que encontram muitas dificuldades no atendimento quando o profissional não sabe se comunicar em Libras, e quando o trabalhador tem habilidade de conversar em sinais de ansiedade e medo são reduzidos (Pereira et al., 2017).

Portanto, é crucial reconhecer que a comunicação ideal com pacientes surdos seria por meio de Libras. No entanto, quando o profissional não possui esse conhecimento, é imprescindível que busque outras maneiras efetivas para se comunicar com eles, não existindo uma regra geral, pois cada paciente pode apresentar necessidades específicas. Assim, uma relação de confiança e empatia deve ser estabelecida entre o profissional e o paciente, possibilitando uma com-

preensão mútua e eficiente durante o atendimento de saúde. Dessa forma, a adaptação e a sensibilidade são fundamentais para garantir uma comunicação efetiva e inclusiva, assegurando que os pacientes surdos se sintam respeitados, acolhidos e plenamente envolvidos no processo de cuidado e tomada de decisões sobre sua saúde.

Em muitos casos, é comum que um familiar próximo acabe assumindo o papel de intérprete entre o profissional e o paciente com deficiência auditiva. Nesse cenário, o profissional comunica-se com o familiar, que por sua vez repassa as informações ao paciente surdo. Entretanto, essa abordagem pode acarretar problemas, tais como o repasse inadequado ou incompleto de informações, o que pode resultar em falhas na comunicação. Além disso, esse método pode ser problemático quando se tratam de informações sigilosas ou íntimas, podendo gerar desconforto para todas as partes envolvidas (Alshehri et al., 2018).

Com isso, percebe-se que a privacidade e a confidencialidade são aspectos cruciais em um atendimento de saúde, e o uso de um familiar como intermediário pode comprometer esses princípios. Logo, é fundamental e de extrema importância que os profissionais de saúde estejam cientes dessas questões e busquem alternativas adequadas para garantir uma comunicação eficiente e respeitosa com os pacientes surdos. Recorrer a intérpretes capacitados ou utilizar recursos tecnológicos, como aplicativos de tradução, são algumas das opções disponíveis para assegurar uma comunicação clara, precisa e confidencial, contribuindo assim para uma experiência de atendimento mais positiva e inclusiva para todos (Scheier, 2009; Rodrigues; Damiano, 2014).

Podemos também lançar mão de um material confeccionado pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará, Belém-Pará, Brasil, intitulado: "Manual digital odontológico aces-

sível em Língua Brasileira de Sinais para pacientes surdos em casos de dor.” Disponível através do site: “www.odontologiaelibras.com”, esse e-book contém 11 vídeos com perguntas essenciais da anamnese em libras, possibilitando uma interação dentista-paciente mais clara e um diagnóstico mais facilitado, visto que esses pacientes, em sua maioria, têm pouca ou nenhuma habilidade verbal, o que limita sua capacidade de se comunicar e expressar suas necessidades. Com isso o paciente pode responder perguntas essenciais para o tratamento como se a dor é localizada ou irradiada, se dói ao se alimentar, há quanto tempo sente a dor, entre outras. Além disso, é importante mencionar que para todas as perguntas também são dadas opções de respostas, também em libras. (Gonçalves et al., 2021).

Outra informação importante é que, caso o paciente utilize aparelhos auditivos, é recomendado removê-los durante a consulta para evitar desconforto causado pelos sons do instrumento alta-rotacão ou do sugador (Haddad; Ferreira, 2007).

Logo, concluímos que os profissionais de saúde precisam ser habilitados e possuírem esse conhecimento da língua brasileira de sinais para criar um vínculo com o paciente, entendê-lo e auxiliá-lo da melhor forma possível para que o paciente tenha um atendimento digno.

Existem várias razões pelas quais uma pessoa com deficiência auditiva pode confundir o zumbido com a disfunção temporomandibular (DTM):

1. Localização: O zumbido pode parecer que está vindo da mandíbula ou do ouvido, o que pode levar a uma confusão com a DTM, que afeta a articulação da mandíbula. Isso pode ser especialmente verdadeiro se a pessoa tem perda auditiva em ambos os ouvidos, o que torna mais difícil identificar a origem do som.

2. Sintomas: Os sintomas da DTM e do zumbido podem ser semelhantes, incluindo dor no ouvido, mandíbula e pescoço, além de dores de cabeça e tontura. Essa semelhança pode levar a uma confusão entre as duas condições.

3. Causas: O zumbido pode ter várias causas, incluindo exposição a ruído excessivo, lesão na cabeça ou pescoço, infecções e problemas de circulação sanguínea. A DTM também pode ser causada por lesões na cabeça ou pescoço, além de bruxismo (ranger os dentes), estresse e artrite. Como muitas das causas são semelhantes, pode ser difícil determinar a origem do problema.

4. Experiência pessoal: Finalmente, a experiência pessoal de uma pessoa com perda auditiva pode influenciar sua percepção do problema. Alguém que já experimentou a DTM pode ser mais propenso a acreditar que o zumbido está relacionado à condição, mesmo que não seja o caso.

Em resumo, a confusão entre zumbido e DTM pode ocorrer devido à localização, sintomas, causas e experiência pessoal. É importante que a pessoa procure ajuda de um profissional de saúde qualificado para determinar a causa do problema e desenvolver um plano de tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

ALSHEHRI, A. A., TOGOO, R. A., AIN, T. S. **Dental treatment experiences of patients with hearing impairment in southern Saudi arabia: a questionnaire based study.** Journal of Clinical and Diagnostic Research, [s.l], 12 (3): 37-4. 2018.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A. **Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social.** Rev Esc Enferm USP, [S.l], v. 39, n. 4, p. 417-22, 2005.

DO NASCIMENTO, A. L.; MOUSINHO, E. V.; DE OLIVEIRA, F. L.; CARVALHO R. F.; **Atendimento odontológico para pacientes surdos.** Brazilian Journal of Health Review, [S.l], v. 6, n. 3, p. 13631–13639, 2023.

GONÇALVES, F.; SANTOS DOS SANTOS, R.; CAVALLÉRO COLARES UCHÔA, D.; VIEIRA DA SILVA GOMES, C. E. .; NELO PEDREIRA, E.; RESQUE BECKMANN CARVALHO, T.; FERNANDES DE MENEZES, S. A.; FONSECA, R.; OLIVEIRA DE ALENCAR MENEZES, T. **Manual digital odontológico acessível em Língua Brasileira de Sinais para pacientes surdos em casos de dor .** Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences , [S. l.], v. 5, n. 2, p. 11–18, 2023.

HADDAD, A. S.; FERREIRA, M. C. D. **Deficiências sensoriais e de comunicação.** In: HADDAD, A. S. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais** [S.l.], p. 253-261, 2007

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2021.** [S.l.], IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=-1,-2,-3,128&ind=4643>.

PEÑA, M. C. et al. **Impacto das condições de saúde bucal sobre a qualidade de vida de crianças com deficiências visuais e auditivas.** Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent., [S.l.], v. 70, n. 4, p. 370-382, 2016.

PEREIRA, R. M.; MONTEIRO, L. P. de A.; MONTEIRO, A. C. da C.; COSTA, I. do C. C. **Percepção das pessoas surdas sobre a comunicação no atendimento odontológico.** Revista Ciência Plural, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 53-72, 2017.

SANTOS, V. G. **Inclusão e acessibilidade no atendimento odontológico para pessoas com deficiência auditiva.** Cathedral, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 11-25, 2020.

WENDICH, G. C. **Atendimento odontológico de surdos: Uma Revisão de Literatura.** 2018. [S. l.] Disponível em: <http://www.tcc.sc.usp.br/tce/disponiveis/58/580120/tce-14102019-153629/>. Acesso em: 11 de julho de 2023.

RODRIGUES, S. C. M.; DAMIÃO, G. C. **Ambiente Virtual: auxílio ao atendimento de enfermagem para surdos com base no protocolo de Atenção Básica.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, [S.l.], v. 48, n. 4, p. 731-738, 2014.

SCHEIER, D. B. **Barriers to health care for people with hearing loss: a review of the literature.** Journal of the New York State Nurses Association, v. 40, n. 1, p. 4-10, 2009.

A PARTE 4
ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL AO PACIENTE
COM SÍNDROME DE DOWN NO CONTEXTO DA
ATENÇÃO BÁSICA

Figura 1. QR Code da apresentação com a temática de Síndrome de Down.



Síndrome de Down

Fonte: os autores

CAPÍTULO 11

ASPECTOS FISIOLÓGICOS

Cecília Loschi de Medeiros
Rebecca Mirian Alves de Souza
Rafael Ferreira

- A síndrome de Down é a alteração cromossômica (cromossomopatia) mais comum em humanos e a principal causa de deficiência intelectual na população.
- A Síndrome de Down é gerada por uma alteração genética, a presença de um cromossomo extra no que deveria ser apenas um par, conhecido como par 21.
- A maioria das pessoas afetadas têm um atraso cognitivo, retardos motores e na fala, baixa estatura e estão mais propensos ao ganho de peso.
- Em pacientes com SD o envelhecimento parece mais precoce, porém atualmente pode-se observar um aumento na expectativa de vida dos portadores da síndrome.

O que é Síndrome de Down?

A Síndrome de Down (SD) ou trissomia do 21 é a alteração cromossômica (cromossomopatia) mais comum em humanos e a principal causa de deficiência intelectual na população. É caracterizada pelo acréscimo de 1 cromossomo no par 21, com isso ocorre comprometimento cognitivo e mudanças fisiológicas características da Síndrome

de Down como cabelo liso e fino, olhos com linha ascendente e dobras da pele nos cantos internos (semelhantes aos orientais), nariz pequeno e um pouco "achatado", rosto redondo, orelhas pequenas, baixa estatura, pescoço curto e grosso, entre outras (UFSCAR, 2021).

A incidência geral da SD é de cerca de 1/700 entre os nascidos vivos, e o risco aumenta gradualmente à medida que a idade materna aumenta. Alguns fatores de risco mais ligados à incidência de SD é a idade materna avançada, > 35 anos. A maioria das pessoas afetadas têm um atraso cognitivo, retardos motores e na fala, baixa estatura e estão mais propensos ao ganho de peso (Powell-Hamilton, 2021).

Como funciona a genética da SD?

Como citado anteriormente, a Síndrome de Down é gerada por uma alteração genética, a presença de um cromossomo extra no que deveria ser apenas um par, ou seja, ao invés de dois cromossomos, têm-se três. Esta alteração ocorre no par de cromossomos 21, por isso chama-se 'trissomia do 21'. Isso significa que o indivíduo afetado possui mais DNA nesse trio de cromossomos do que pessoas que não possuem a condição. Esse excesso de cromossomos é gerado por um erro durante a formação do gameta feminino ou masculino, na mãe ou pai da criança afetada. Já que os gametas são as células que carregam o DNA dos pais e que, essencialmente, originam o bebê, as alterações estão presentes em todo o corpo da criança. Tal ocasião, justifica a grande variedade de características físicas e doenças associadas à síndrome, uma vez que todas as células do corpo do indivíduo terão mais DNA do que em pessoas sem a condição (Powell-Hamilton, 2021).

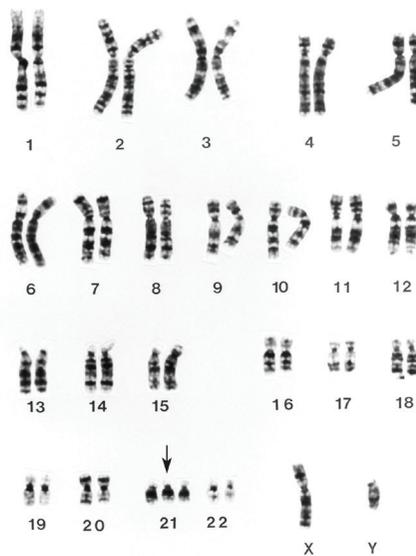
Ao tratar esse erro na quantidade de material genético que origina a Síndrome de Down, é importante ressaltar que ele pode ocorrer de três formas: trissomia simples, translocação e mosaïcismo. A pri-

meira é a mais comum e diz respeito ao processo supracitado, onde o gameta da mãe ou do pai envia um cromossomo a mais ao par 21 da criança, gerando a síndrome (Brasil, 2013).

A síndrome de Down por translocação ocorre quando esse terceiro cromossomo se acopla a outro cromossomo de outro par, normalmente ao par 14 ou 15. Portanto, nesse caso, a criança afetada não possui os três cromossomos juntos, mas sim, um cromossomo alongado em outro par, que contém, além do seu material genético designado, a terceira cópia do par 21.

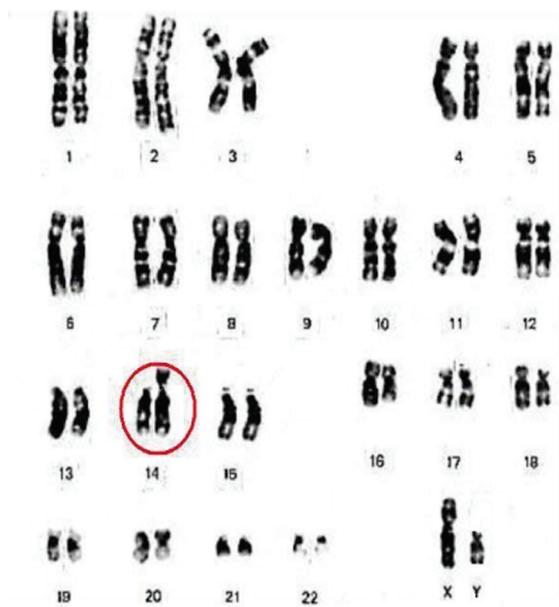
A figura 1 exemplifica a composição genética de um indivíduo com Síndrome de Down por trissomia simples, já a figura 2 mostra um indivíduo que a expressa pela translocação no par 14.).

Figura 1: Síndrome de Down por trissomia simples.



Fonte: Powell-Hamilton, Nina N, (2021).

Figura 2: Síndrome de Down por translocação.



Fonte: Brasil, (2013).

Já a Síndrome de Down por mosaïcismo é um tipo menos comum de apresentação genética chamado de mosaïcismo e afeta cerca de 1 a 2% dos pacientes. Neste caso, há presença de duas linhagens celulares, uma normal com 46 cromossomos e outra trissômica com 47 cromossomos (Veríssimo, 2021).

O mosaïcismo acontece quando o erro ocorre em uma divisão celular posteriormente à formação do zigoto (não disjunção mitótica nas primeiras divisões), ou seja, o indivíduo recebeu 23 cromossomos do pai e 23 da mãe, porém, em algum momento, ocorre a não-disjunção do par de cromossomos 21 em uma de suas células – ela e o produto de suas divisões – passam a ter 47 cromossomos. Assim,

apenas uma parte das células do corpo do indivíduo serão normais e outras apresentarão um cromossomo 21 a mais (Veríssimo, 2021).

Dessa forma, não é todo o corpo do indivíduo que tem a trissomia, somente uma parte. Isso se deve, porque, assim como supracitado, apenas as partes do corpo que se originaram de uma célula-mãe em que ocorreu o erro da trissomia no par 21 apresentaram essa característica. Por consequência, a quantidade de características da síndrome que vai afetar a criança com mosaïcismo varia de acordo com a quantidade de células que carregam a trissomia e em que áreas do corpo elas estão. Por esse motivo, esse tipo de Síndrome de Down frequentemente geram indivíduos que expressam menos traços e possuem coeficiente de inteligência (QI) mais elevado que os outros tipos.

Diagnóstico:

O diagnóstico clínico da Síndrome de Down ocorre ainda durante a primeira infância, normalmente logo após o nascimento do bebê, e é feito por um médico através da identificação de características físicas atribuídas à síndrome. Os principais indicativos são: pregas palpebrais oblíquas para cima, união das sobrancelhas, orelhas de implantação baixa, pé plano, dedos curtos (braquidactilia), face aplanada, protusão da língua, palato alto (ogival), prega simiesca (prega palmar transversal e única na palma da mão), entre outras (Brasil, 2013).

Entretanto, é de relevância ressaltar que nem todos os indivíduos com Síndrome de Down vão apresentar todas as características acima, apesar disso, quanto mais delas emergem, mais segurança existe no diagnóstico.

Além do diagnóstico clínico, pode ser feito o diagnóstico laboratorial que mapeia o cariótipo (conjunto de cromossomo), para identificar se há a trissomia do cromossomo 21 que causa a síndrome na criança. Entretanto, ainda que essa opção exista, ela raramente é utilizada por ser muito cara e, geralmente, desnecessária, pois o diagnóstico clínico apresenta alta eficácia.

Quais os principais problemas de saúde associados à Síndrome de Down?

As crianças nascidas com a SD frequentemente apresentam outras patologias associadas à alteração genética. Essas podem ser de diferentes tipos e afetar diferentes órgãos e sistemas. As patologias mais comuns são cardiopatias congênitas, alterações oftalmológicas, auditivas endocrinológicas, locomotoras, ortodônticas e neurológicas (Brasil, 2013).

É importante enfatizar que, assim como no diagnóstico supracitado, não são todos os pacientes afetados pela síndrome que possuirão também alguma patologia associada. No entanto, é comum que logo após o diagnóstico da síndrome, outros testes sejam feitos e o bebê, caso apresente alguma outra patologia, já receba o acompanhamento adequado. De qualquer forma, assistência durante toda a vida é recomendada, caso em algum momento alguma nova condição seja desenvolvida ou uma preexistente seja agravada.

Envelhecimento

Em pacientes com SD, o envelhecimento parece mais precoce, porém atualmente pode-se observar um aumento na expectativa de vida dos portadores da síndrome. A média de expectativa de vida

aumentou para 60 anos, e ainda, tem-se registro de pacientes com 80 anos, algumas comorbidades evidenciam a menor expectativa de vida como, cardiopatias, maior suscetibilidade a infecções e Alzheimer, que causa degeneração nas células cerebrais. É normal o envelhecimento das células corporais, bem como o desenvolvimento de doenças que são mais evidentes no envelhecimento, porém, em pacientes com Síndrome de Down observamos que a trissomia do 21 exacerba algumas funções corporais, tornando o paciente ainda mais dependente de terceiros.

Para ajudar no envelhecimento saudável, é recomendado a prática de atividades físicas, aprender a ler, escrever, participar de atividades que ajudem no desenvolvimento psicomotor e a interação com outras pessoas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síndrome de Down**. Biblioteca Virtual em Saúde, 2006. Disponível em: <<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/107down.html#:~:text=O%20indiv%C3%ADduo%20com%2S%C3%ADndrome%20de,-com%20a%20idade%20dos%20pais>>. Acesso em: 14 de junho de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes da Atenção à Pessoa com Síndrome de Down**. 1º edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

POWELL-HAMILTON, Nina N. **Síndrome de Down (Trissomia do 21)**, 2021 [S.l.]. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/pediatria/anomalias-gen%C3%A9ticas-e-cromoss%C3%B4micas/s%C3%ADndrome-de-down-trissomia-do-21>>. Acesso em: 14 de Junho de 2023.

VERÍSSIMO, Thereza Cristina Rodrigues Abdalla. **Diagnóstico e classificação da Síndrome de Down**. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Atenção à Pessoa com Deficiência I: transtornos do espectro do autismo, síndrome de Down, pessoa idosa com deficiência, pessoa amputada e órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Atenção à Pessoa com Síndrome de Down. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

UFSCAR (org.). **Síndrome de Down**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.geneticanapratica.ufscar.br/temas/sindrome-de-down>. Acesso em: 21 jul. 2023.

CAPÍTULO 12

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

Cecília Loschi de Medeiros
Rebecca Mirian Alves de Souza
Rafael Ferreira

- De acordo com Brazelton e Cramer (1992) é preciso refletir que no momento do nascimento de uma criança existem três diferentes bebês: o bebê imaginário dos sonhos e fantasias dos pais, o feto invisível e o bebê real.
- O momento sucedido após o conhecimento do diagnóstico pelos pais é considerado por estes como um processo de luto.

A chegada do bebê com Síndrome de Down

Esse momento inicial tem sido caracterizado por um luto do filho idealizado, o momento pós-diagnóstico foi considerado pelos pais como um processo de luto. Os sentimentos referidos com mais frequência foram o medo, culpa, impotência, raiva, tristeza, desespero, vergonha e rejeição (Sousa et al., 2009). A subjetivação do bebê não depende apenas dos fatores constitucionais, mas também dos ambientais, os quais podem produzir efeitos benéficos ou patogênicos, portanto, a relação bebê-cuidador é essencial para a sua sobrevivência e desenvolvimento psíquico e físico saudável, sendo essencial o estímulo ao desenvolvimento do vínculo entre os cuidadores e o bebê.

A comunicação do diagnóstico ou o momento da notícia da síndrome de Down, logo após o parto, foi considerado o momento mais

difícil para as famílias nas pesquisas de Bolsanello (1998), Casarin (1999) e de Pereira-Silva e Dessen (2006). O diagnóstico pode desencadear dificuldade de apego e vinculação inicial entre pais e filhos (Rossel, 2004), sendo preciso se atentar sobre a primeira comunicação diagnóstica, costumeiramente feita pelo médico que realizou o parto.

Recorrentemente, inúmeras mães recebem a notícia do diagnóstico quando estão sozinhas, sem mesmo a presença de um outro familiar. Muito dessa reação será determinada pelos significados sociais e as crenças dos pais e mães a respeito da deficiência. Muitos recorrem a estes significados e crenças que os ajudam a adquirir alguma compreensão sobre o que está acontecendo com eles. O sentimento de culpa também é mencionado por Casarin (1999), que ressalta a necessidade de prover em excesso a criança, possivelmente relacionada à culpa vivenciada pelos pais.

Passados os primeiros momentos, ao longo da vida, inúmeros aspectos psicossociais são preponderantes na pessoa com Síndrome de Down. Frente às muitas questões, ressalta-se a sexualidade, algo importante e significativo.

O direito à sexualidade

Todos os seres possuem o direito de desenvolver sua sexualidade em plenitude. Observa-se uma enorme dificuldade de elaborar e abordar temas como a sexualidade com crianças e adolescentes, sendo um aspecto importante da vida humana, sendo necessário abolir a concepção de que a sexualidade está relacionada com aspectos biológicos e práticas sexuais. Segundo Bonfim (2012), de maneira geral, as crianças são vistas pelos pais, pela escola e pela sociedade como assexuadas e a sexualidade humana é uma construção social, sendo uma área de saber complexa e influenciada pelo período histórico e cultural no qual o sujeito está inserido.

Para Bonfim (2012), a educação sexual não envolve apenas a biologia, mas a psicologia, a filosofia, a história, a sociedade, a afetividade e a ética. E defende que a educação sexual não pode se restringir ao aspecto biológico, a mecanismos corporais e a descrição de funções reprodutoras. É preciso superar a concepção médico-higienista, biologista “naturalizante” e a-histórica, que foca apenas os aspectos da saúde e da prevenção de doenças, e avançar para além da visão da sexualidade reprodutora e dogmática, pecaminosa.

Portanto, negar, ocultar ou estigmatizar a sexualidade das crianças e dos adolescentes apenas mostra a enorme dificuldade dos adultos em lidar com a sua própria sexualidade. Ocultar e deixar de esclarecer as dúvidas da criança sobre a sexualidade, bem como dos cuidados que se deve ter diante dela é deixar de proporcionar que a criança desenvolva o autocuidado, o respeito por si mesmo, resultando no aumento de seus conflitos internos (Bonfim, 2012).

Se a sexualidade se presentifica como uma temática não debatida e desenvolvida na sociedade, a sexualidade das pessoas com deficiência se faz ainda menos debatida. Para Maia (2006), o pensamento de que as pessoas com deficiências intelectuais são assexuadas é o mesmo que desconsiderar que elas têm a possibilidade de expressarem sua afetividade, seus relacionamentos, ou seja, entendê-las como assexuadas é negar-lhes o direito que é dado a todas as pessoas, de terem suas famílias, o que vem reforçar a ideia de uma eterna infantilização. Sendo assim, deve-se dizer que ao negarmos a sexualidade de uma pessoa, estamos negando a possibilidade de seu desenvolvimento pleno e saudável, e, como consequência, estaremos proporcionando-lhes conflitos internos que poderão ocasionar um desequilíbrio afetivo e comportamental, dificultando a maneira de se relacionar e diminuindo assim, as possibilidades de se tornar uma pessoa psicologicamente saudável (Bonfim, 2012).

Associação da Síndrome de Down com outras alterações

De acordo com dados do Ministério da Saúde, mais de 70% das pessoas que possuem trissomia 21 perdem a audição ao longo da vida. Além disso, a deficiência visual tende a acontecer com maior probabilidade em crianças com SD e há um atraso considerável na aquisição e desenvolvimento da linguagem e dos aspectos fonoarticulatórios da maioria delas (Mato Grosso do Sul, 2019).

O papel do ambiente e a estimulação precoce

A estimulação precoce pode ser pensada como um conjunto de técnicas, procedimentos elaborados e executados por um profissional no intuito de facilitar o desenvolvimento ou a aquisição de habilidades pelas crianças, sendo muito comum sua realização em crianças com algum diagnóstico. Estudos na área têm comprovado a sua importância para o auxílio no processo de desenvolvimento adequado de crianças com dificuldades no desenvolvimento (Giacchini; Tonial; Mota, 2013). Nesse sentido, o ambiente é fundamental, conforme explicita-se abaixo:

O ambiente é mutável e dinâmico, exercendo um papel variado no desenvolvimento infantil, dependendo da idade da criança. À medida que esta se desenvolve, seu ambiente também muda, e, conseqüentemente, a sua forma de relação com este meio se altera. Mas, o ambiente a que nos referimos não é apenas o ambiente do lar da criança, mas também outros ambientes que ela começa a frequentar em cada momento de sua vida, tais como a creche, o jardim-de-infância, a pré-escola etc.. Portanto, o ambiente não deve ser encarado como uma entidade estática e periférica em relação ao desenvolvimento infantil (Pereira-Silva e Dessen, 2002 apud Vygotsky, 1994).

Os profissionais que atuam no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e nas equipes de ESF podem e devem atuar diretamente nesse processo de estimulação precoce, bem como na avaliação e atendimento dessas crianças, encaminhando quando necessário para serviços especializados de reabilitação. Nesse sentido, é importante que as equipes da Atenção Básica/ESF, NASF e Serviços de Reabilitação atuem de forma integrada (Brasil, 2016).

REFERÊNCIAS

BOLSANELLO, M. A. **Interação mãe-filho portador de deficiência: concepções e modo de atuação dos profissionais em estimulação precoce.** Tese de doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo, 1998.

BONFIM, C. **Desnudando a Educação Sexual.** 1ª ed. Campinas, SP: Papirus, 2012.

BRAZELTON, T.; CRAMER, B. **As primeiras relações.** São Paulo: Martins Fontes, 1992. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: Crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CASARIN, S. **Aspectos psicológicos da síndrome de Down.** In: SHWARTZMAN, S. (Org.). Síndrome de Down. São Paulo: Menocartilhan, 1999. p. 263-285.

GIACCHINI, V.; TONIAL, A.; MOTA, H. B. **Aspectos de linguagem e motricidade oral observados em crianças atendidas em um setor de estimulação precoce.** Distúrbios da comunicação, [S.l.], v. 25, n. 2, 2013.

MAIA, A. C. B. **Sexualidade e Deficiências.** São Paulo: Editora UNESP, 2006.

MATO GROSSO DO SUL (Estado). Secretaria de Estado de Educação. **Cartilha Síndrome de Down.** Organizadoras: Angela Maria Dias da Silva; Adriana A. Burato Marques Buytendorp. Campo Grande: SEDMS, 2019.

PEREIRA-SILVA, N. L.; DESSEN, M. A. **Padrões de interação genitores-crianças com e sem síndrome de Down.** Psicologia: Reflexão e Crítica, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 283-291, 2006.

ROSSEL, C. **Apego y vinculación en el síndrome de Down: una emergencia afectiva.** Revista Pediatría Electrónica, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 3-8, 2004.

SOUSA, J. I. G. S.; RIBEIRO, G. T. F.; MELO, A. P. C. **Síndrome de down: sentimentos vivenciados pelos pais frente ao diagnóstico.** *Pediatria*, [S.l.], v. 31, n. 2, p. 100-108, 2009.

PEREIRA-SILVA, N. L.; DESSEN, M. A. **Síndrome de Down: etiologia, caracterização e impacto na família.** *Interação em Psicologia*, v. 6, n. 2, p. 167-176, 2002.

CAPÍTULO 13

A IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO

Giullia Gabrielli Galiciani

Mariana Giori Gomes

Leila Sabrina Ullmann

- Os hábitos alimentares iniciais das crianças com SD são moldados pelas escolhas alimentares oferecidas pelos pais e cuidadores em casa.
- É necessário oferecer apoio e incentivo ao aleitamento materno desde antes do nascimento da criança, buscando alternativas quando necessário.
- Crianças com SD têm maior incidência de sobrepeso e obesidade devido à fatores como hipotireoidismo, hipotonia muscular, doenças cardiovasculares, taxa metabólica basal lenta e hábitos alimentares inadequados.
- A hipotonia muscular afeta a deglutição e mastigação em indivíduos com SD.
- Uma alimentação adequada, juntamente com sono de qualidade e atividade física contribui para a melhora da qualidade de vida.

O hábito alimentar começa a ser construído na infância, a partir da introdução alimentar. Desse modo, as preferências alimentares das crianças com Síndrome de Down (SD) estão muito relacionadas com o que lhe é oferecido em casa, pelos pais e/ou cuidadores. A partir do momento em que a criança começa a frequentar escola e outros ambientes seus hábitos alimentares tendem a se modificar, pois lhe é apre-

sentado outros alimentos. Portanto, à medida que crescem, começam a fazer suas próprias escolhas alimentares (Almeida, 2017).

É de extrema relevância a aplicação da educação alimentar e nutricional com as crianças que estão nessa fase de realizar suas escolhas alimentares. Mostrar a importância da alimentação adequada e saudável é fundamental. Almeida (2017) completa ainda que, o fato das crianças com SD compreenderem essa importância será determinante para a melhora da qualidade de vida e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis através da alimentação.

Antes da introdução alimentar, o primeiro alimento a ser oferecido exclusivamente até os 6 meses é o leite materno. No entanto, muitas vezes a criança com SD não é amamentada no seio por alguns motivos, o que leva a oferta de fórmula infantil. Dentre esses motivos, pode-se citar a dificuldade de sucção do lactente devido a hipotonia muscular, doenças infantis, frustrações, falta de apoio e preparo, medo do leite não ser suficiente ou capaz de sustentar a criança e internações neonatais (Raymond; Morrow, 2022). Desse modo, faz-se necessário um maior incentivo e apoio ao aleitamento materno desde antes do nascimento da criança. Esse apoio pode ser feito nas Unidades Básicas de Saúde através de encontros ou consultas com profissionais e até mesmo nas casas, durante a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS), por isso se dá a importância de capacitar os ACS para que sejam agentes multiplicadores de informações, também no que tange ao aleitamento materno.

A criança com SD geralmente é mais suscetível a contrair infecções, por isso, a indicação do aleitamento materno é ainda mais essencial. Brasil (2015, p. 30) afirma que “o leite humano possui numerosos fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções”. Como já mencionado anteriormente, a hipotonia muscular em pessoas com SD dificulta a amamentação (Brasil, 2015). Isso porque o recém-nas-

cido apresenta dificuldades de sucção, deglutição e coordenação de funções respiratórias. No entanto, ao ser amamentado diretamente ao seio, há vantagens não somente para o crescimento adequado, mas no fortalecimento e desenvolvimento de estruturas orofaciais. Para uma amamentação eficiente, a pega correta também deve ser considerada. Todavia, se não houver possibilidade do aleitamento direto ao seio, outras alternativas devem ser apresentadas (Lima; Pires ; Limongi, 2009 *apud Severine et al., 2021*).

Araújo et al. (2019), ao estudarem sobre aspectos nutricionais de pessoas SD, puderam concluir que muitos apresentam sobrepeso e obesidade, isso se deve ao fato da alta incidência de hipotireoidismo nesses indivíduos, bem como hipotonia muscular, doenças cardiovasculares, taxa metabólica basal lenta, falta de atividade física e hábitos alimentares inadequados, geralmente por ingestão excessiva de alimentos com alta densidade energética. Raymond e Morrow (2022) afirmam que crianças com SD apresentam maior incidência de excesso de peso por apresentarem um gasto energético abaixo do normal e ingestão excessiva de alimentos ricos em açúcar e gordura.

A hipotonia muscular presente nos indivíduos com SD pode prejudicar a deglutição. Além do mais, a erupção dos dentes ocorre de forma mais tardia, o que prejudica a mastigação. No início, enquanto a criança ainda não apresenta dentes é importante ofertar os alimentos amassados com o garfo e evitar alimentos muito rígidos que possam provocar engasgos. Aos poucos, evolui-se a consistência até a criança adquirir dentição e maturidade para comer alimentos sólidos (alimentação da família). É importante salientar que os alimentos não devem ser oferecidos misturados e/ou liquidificados, mas sim separados e amassados no prato, em porções para cada grupo alimentar. A criança precisa conhecer as texturas e sensações de cada alimento individualmente. Por isso, conforme forem sendo ofertados devem ser

apresentados à criança. O familiar/cuidador deve mostrar aquele alimento, nomeá-lo e dizer suas propriedades. Lembrando sempre de ter um ambiente adequado para o momento da alimentação, sem telas ou brinquedos que dificultem esse processo (Mustacchi; Salmona; Mustacchi, 2017 *apud Severine et al., 2021*).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), não há restrições para a oferta concomitante de alimentos diferentes, no entanto, a refeição deve conter pelo menos um alimento de cada grupo alimentar: cereais ou tubérculos, leguminosas, proteína animal (carnes em geral, aves, suíno, peixe, vísceras e ovo) e hortaliças (verduras e legumes). O Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos, de 2021, também segue essa mesma linha de raciocínio. De modo geral, deve-se basear a alimentação em alimentos in natura ou minimamente processados, ou seja, comida de verdade, alimentos facilmente encontrados na natureza (Brasil, 2014).

Ainda conforme Brasil (2014), o consumo de alimentos processados, como enlatados, deve ser limitado. E principalmente evitar os alimentos ultraprocessados (salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, bebidas açucaradas, doces e guloseimas no geral, pratos prontos congelados, embutidos, *nuggets*, biscoitos/bolachas doces ou salgadas, entre outros). Esses alimentos geralmente contêm quantidades significativas de sódio e/ou açúcares e/ou gorduras e são fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como obesidade, diabetes e hipertensão.

Estudos afirmam que pessoas com SD podem apresentar patologias específicas, como cardiopatias, doença celíaca, diabetes, osteoporose e constipação. Desse modo, algumas mudanças na alimentação se fazem necessárias. Pesquisas apontam também a ingestão insuficiente de determinadas vitaminas e minerais (Severine et al., 2021). A constipação intestinal muito está relacionada com a hipotonia, sedentarismo

e baixa ingestão de fibras na alimentação (Raymond; Morrow, 2022). Dentre os nutrientes importantes para pessoas com SD pode-se citar: vitamina A, vitamina D e cálcio, geralmente requer suplementação.

A alimentação adequada em quantidade e qualidade é um dos principais fatores para a promoção e manutenção da saúde e diminuição dos riscos de deficiências nutricionais. Além disso, pode auxiliar no bom estado nutricional, evitando excesso de peso e reduzindo o risco de surgimento ou agravamento de DCNTs. Somada a outras questões, como sono de qualidade e prática de atividades físicas, melhoram significativamente a qualidade de vida de indivíduos com SD.

INCLUSÃO DAS PESSOAS COM SÍNDROME DE DOWN

A Síndrome de Down é uma deficiência de natureza intelectual e a inclusão de pessoas com deficiência intelectual no mercado de trabalho ainda enfrenta barreiras e oferece poucas oportunidades.

A inclusão de pessoas com deficiência na equipe de uma empresa pode trazer vantagens funcionais e melhorar a imagem da empresa perante a sociedade.

O diagnóstico da Síndrome de Down pode ser clínico, com base nas características físicas do paciente, ou por meio de um diagnóstico laboratorial chamado cariótipo.

A atenção à saúde de pessoas com Síndrome de Down é dividida em fases da vida, cada uma com aconselhamento específico sobre exames e especialidades necessárias.

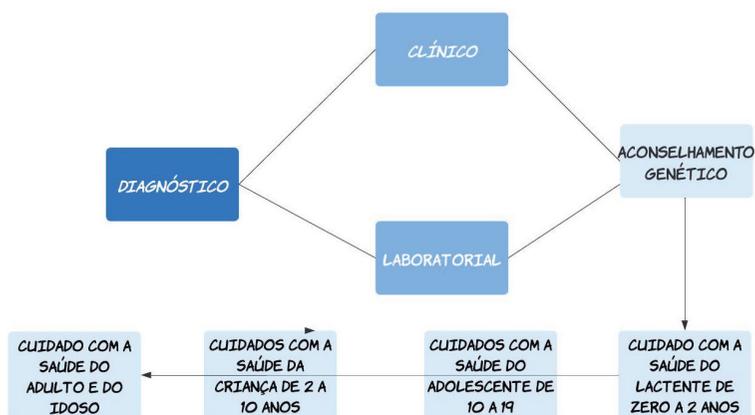
A inclusão dos indivíduos que possuem Síndrome de Down é importante e acarreta benefícios para toda a população. Historicamente, os portadores desta deficiência foram segregados do mercado de traba-

lho, bem como excluídos nas escolas e na sociedade. O acolhimento das pessoas com deficiências no mercado de trabalho tem crescido a pouco tempo e de forma gradativa no Brasil, principalmente, após a criação de leis que dispõem destes processos.

A Síndrome de Down é caracterizada como uma deficiência com impedimento de natureza intelectual (Oliveira, 2008). Porém, a inclusão de pessoas com deficiência intelectual no mercado ainda não é bem aceita pelas instituições, por isso, ainda há barreiras e poucas oportunidades de trabalho. Ainda assim, existem muitas razões que justificam a necessidade de inserir as pessoas com deficiência no mercado de trabalho, como o afastamento da condição de isolamento social e da dependência de terceiros para criar seus próprios vínculos com outras pessoas e desempenhar outras atividades.

A inclusão de pessoas portadoras de deficiência na equipe de uma empresa, pode acarretar várias vantagens, tanto do ponto de vista funcional quanto em relação à imagem da empresa perante a sociedade (Instituto Ethos, 2000). Para isso, é essencial proporcionar um ambiente de trabalho adequado para esse indivíduo, com acessibilidade e inclusão. Nos dias de hoje, o *home office*, ou, trabalho de casa, é uma realidade para muitos, e pode servir como uma alternativa para os portadores da síndrome de down, oferecendo a eles um ambiente acolhedor e permitindo uma maior autonomia, além de contribuir para a sociedade.

Figura 1: Fluxograma do paciente com SD dentro da APS.



Fonte: Os autores.

A Classificação para Síndrome de Down

Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a Síndrome de Down recebe o código Q90, dentro desta categoria, existem os sub-grupos:

Q 90.0 - Síndrome de Down trissomia do 21, por não disjunção meiótica.

Q 90.1 - Síndrome de Down, trissomia do 21, mosaicismo por não disjunção mitótica.

Q 90.2 - Síndrome de Down, trissomia 21, translocação.

Q 90.9 - Síndrome de Down, não específica.

Diagnóstico

O diagnóstico clínico é baseado nas características físicas do paciente, citadas anteriormente, há também o diagnóstico laboratorial que é feito através da análise genética denominada cariótipo.

Momento da notícia

O apoio de profissionais capacitados é essencial para o ajuste familiar à essa situação, favorecendo as possibilidades de tratamento da à saúde física, mental e afetiva da criança. Recomenda-se diretrizes para a comunicação do diagnóstico de SD à família:

1. A comunicação quanto o diagnóstico de SD deve ser feita quando sinais e sintomas são identificados por mais de um membro da equipe;
2. A comunicação à mãe deve ser feita preferencialmente na presença do pai, ou na sua ausência, de outro membro da família que represente um relacionamento significativo;
3. Antes da notícia é importante que os pais tenham a oportunidade criar vínculo com o bebe e evitar ideias fantasiosas após o diagnóstico;
4. O local deve ser reservado e protegido de interrupções;
5. O pediatra deve ter tempo disponível para comunicar o diagnóstico, informar o que isso significa e orientar quanto aos exames e encaminhamentos necessários;
6. Durante o exame físico, mostrar para os pais quais as características fenotípicas da SD que levaram ao diagnóstico clínico;

7. Desde o primeiro contato, parabenizar os pais, chamar o bebê e os pais pelos respectivos nomes;

8. As informações devem ser apenas as essenciais para que a família crie o vínculo com o bebê e compreenda a necessidade dos exames e procedimentos solicitados. Reforçar o encaminhamento para profissionais que darão continuidade ao acompanhamento.

Atenção à saúde da pessoa com Síndrome de Down

Essa etapa é dividida nas fases da vida, cada uma com um aconselhamento específico a respeito de exames e especialidades.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D. G. D. S. et al. Aspectos nutricionais de portadores de Síndrome de Down: Uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.l.], n. 21, p. e562, 12 mar. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/562>. Acesso em: 02 jun. 2023.

ALMEIDA, M. F. A. de. Síndrome de Down: materiais interativos no ensino da educação nutricional. **Dissertação** - Programa de Pós Graduação em Ensino de Ciência e Tecnologia, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2017. 136 p. Disponível em: https://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/2722/1/PG_PPGECT_M_Almeida%2C%20Marina%20Ferreira%20Araujo%20de_2017.pdf. Acesso em: 02 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 02 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 156 p. Disponível em: Guia alimentar para a população brasileira (saude.gov.br). Acesso em: 07 abr. 2024.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar**, do adolescente e na escola. Departamento de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012. 148 p. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/14617a-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf. Acesso em: 02 jun. 2023.

SEVERINE, Ariane N.; SAMPAIO, Danile Leal B.; SUITER, Érika; et al. **Nutrição em pediatria na prática clínica**. Editora Manole, [S.l.], 2021. E-book. ISBN 9786555763898. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555763898/>. Acesso em: 02 jun. 2023.

RAYMOND, Janice L.; MORROW, Kelly. **Krause & Mahan: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. Grupo GEN, [s.l.], 2022. E-book. ISBN 9788595158764. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595158764/>. Acesso em: 02 jun. 2023.

INSTITUTO ETHOS. Como as empresas podem (e devem) valorizar a diversidade. São Paulo: **Instituto Ethos**, 2000, p.75. Disponível em: . Acesso em: 13 jun. 2023

OLIVEIRA, Flávio Couto e Silva. **Cartilha da inclusão**. Direito da pessoa com deficiência. Belo Horizonte: 2008.

CAPÍTULO 14

SAÚDE BUCAL: DA PREVENÇÃO AO TRATAMENTO

Gabrielle de Oliveira Paes
Maria Luiza Guarienti Piati
Rafael Ferreira

- Síndrome de Down e saúde bucal: desafios e cuidados necessários.
- As anormalidades dentárias comuns em pessoas com Síndrome de Down são oligodontia, taurodontia, fusão e microdontia.
- Cuidados essenciais: promovendo uma saúde bucal ideal em indivíduos com síndrome de Down.
- Principais problemas bucais: explorando as questões que afetam pacientes com síndrome de Down..

A síndrome de Down é uma condição genética que afeta o desenvolvimento e funcionamento de várias partes do corpo, incluindo a cavidade oral. Indivíduos com síndrome de Down podem enfrentar uma série de desafios relacionados à saúde bucal (Ministério da Saúde, 2013). Compreender essas questões e adotar medidas preventivas e de cuidado adequadas são fundamentais para promover saúde bucal ideal em pacientes com síndrome de Down. Neste contexto, exploraremos os principais problemas bucais que podem afetar esses pacientes.

Pessoas com síndrome de Down enfrentam uma série de desafios de saúde bucal devido a características específicas associadas à síndrome. Alguns dos principais problemas de saúde bucal que podem acometer pessoas com síndrome de Down incluem:

1. Atraso no desenvolvimento dentário: Pessoas com síndrome de Down frequentemente têm um atraso no desenvolvimento dentário, o que pode resultar em atraso na erupção dos dentes permanentes e dentes mal posicionados.

2. Má oclusão e problemas ortodônticos: A síndrome de Down pode causar má oclusão dentária, como mordida aberta, mordida cruzada ou mordida profunda, bem como outros problemas ortodônticos que podem afetar a função mastigatória e a estética do sorriso.

3. Hipotonia muscular: A hipotonia muscular é comum em pessoas com síndrome de Down, o que pode afetar os músculos da boca e da língua, levando a dificuldades na mastigação, deglutição e fala, além de aumentar o risco de problemas como salivação excessiva e respiração pela boca.

4. Doenças periodontais: Pessoas com síndrome de Down podem ter maior predisposição a doenças periodontais devido a fatores como diminuição da habilidade de higiene bucal eficaz, menor resposta imunológica e tendência a acumulação de placa bacteriana.

5. Anomalias dentárias: Anomalias dentárias, como dentes conóides, dentes ausentes ou dentes supranumerários, são mais comuns em pessoas com síndrome de Down, o que pode exigir cuidados odontológicos especializados.

6. Sensibilidade oral diminuída: Algumas pessoas com síndrome de Down podem apresentar sensibilidade oral diminuída, o que pode resultar em problemas como dificuldades na identificação de dor ou desconforto na cavidade oral.

7. Dificuldades de cuidados de higiene bucal: Pessoas com síndrome de Down podem ter dificuldades motoras ou cognitivas que podem afetar a sua capacidade de realizar uma higiene bucal adequada e independente, o que pode aumentar o risco de problemas de saúde bucal.

Características bucodentárias

Esses pacientes apresentam algumas características alteradas no sistema estomatognático referentes aos órgãos como dentes, língua, osso da face, oclusão e articulações (Desai, 1997; Horbelt, 2007). Além disso, apresentam macroglossia relativa por conta do espaço pequeno disponível para língua, sendo assim acontece uma protrusão e em consequência uma abertura bucal propiciando que esse paciente respire pela boca (Cohen; Winer, 1965; Sindoor; Desai, 1997; Buxton; Hunter, 1999). Essa pseudo macroglossia também resulta em dificuldade na fonação e deglutição.

Outro ponto importante é a dificuldade de higienização que esses pacientes possuem, devido a hipotonia muscular, dificuldade motora. Com isso o há um alto acúmulo de placa bacteriana podendo evoluir para a doença periodontal. Dessa forma é imprescindível que esses indivíduos sejam auxiliados e supervisionados por um cuidador para realizar a higiene bucal.

Quanto a cárie costumam apresentar um baixo índice, por apresentarem pseudo macroglossia e processo salivar com alto pH e alto volume de saliva, o que permite que o meio fique menos propício para a reprodução das bactérias que desmineralizam o dente e causam a cárie (Sindoor; Desai, 1997; Santangelo et al., 2008; Kumar et al., 2009).

Anormalidades dentárias

- oligodontia: seis ou mais dentes ausentes
- taurodontia: aumento da câmara pulpar (espaço que a polpa se encontra)
- fusão: união de dois dentes
- microdontia: dente menor que o normal

REFERÊNCIAS

BUXTON, R.; HUNTER, J. **Understanding Down's syndrome: a review.** J. Dent. Hyg., v. 73, n. 2, p. 99-101, 1999.

COHEN, M. M.; WINER, R. **Dental and Facial Characteristics in Down's Syndrome (Mongolism).** Journal of Dental Research, v. 44, n. 1, p. 197-208, 1965.

HORBELT, C. V. **Down syndrome: a review of common physical and oral characteristics.** General Dentistry, v. 55, n. 5, p. 399-402, 2007.

KUMAR, S.; SHARMA, J.; DURAISWAMY, P.; KULKARNI, S. **Determinants for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents.** Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry, v. 27, n. 3, p. 151-157, 2009.

SANTANGELO, C. N.; GOMES, D. P.; VILELA, L. O.; DE DEUS, T. S.; VILELA, V. O.; SANTOS, E. M. **Avaliação das características bucais de pacientes portadores de Síndrome de Down da APAE de Mogi das Cruzes - SP.** Conscientiae Saúde, v. 7, n. 1, p. 29-34, 2008.

SINDOOR, S.; DESAI, B. D. S. **Down Syndrome: A review of the literature.** Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, v. 84, n. 3, p. 279-285, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_sindrome_down.pdf. Acesso em: 14 jun. 2023.

A PARTE 5
ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL AO PACIENTE
COM TRANSTORNOS MENTAIS NO CONTEXTO
DA ATENÇÃO BÁSICA

Figura 1. QR Code da apresentação com a temática de transtornos mentais.



Transtornos mentais

Fonte: os autores

CAPÍTULO 15

INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL E O CUIDADO PROFISSIONAL

Cecília Loschi de Medeiros
Rebecca Mirian Alves de Souza
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

- No Sistema Único de Saúde (SUS) existem diversas formas de intervenções em saúde mental, como grupos de atenção, educação permanente, intervenção terapêutica, intervenção em atividades, uso de psicofármacos e abordagem familiar.
- A educação permanente em saúde é realizada por profissionais da saúde, incluindo atividades de promoção e prevenção à saúde, envolvendo também a saúde mental.
- A abordagem familiar é importante na intervenção em saúde mental, pois a família exerce influência na vida do indivíduo e pode ser necessário um acompanhamento familiar para entender as causas dos problemas e traçar estratégias de enfrentamento.
- Alguns dos pilares da intervenção em saúde mental são o acolhimento, a escuta, o suporte e o esclarecimento, que promovem um cuidado integral e humano.

A Intervenções em saúde mental

É sabido que existem diversas formas de intervenções em saúde mental para pacientes com algum transtorno mental. Dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo o Guia Prático de Matriciamento Saúde Mental (2011), algumas formas de intervenções são mais utilizadas:

- Grupos de atenção
- Educação permanente em saúde e transtornos mentais
- Intervenção terapêutica
- Intervenção em atividades
- Uso de psicofármacos
- Abordagem familiar

Dentro dos grupos de atenção, tem-se pequenos grupos que são regidos por profissionais a fim de auxiliar com ações educativas. Porém, observa-se uma defasagem nessa forma de intervenção, caracterizada pela falta de estímulo na participação popular, no processo de construção de saúde e no desempenho da reflexão e mudança de atitudes dos participantes. A educação permanente em saúde é realizada por profissionais da saúde, que oferecem atividades de promoção e prevenção à saúde, no dia a dia do trabalho, com atividades físicas, grupos de artesanato, momentos de descontração e, conseqüentemente, saúde mental, englobando a intervenção com atividades. É necessário que o profissional de saúde seja compreensivo com a realidade dos pacientes e faça intervenções necessárias, sejam terapêuticas ou medicamentosas, incluindo o uso de psicofármacos. A abordagem familiar se dá pelo fato de que a família é totalmente influenciável na vida do indivíduo, sendo assim um tratamento e acompanhamento familiar são necessários para entender as causas dos problemas, compreendendo-os de forma ampla, no contexto das relações familiares. Assim, será mais fácil traçar possíveis estratégias de enfrentamento.

Pilares da Intervenção em Saúde Mental:

Não há dúvidas de que a importância da escolha terapêutica certa é indispensável para intervenções na saúde mental, entretanto, quando essa é realizada de maneira integral e humana, o processo se torna mais fácil e eficaz. Visando isso, é importante discorrer sobre alguns pilares da intervenção em saúde mental, o acolhimento, a escuta, o suporte e o esclarecimento.

O acolhimento propicia o estabelecimento de um vínculo paciente-profissional que facilita o cuidado e a confiança entre as partes. A escuta gera um espaço de conversa e confiança que é necessário para a avaliação e evolução dos casos de pacientes em sofrimento emocional. O suporte é peça fundamental no empoderamento e motivação para a busca de soluções. E o esclarecimento permite que a informação chegue com clareza ao paciente e familiares, o que traz ao paciente segurança sobre sua condição e seu processo de evolução em relação a sua problemática (Brasil, 2011).

Tais atos devem permear o manejo do paciente e da terapêutica, independente do papel ou categoria do profissional de saúde ou da intervenção escolhida. Esses pilares permitem um tratamento eficaz e mais agradável tanto para o paciente, quanto para a equipe.

Dificuldades comumente vivenciadas pelos profissionais da atenção primária:

Durante o acompanhamento de pessoas com sofrimento emocional, os profissionais de saúde se deparam com diversos desafios que atrapalham o tratamento e a relação com o usuário. Esses entraves geram um cenário propício a falhas no manejo das problemáticas relacionadas à transtornos mentais e podem complicar o seu

tratamento de diversas formas. Por conta disso, a conduta do profissional deve ser frequentemente avaliada e discutida por toda a equipe para que erros comuns não afetem o tratamento. As principais falhas de conduta na relação paciente-profissional são: tentativas recorrentes de dar conselhos e soluções para o paciente; expectativas distorcidas de melhora do quadro em questão e do seu tempo de cuidado, especialmente quando essas expectativas são comunicadas ao paciente (Brasil, 2011).

Além disso, outro entrave que pode influenciar o quadro do paciente em questão é o estabelecimento de uma relação de transferência e contratransferência entre o paciente e o profissional.

O que é a transferência e a contratransferência?

A transferência está presente em qualquer relação, mas poderá ser potencializada como uma forma de conhecer e abordar o paciente (Freud, 1912-1980), mesmo que o profissional não seja da área de saúde mental, como é o caso da enfermagem. Esse fenômeno ocorre quando a relação paciente-profissional recebe um valor emocional singular, em que o primeiro tende a tratar o segundo como uma figura quase paternal, familiar ou próxima dele. Nessa situação, o paciente tende a expressar comportamentos com padrões infantis e projetados, no profissional de saúde, uma figura de autoridade real ou idealizada com base em vivências dos relacionamentos de sua infância (Brasil, 2011).

Nesse cenário, o profissional de saúde pode ser visto pelo paciente de maneira idealizada, ao tratá-lo como “aquele que tem todas as soluções” ou “aquele que não comete erros”. Ou, ao contrário, o visualizá-lo como uma figura sádica ou causadora de dor, colocando-o numa posição de agressor. Já na contratransferência é o profissional

que se conecta com o paciente, em resposta a projeção transferencial dirigida a ele. Se o profissional estiver preparado para compreender esse fenômeno, poderá manejá-lo de forma a contribuir com a intervenção, no mínimo para aprofundar-se e conhecer melhor o paciente. Poderá também fazer perguntas que esclareçam a situação, baseando-se nessa compreensão. Cabe enfatizar novamente que esse fenômeno transferencial ocorre cotidianamente em todas as relações, embora passe despercebido, na maioria das vezes (Brasil, 2011).

Com isso, faz-se necessário que o profissional seja devidamente capacitado para o cuidado de pessoas que sofrem com transtornos mentais. Além da dificuldade de criação de vínculos, uma abordagem errada pode prejudicar não somente o paciente mas também sua família e o meio social onde ele vive.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

FREUD, S. (1912). A dinâmica da transferência. In **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XII.

CAPÍTULO 16

SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: INCLUSÃO SOCIAL DA LOUCURA

Maria Fernanda Figueiró
Emilli Caroline Silva Souza
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

- A Lei nº 10.216, conhecida popularmente como Lei Paulo Delgado, dispõe sobre os direitos de pessoas com transtornos mentais graves, proibindo a internação desses pacientes em instituições de modelos manicomial.
- A saúde mental é uma área de conhecimento e atuação no âmbito da saúde e das políticas públicas extremamente complexa, plural, e intersectorial.
- O diagnóstico deve ser sempre processual e pluridimensional, ou seja, para a formulação diagnóstica é necessário se pensar e se incluir aspectos clínicos, sociais, culturais e políticos..

A historicidade dos transtornos mentais e da loucura remonta à idade média, época na qual a concepção de loucura e sanidade era associada a esoterismo e mistérios. Cabe fazer uma digressão teórica e histórica a fim de compreender a inclusão da saúde mental nos dias atuais, especialmente na Atenção Básica.

A loucura na Idade Média

A ameaça do insensato ou do sem razão esteve presente neste período histórico, entretanto não havia hospitais ou prisões para aqueles

considerados loucos, estes viviam soltos no convívio social. Segundo Foucault (1978) a loucura neste período histórico era concebida como uma experiência trágica e enigmática, uma experiência cósmica que continha uma verdade inacessível para os outros. De acordo com Laia e Aguiar (2017) a loucura comportava um saber que mantinha relações profundas com o mundo, capaz de revelar as verdades mais secretas, um saber enigmático, esotérico, mas um saber positivo.

A loucura na Idade Clássica

Neste período histórico houve uma destituição da loucura como um saber enigmático, de forma que foi neste momento em que inseriu-se um privilégio ao saber racional e humanista centrado na questão da verdade. A relação com o louco na época ainda não estava moldada pelas regras de um conhecimento supostamente científico (Laia e Aguiar, 2017). As instituições que recebiam os loucos e os critérios para diagnosticar alguém como louco e depois excluí-lo da sociedade não dependiam de uma ciência médica, mas sim da percepção social produzida pelas instituições, um saber que dizia respeito não ao saber médico mas a transgressão das leis da razão ou moralidade.

A Loucura na Era Moderna

A intervenção da medicina no chamado “louco” é datada historicamente com pouco mais de 200 anos, uma vez que a psiquiatria é um campo recente. Segundo Laia e Aguiar (2017) a “doença mental” só pode ser nominada após o século XVIII quando se iniciou o processo de tornar a loucura em objeto médico, em uma tentativa de circunscrever a loucura em um diagnóstico de “doença mental” a fim de diluí-la em dados estatísticos e bases pretensamente genéticas. Após

ser transformada em conhecimento médico, a loucura foi organizada, classificada e medicalizada de diferentes maneiras, de forma que o dizer do louco tornou-se desqualificado como, dependendo da época, mero erro da razão ou do cérebro.

Para Foucault (1961), é no final do século XVIII que a loucura deixa de ser considerada como uma cólera de Deus ou punição da natureza e passa a ser considerada como um objeto para a ciência, que definiu seus tipos, descreveu seus sintomas, e tentou entender suas causas. Foi no final do século XVIII que o louco passou a ser considerado perigoso para a sociedade e foi direcionado a locais de reclusão, exclusiva para estes, considerados desprovidos da razão, nascendo então o manicômio e junto dele a psiquiatria, com o objetivo de construir um saber científico sobre essa loucura.

As transformações do capitalismo, econômicas e históricas foram modificando as formas de compreensão dos transtornos mentais. Nos últimos 40 anos verificou-se a diluição da loucura a partir da expansão da psiquiatria que segundo Dumit (2012) origina-se a partir da elaboração de um modelo de doença estatístico, categorizado e de massa estabelecido pela indústria farmacêutica a partir de ensaios clínicos financiados por ela mesma, definindo assim, os parâmetros pelos quais passamos a ser considerados "doentes"

Esse movimento enclausurante subsiste até hoje, infelizmente. Os esforços conjuntos de profissionais, usuários e familiares de pessoas com transtorno mental lutaram e ainda lutam a favor de reformas e mudanças no sistema de saúde de diversos países, inclusive no Brasil, culminando na Reforma Psiquiátrica. É uma demanda que precisa ser acolhida pelas políticas públicas de forma séria e permanente.

Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi um dos mais consideráveis movimentos em defesa dos direitos humanos no país. Esse movimento ocorreu através de diferentes estratégias e dispositivos que possibilitaram a produção de um novo discurso e olhar sobre a loucura e a diversidade no país. As inovações desse processo, por meio da inclusão social da loucura, têm sido importantes para romper com as práticas manicomiais atualmente (Amarante e Torre, 2018).

No Brasil, a reforma psiquiátrica se constituiu, desde as suas raízes, como um movimento social de construção de um novo discurso e uma nova prática no lidar com a loucura e o sofrimento mental, fora do discurso psicopatológico e contra a exclusão social dos sujeitos em crise ou vulnerabilidade psicossocial, e a favor de uma sociedade sem manicômios. Os marcos históricos e a vasta produção iconográfica, artística, militante, do movimento antimanicomial no Brasil demonstram que a reforma psiquiátrica nasce das bases políticas de crítica ao autoritarismo e pela liberdade, e se consolida como movimento social de reivindicação de direitos de cidadania, de inclusão das pessoas “diferentes” e sob o signo dos direitos humanos (Amarante e Torre, 2018, p. 1103).

Respalhando a reforma Psiquiátrica, a Lei nº 10.216, instituída em 2001 e conhecida popularmente como Lei Paulo Delgado, dispôs sobre os direitos de pessoas com transtornos mentais graves, proibindo a internação de pacientes com transtornos mentais graves em instituições de modelos manicomiais. A partir disso, foi possível um redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no país (Brasil, 2001). A partir dessa forma de cuidar da pessoa com transtorno mental, foi necessário contar com uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na qual os serviços substitutivos especializados, CAPS, Hospitais Gerais, Residências Terapêuticas, foram ordenados por uma maestra, a Atenção Básica (Brasil, 2001).

Saúde Mental e Atenção Básica:

A Saúde mental é uma área de conhecimento e atuação no âmbito da saúde e das políticas públicas extremamente complexa, plural, e intersetorial (Amarante, 2007).

Em qualquer ponto da rede de atenção em saúde, inclusive na Atenção Básica, o diagnóstico deve ser sempre processual e pluridimensional. Ou seja, para a formulação diagnóstica é necessário se pensar e se incluir aspectos clínicos, sociais, culturais e políticos. Nesse sentido a Atenção Básica é um espaço privilegiado, pois se localiza no território, lugar onde as pessoas moram, relacionam-se, trabalham, enfim vivem a vida. Nesse sentido, é possível estabelecer um diagnóstico clínico observando o curso do transtorno, sendo necessário um contínuo trabalho de repensá-lo e refazê-lo. Muitas vezes, por exemplo, se torna necessário reformular o diagnóstico inicial (Dalgalarondo, 2008).

Transtornos Mentais

No Quadro 1 é possível observar alguns sintomas característicos relatados por pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia e depressão, de acordo com o Dalgalarondo (2008).

Quadro 1: Sintomas relatados por pessoas diagnosticadas com esquizofrenia.

Diagnóstico	Sintomas
Esquizofrenia	<ul style="list-style-type: none">- Percepção delirante.- Alucinações auditivas: Alguns pacientes com o diagnóstico relatam ouvir vozes que comentam e/ou comandam algumas de suas ações.- Eco e difusão do pensamento: afirmam conseguir escutar seus próprios pensamentos ao pensá-los e têm a sensação de que seus pensamentos são ouvidos ou percebidos claramente pelos outros, no momento em que os pensa.- Vivências de influência na esfera corporal e sobre o pensamento.
Depressão	<ul style="list-style-type: none">- Humor deprimido.- Desânimo, perda do interesse.- Appetite.- Sono.- Anedonia.- Fadiga, perda de energia.- Pessimismo.- Baixa autoestima.- Concentração prejudicada.- Pensamentos de morte ou suicídio.- Retardo/agitação psicomotora.

Fonte: Dalgarrondo (2008).

E quando alguém está em situação de crise?

Para saber lidar com a crise é necessário que o profissional conte com uma rede de atenção à saúde, uma equipe interprofissional, que dê o respaldo para ações emergenciais, a fim de evitar as recorrentes interações. Nas próprias palavras do documento norteador, observa-se que:

É fundamental ainda que o profissional possa contribuir para favorecer a distinção entre a identidade e a atitude do usuário. Uma atitude supostamente agressiva, por exemplo, não coloca necessariamente o seu autor como agressivo em seu conjunto de relações. Deve-se buscar compreender motivações, tensões, enfim, as condições nas quais a ação do usuário se desenvolveu, contextualizando as ações. (...) Cabe ao profissional apoiar os envolvidos na produção de possíveis sentidos com os quais se deve buscar dialogar, permitindo diferentes possibilidades de ser e estar no mundo. (...) Manifestar disponibilidade de escuta, negociar processualmente a aproximação são posturas fundamentais para a busca de encontro com o usuário. Para que haja reciprocidade nas relações é necessário que haja compartilhamento de poder. Historicamente a pessoa em situação de crise tem seu poder de decisão cerceado, seja pela experiência de sofrimento psíquico, seja pelas pessoas e instituições ao seu redor. Nesse sentido, qualquer tentativa de aproximação deve buscar, a cada momento, a anuência do usuário (Brasil, 2013, p 102).

A priori, é importante ressaltar a necessidade de um cuidado continuado desses pacientes e não apenas episódico, sendo necessário a garantia de suporte adequado. Além disso, em saúde mental os sintomas nem sempre devem ser interrompidos, uma vez que, nos casos de crises, por exemplo, o desespero e as vozes podem ser uma tentativa de organização e resolução de sofrimentos presentes na vida do paciente. Nesse sentido, nos casos de intervenções nos momentos de crises, várias pessoas da rede podem auxiliar nesse processo de acolhimento, como por exemplo: o Agente Comunitário de Saúde, o médico, vizinhos e etc. (Brasil, 2013). Nessa direção, na sequência, pode-se observar no Quadro 2 alguns pressupostos que devem ser considerados para fundamentar a organização da rede na perspectiva do acolhimento humanizado.

Quadro 2: Pressupostos que devem ser considerados para fundamentar a organização da rede na perspectiva de acolher, abordar e cuidar de pessoas em situação de crise no território.

1. EVITAR a internação e sustentar o usuário no seu contexto de vida com o apoio da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).
2. EPOTENCIALIZAR e QUALIFICAR todos os pontos da Rede de Atenção Psicossocial para desenvolver intervenção nas situações de urgência/ emergência e no cuidado longitudinal.
3. A exclusão de hospital psiquiátrico do circuito assistencial, anulando a oferta de leitos e a valorização da existência de serviços de urgência e emergência psiquiátrica nesta instituição.
4. A internação deve ser considerada como último recurso e SO MENTE QUANDO NECESSÁRIA , como instrumento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e não como resposta a uma situação específica. Devendo também, quando necessário, ser realizada prioritariamente nos Caps, com a lógica do acolhimento integral, e nos hospitais gerais de forma articulada com a rede.

Fonte: Brasil (2013).

É comum na Atenção Básica que pacientes com diagnósticos psiquiátricos tenham outras comorbidades clínicas (exemplo: hipertensão e diabetes) negligenciadas. Desse modo, é necessário atuar e construir formas de atendimento que levem consideração o direito aos cuidados de saúde integral desses pacientes (Brasil, 2013).

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. "**De volta à cidade, sr. cidadão!**" - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. Revista de Administração Pública, [S.l.] v. 52, p. 1090-1107, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei No 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUMIT, J. **Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health**. 1a edição. Duke University Press Books, [S.l.], 2012.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

LAIA, S.; AGUIAR, A. **Enigma, objetivação e diluição da loucura**. In: TEIXEIRA, Antônio, et al (org). **Psicopatologia Lacaniana - Semiologia - Vol. 1**. 1a edição. Autêntica, 2017. [S.l.], p. 13-34..

CAPÍTULO 17

MATRICIAMENTO E VISITA DOMICILIAR EM SAÚDE MENTAL

Mariana Giori Gomes
Giullia Gabrielli Galiciani
Leila Sabrina Ullmann

- O matriciamento é um novo modelo de produção de saúde que propõe uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada entre equipes.
- O matriciamento envolve a junção da equipe de referência, composta por profissionais da Estratégia Saúde da Família, e o apoio matricial, formado por profissionais de saúde mental.
- A visita domiciliar é uma estratégia que facilita diversos processos relacionados aos transtornos mentais, permitindo uma interação mais próxima entre os serviços de saúde e os usuários.

Matriciamento

“Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Chiaverini et al., 2011, p. 13).

De modo tradicional, a organização dos sistemas de saúde se davam na forma vertical, ou seja, hierárquica. Em contrapartida, o matriciamento vem para trazer uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica na forma horizontal entre duas ou mais equipes.

Para o matriciamento ser realizado, é necessário a junção da equipe de referência + o apoio matricial. A equipe de referência é composta

por profissionais da Estratégia Saúde da Família, podendo ser médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários (ACS). O apoio matricial, por sua vez, é composto por profissionais que trabalham com saúde mental, como psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais e enfermeiros de saúde mental.

A solicitação do matriciamento é feita quando a equipe de referência faz um levantamento de problemas, podendo ser para 1 indivíduo, 1 família, várias famílias ou até mesmo um coletivo (ex.: o ACS pode levantar um problema em comum em uma rua inteira). Nesse caso, o matriciamento é solicitado. Tudo isso é feito quando o problema de saúde mental precisa de um esclarecimento e diagnóstico que a equipe ainda não possui.

É importante ressaltar que o matriciamento não significa encaminhamento ao especialista ou atendimento individual apenas pelo profissional de saúde mental. Trata-se de uma interconsulta, que pode ter a participação de vários profissionais, como por exemplo:

Da Atenção Primária à Saúde (APS): médico da família, enfermeiro, dentista e ACS;

Da equipe de saúde mental: psiquiatra, psicólogo, enfermeiro ou terapeuta ocupacional;

De usuários do serviço de saúde: pacientes, familiares, acompanhantes;

Outros profissionais: estudantes, estagiários e outras pessoas interessadas da equipe.

No entanto, não há necessidade de um grande número de pessoas ao mesmo tempo na consulta conjunta. O obrigatório é ter ao menos um matriciador, ou seja, profissional de saúde mental, e um matriciando (profissional da APS).

O ACS é um profissional de extrema importância no momento da interconsulta, pois na maioria das vezes é ele que apresenta um contato mais direto com o paciente. Porém quem deve tomar a decisão é o próprio ACS, não se colocando em posição inferior frente aos demais profissionais, assim como ressalta Chiaverini et al., 2011.

Visita domiciliar

A visita domiciliar é uma forma de facilitar vários processos no que diz respeito a transtornos mentais, esse método por servir de instrumento de interação entre várias partes, e seus princípios são totalmente alinhados com uma proposta de atendimento integral e humanizado, sendo uma prioridade no âmbito da visita domiciliar.

A proposta é promover uma aproximação dos usuários aos serviços oferecidos pelo SUS, por meio do intermédio realizado por um agente comunitário de saúde. Além disso, com essa aproximação com o indivíduo, é possível ter uma melhor compreensão da dinâmica familiar e fornecer um suporte imediato para continuidade ou início do tratamento.

Para que isso seja possível, é de extrema importância a permissão do paciente e colaboração de sua família, uma vez que o serviço envolve todos os moradores da residência, principalmente se tratando de saúde mental. É essencial motivar o usuário a falar e conversar a respeito da situação que está passando, cabe também ao profissional, informar e explicar a importância de manejo dos medicamentos de forma correta, para uma melhor autonomia, e convidá-lo a ir até a unidade básica de saúde, com o objetivo de aumentar as chances de adesão ao tratamento. Dessa forma, os objetivos da visita domiciliar serão alcançados.

REFERÊNCIAS

A CHIAVERINI, D. H. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

CAPÍTULO 18

SAÚDE BUCAL E A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DOS CUIDADORES

Maria Luiza Guarienti Piati
Gabrielle de Oliveira Paes
Rafael Ferreira

- Além do sorriso: a saúde bucal como indicador de qualidade de vida em pacientes com transtornos mentais.
- Prevenção é a palavra-chave: educando pacientes e cuidadores sobre a importância da higiene bucal.
- Dentistas conscientes: a necessidade de sensibilidade e conhecimento ao tratar pacientes com transtornos mentais.

A família e o atendimento odontológico do paciente com transtorno mental

Muitas vezes a família, por preconceito e falta de informação, não aceita o diagnóstico de transtorno mental, mas com o conhecimento sobre a doença o olhar começa a mudar. O núcleo familiar se torna responsável por saber nome de medicamentos prescritos, dose, sinais e sintomas recorrentes, para poder responder durante a anamnese odontológica. Com a desinformação, os cuidadores acabam tendo uma condição fragilizada e gerando impotência e, por isso, é necessário que o familiar seja um suporte efetivo de auxílio para cuidar do ente querido de uma forma mais eficaz. É comum que o cirurgião-dentista passe informações de saúde bucal para a família visto que os paciente podem não

ter uma função motora/cognitiva desejável para realizar suas atividades diárias, incluindo as de higiene bucal (Maceno, 2019).

É importante que o profissional tenha informações acerca da patologia psiquiátrica pois, assim é possível ter sucesso no manejo odontológico e nas orientações acerca da saúde bucal (Alves; Mayrink; Urânia, 2008). Além disso, o auxílio e estímulo dos familiares é imprescindível, pois muitas vezes os pacientes psiquiátricos, sobretudo os esquizofrênicos em uso de antipsicóticos à longo prazo, apresentam comprometimento cognitivo e perda de interesse pela higiene como, por exemplo, escovar os dentes (Maceno, 2019).

Dessa forma, o conjunto da ajuda familiar e o acompanhamento com um cirurgião-dentista é essencial para uma boa saúde bucal.

Os pacientes com transtornos mentais são alvo de preconceito e negligência, a OMS (Organização Mundial da Saúde) afirma que:

As pessoas que enfrentam problemas de saúde mental ou deficiências intelectuais parecem ser mais desprovidas em muitos cenários do que aquelas que enfrentam deficiências físicas ou sensoriais (Who, 2012).

Sendo assim, concluímos que é fundamental que o profissional da saúde bucal saiba atender esses pacientes para que a saúde geral esteja adequada e que esses indivíduos tenham qualidade de vida.

Indivíduos com transtornos mentais têm maior probabilidade de apresentar problemas de saúde bucal em comparação com aqueles sem doenças mentais (Scrine et al., 2018). Por mais que ainda seja necessário mais estudos, vários deles mostram que existe uma relação entre saúde bucal e saúde mental (Tiwari et al., 2022).

É possível observar uma relação entre saúde bucal precária e transtornos psicológicos comuns, como depressão, transtorno de ansiedade,

transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático ou fobias. O estudo revelou que pessoas com transtorno mental apresentam maior perda dentária, mais cáries e dentes restaurados em comparação com indivíduos sem tais comorbidades (Kliskey et al., 2015). Outros estudos também encontraram uma ligação entre problemas de saúde bucal, como periodontite crônica, erosão dentária e distúrbios alimentares (Tiwari et al., 2022).

Os pacientes com depressão e ansiedade têm maior probabilidade de apresentar perda dentária (Okoro et al., 2012). Além disso, os sintomas depressivos, como anedonia (perda de interesse em atividades prazerosas) e falta de motivação, podem afetar negativamente os cuidados de higiene oral. Ademais, outras pesquisas também têm demonstrado que a depressão também está relacionada ao desenvolvimento da doença periodontal (Antilla et al., 2006). Essa associação entre saúde mental e saúde bucal tem implicações importantes para a saúde pública, pois o aumento do risco de cáries e perda de dentes pode levar a experiências mais frequentes de dor, isolamento social, baixa autoestima e redução da qualidade de vida e, com isso, também impactar negativamente além da sua saúde mental, sua saúde no geral. (Tiwari et al., 2022).

De acordo com Veeraboina et al. (2020), adultos que sofrem de depressão têm uma probabilidade 25% maior de desenvolver cáries. Além disso, Skośkiewicz-Malinowska et al. (2018) relataram que pacientes psiquiátricos frequentemente apresentam outros sintomas bucais, como xerostomia, queimação bucal, mau hálito e disgeusia.

Diversas alterações psicológicas podem ser observadas, tais como mudanças no comportamento, aquisição de hábitos prejudiciais à saúde, negligência da higiene bucal e redução na frequência das visitas ao dentista. Além disso, alguns medicamentos utilizados no tratamento de transtornos mentais podem afetar a produção de saliva, tornando

o indivíduo mais propenso a desenvolver infecções orais (Kisely et al., 2016; Skośkiewicz-Malinowska et al., 2018; Ouanounou et al., 2019).

Portanto, é essencial considerar a interação entre a saúde mental e a saúde bucal, compreendendo que problemas em uma área podem impactar a outra e vice-versa. Essa conscientização pode levar a uma abordagem mais abrangente e integrada no cuidado dos pacientes, buscando melhorar tanto a saúde mental quanto a saúde bucal para promover uma melhor qualidade de vida (Tiwari et al., 2022).

REFERÊNCIAS

ALVES, T. H. N.; MAYRINK, S.; URÂNIA, A. M. **Prevalência de cárie dentária em pacientes portadores de transtornos mentais, Blumenau, SC, Brasil.** Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, v. 8, n. 1, 2008.

ANTTILA, S.; KNUUTTILA, M.; YLÖSTALO, P.; JOUKAMAA, M. **Symptoms of depression and anxiety in relation to dental health behavior and self-perceived dental treatment need.** European Journal of Oral Sciences, [S.l.], v. 114, p. 109–114, 2006. DOI: 10.1111/j.1600-0722.2006.00334.x.

KISELY, S.; BAGHAIE, H.; LALLOO, R.; SISKIND, D.; JOHNSON, N. W. **A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness.** Psychosomatic Medicine, [S.l.], v. 77, p. 83–92, 2015. DOI: 10.1097/PSY.000000000000135.

MACENO, Sara Ramona Rodrigues de; SOUSA, Smyrna Luiza Ximenes de; **Atendimento odontológico a pacientes com transtornos mentais em clínica-escola: uma revisão narrativa.** 2019. Monografia (Especialização em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba Campus VII, Paraíba, 2019.

OUANOUNOU, A.; NG, K. **Medical management, orofacial findings, and dental care for the client with major depressive disorder.** Revista de Odontologia da UNESP, [S.l.], vol. 53, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (World Health Organization) **Relatório mundial sobre a deficiência.** Secretaria dos direitos da pessoa com deficiência. São Paulo, p. 334, 2012.

OKORO, C. A.; STRINE, T. W.; EKE, P. I.; DHINGRA, S. S.; BALLUZ, L. S. **The association between depression and anxiety and use of oral health services and tooth loss.** Community Dentistry and Oral Epidemiology, [S.l.], v. 40, p. 134–144, 2012. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2011.00637.x.

SCRINE, C.; DUREY, A.; SLACK-SMITH, L. **Enhancing oral health for**

better mental health: exploring the views of mental health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing*, [S.l.], v. 27, p. 178–186, 2018. DOI: 10.1111/inm.12307.

SKOŚKIEWICZ-MALINOWSKA, K.; MALICKA, B.; ZIĘTEK, M.; KACZMAREK, U. **Oral health condition and occurrence of depression in the elderly.** *Medicine (United States)*, v. 97, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012490>.

TIWARI, T.; KELLY, A.; RANDALL, C. L.; TRANBY, E.; FRANSTVE-HAWLEY, J. **Association Between Mental Health and Oral Health Status and Care Utilization.** *Frontiers in Oral Health*, [S.l.], v. 2, p. 732882, 2022. DOI: 10.3389/froh.2021.732882.

VEERABOINA, N.; DOSHI, D.; KULKARNI, S.; KUMAR, P. S.; NARAYANA, D. S.; SRILATHA, A. **Association of state and trait anxiety with oral health status among adult dental patients.** *Acta Biomedica*, [S.l.], v. 91, p. 1–10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.23750/abm.v91i3.8986>.

A PARTE 6
ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL AO PACIENTE
COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO
AUTISMO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
BÁSICA

Figura 1. QR Code da apresentação com a temática de Transtorno do Espectro do autismo.



TEA

Fonte: os autores

CAPÍTULO 19 CUIDADOS GERAIS

Cecília Loschi de Medeiros
Rebecca Mirian Alves de Souza
Rafael Ferreira

- Ao lidar com pacientes com TEA é importante entender suas particularidades e observar cada um deles de maneira individualizada é indispensável para o estabelecimento do cuidado pessoal ou profissional.
- O TEA é caracterizado por condições que levam a problemas no desenvolvimento da linguagem, na interação social, nos processos de comunicação e do comportamento social, sendo classificado como um transtorno do desenvolvimento. (Ministério da Saúde, 2022)
- É ideal que esse acompanhamento ocorra desde o diagnóstico, preferencialmente na infância, para facilitar o processo de desenvolvimento e adaptação ao transtorno[...]

O que é o Transtorno do Espectro Autista (TEA)?

O transtorno do espectro autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo apresentar um repertório restrito de interesses e atividades. O transtorno é classificado como um espectro devido à variedade de sintomas que podem se manifestar em cada indivíduo afetado. Como resultado, cada pessoa apresenta a condição de forma distinta, tornando-a única dentro

desse espectro, uma pessoa autista pode ser superdotada como também pode ser uma pessoa com comorbidades e acamada, o grau de variação dos sintomas é muito grande.

O TEA é caracterizado por condições que levam a problemas no desenvolvimento da linguagem, na interação social, nos processos de comunicação e do comportamento social, sendo classificado como um transtorno do desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2022).

Não se sabe exatamente a origem desse transtorno, entretanto, é considerado de fonte multicausal, sendo associada a fatores genéticos, neurológicos e ambientais. Além disso, sabe-se também que há uma prevalência maior em homens: existem quatro homens com TEA para cada mulher diagnosticada (Olivati et al., 2022).

Ainda, é importante ressaltar que existem diversos mitos sobre a causa do autismo, um deles é que a vacina da tríplice viral poderia gerar o autismo em crianças, esse rumor foi criado devido uma pesquisa de um médico britânico em 1998. Tal estudo, sem embasamento científico, foi refutado por um jornalista que descobriu que toda a pesquisa do médico britânico era uma fraude, devido à manipulação de informações. Atualmente, diversos estudos científicos comprovam que a vacinação de crianças não tem nenhuma relação com o diagnóstico de autismo.

Cuidados em pacientes com TEA:

Primeiramente, ao lidar com pacientes com TEA é importante entender suas particularidades e observar cada um deles de maneira individualizada é indispensável para o estabelecimento do cuidado pessoal ou profissional. Por exemplo, é comum que os familiares tentem restringir maneirismos ou movimentos repetitivos reconfortantes,

como balançar as mãos ou inclinar o corpo para frente e para trás, o que pode piorar crises e dificultar a comunicação com essas pessoas.

Nesse sentido, cada indivíduo possuirá gostos, maneirismos, características e comportamentos específicos, que não podem ser generalizados. Visto isso, é importante compreender suas dificuldades e particularidades para o estabelecimento de uma relação produtiva e confortável para o usuário.

As pessoas com TEA demonstram mais dificuldade no trato social, ou seja, no estabelecimento de interações sociais, uma vez que interpretar sinais não verbais transmitidos pelo outro, ou compreender a linguagem corporal são tarefas bastante complexas para elas. Isso não significa que não tentem ter vínculos com outras pessoas ou não estejam interessadas nisso. Todavia, é mais comum, entre as pessoas com TEA, a preferência por realizar atividades sozinhas e tal comportamento deve ser respeitado. (Olivati et al., 2022, p.22).

Quadro 1: Pontos importantes para o estabelecimento de uma relação/ comunicação com pessoas com TEA.

1. Possíveis limitações de fala não querem dizer que não haja possibilidade de escolhas.
2. Um quadro de agitação pode expressar diferentes questões, como dor de dente ou resposta a modificações na rotina
3. A pessoa com TEA, muitas vezes, não toma a iniciativa de formular um pedido explícito relativo às suas necessidades básicas (tais como as necessidades de alimentação, ingestão de líquidos, ir ao banheiro, pedir ajuda, queixar-se de dor etc).
4. Também pode haver ausência de pudor e resistência às convenções sociais (tais como, por exemplo, o uso de roupas, de talheres, de espaços privativos etc).
5. Atos que se apresentam muitas vezes sem lógica, de forma repetitiva, estereotipada, podem ser formas possíveis de estabelecer contato com o outro, não devendo ser necessariamente suprimidos.
6. O que é privilegiado/escolhido (sejam objetos, interesses, pessoas e formas de comunicação) pela pessoa com transtorno do espectro do autismo deve ser considerado e valorizado.

Fonte: Brasil, (2015).

O quadro acima cita alguns fatos que podem facilitar a compreensão e o cuidado ao paciente com TEA. A partir de tantas particularidades, não há uma abordagem “perfeita” que atenderá todas às particularidades do paciente com TEA. O ideal é a formulação de uma estratégia de cuidado que seja personalizada para cada caso, passível de adaptação e mudanças (Brasil, 2015).

Nesse sentido, a abordagem mais recomendada na atualidade é a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) pela equipe de saúde responsável. O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário (Brasil, 2004).

Essa estratégia de cuidado é a mais indicada para pacientes que estão no espectro por levar em conta as particularidades de sua condição e contar com o apoio de uma equipe multidisciplinar. A variedade de profissionais permite que haja estimulação em diversas frentes, permitindo apoio técnico, psicológico, físico e social, sendo reavaliado frequentemente para manter sua eficácia.

Todo projeto terapêutico singular para a pessoa com transtorno do espectro do autismo precisa ser construído com a família e a própria pessoa. Deve envolver uma equipe multiprofissional e estar aberto às proposições que venham a melhorar sua qualidade de vida. (Brasil, 2015, p.77)

É ideal que esse acompanhamento ocorra desde o diagnóstico, preferencialmente na infância, para facilitar o processo de desenvolvimento e adaptação ao transtorno, entretanto, essa conduta raramente é realizada pelo Sistema Único de Saúde, já que mobiliza muitos recursos humanos e financeiros em apenas um paciente.

Caso o PTS não seja possível, é recomendável que a criança com TEA faça acompanhamento com diferentes profissionais separadamente, conforme as necessidades de desenvolvimento do paciente e no acesso de cada família aos tratamentos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OLIVATI, Ana Gabriela; CIANTELLI, Ana Paula Camilo; ACUNA, Jose Tadeu; LEITE, Lúcia Pereira; OLIVEIRA, Tamires Paes. **Guia de Orientações Sobre Transtorno do Espectro Autista**. 2. ed. [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: <<https://educadiversidade.unesp.br/midias/pdf/guia-tea/tea-pdf-1.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2023.

SECRETARIA DA SAÚDE. **Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. Paraná, [s.d.] Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Transtorno-do-Espectro-Autista-TEA>>. Acesso em: 12 jun. 2023.

CAPÍTULO 20

DIFICULDADES ALIMENTARES

Giulia Gabrielli Galiciani

Mariana Giori Gomes

Leila Sabrina Ullmann

- A seletividade alimentar é uma das dificuldades alimentares mais recorrentes em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA).
- A seletividade pode levar a uma dieta limitada e afetar a saúde da criança, podendo causar deficiências nutricionais.
- Uma das estratégias nutricionais é envolver todos os sentidos, de modo que interaja com o alimento.
- Os distúrbios do trato gastrointestinal (TGI) são frequentes em pessoas com TEA e estão associados à seletividade.

O Seletividade alimentar

Quando se fala em dificuldades alimentares em crianças que apresentam Transtorno do Espectro Autista (TEA), a mais recorrente é a seletividade alimentar. Um estudo comparando 138 crianças diagnosticadas com autismo e 298 crianças sem o diagnóstico do transtorno, constatou que crianças que apresentavam TEA recusavam significativamente mais os alimentos e possuíam uma dieta menos variada, indicando grau de seletividade (Schreck; Williams; Smith, 2004). Concomitantemente a isto, Hubbard et al. (2014), ao investigarem a recusa alimentar relacionada à características dos alimentos, perceberam que a ocorrência da não aceitação de determinados alimentos era devido a textura e consistência dos mesmos. Além disso, nessa mesma pesquisa, pais de crianças com

TEA relataram que a marca, forma, sabor e aroma dos alimentos também eram motivo de recusa alimentar.

A criança seletiva tem dificuldades em aceitar novos alimentos, geralmente apresenta pouco apetite e desinteresse pela alimentação, podendo excluir até mesmo um grupo inteiro de alimentos, o que definitivamente afeta a saúde da pessoa. Por isso, os pais e/ou cuidadores devem estar atentos a comportamentos que envolvem a seletividade alimentar, a fim de iniciarem um tratamento e prevenir possíveis riscos relacionados à deficiências nutricionais (Sampaio et al., 2013).

Como estratégia nutricional para a solução da seletividade alimentar, pode-se utilizar todos os sentidos da criança, de modo que ela interaja com o alimento, seja tocando, cheirando, olhando, provando e até mesmo comendo esse alimento. É importante também incentivar a criança a fazer parte do preparo do alimento, ajudar a misturar os ingredientes de determinada preparação, por exemplo (Oliveira; Souza, 2022).

Neste mesmo estudo de Oliveira e Souza (2022), relatam o caso de um menino, de 5 anos de idade, que foi levado a uma clínica de terapia ocupacional devido à ocorrência grave de seletividade alimentar, onde a criança recusava grande parte dos alimentos e não conseguia ao menos olhar para o alimento. Sendo assim, depois de muito conversar e trabalhar seus sentidos (questão de meses), a terapeuta se assentou ao lado da criança para brincar com alguns alimentos crus, tais como macarrão, arroz, feijão e milho. Com isso, o menino decidiu colocar o macarrão cru na boca e demonstrou interesse pelo alimento. Desse modo, juntamente com ele, a terapeuta preparou o macarrão cozinhando em água (com sal e óleo) e observando a consistência do alimento mudando. O macarrão foi retirado em um ponto al dente, mais próximo do gosto da criança. Como resultado, ele comeu todo o macarrão que havia preparado.

Para a criança seletiva, é importante, no início, não retirar os alimentos aceitos, mas aplicar algumas estratégias, tais como:

- Apresentar o novo alimento ou o alimento não aceito aos poucos;
- Mostrar a importância da alimentação saudável, de maneira lúdica;
- Usar a criatividade para preparar os alimentos;

O ideal é que o tratamento para seletividade alimentar seja efetuado de maneira multidisciplinar, incluindo nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e o médico responsável.

Distúrbio do trato gastrointestinal

Os distúrbios do TGI, estão entre as complicações mais frequentes em pessoas com o TEA, de certa forma, estão, também, associados à seletividade alimentar, devido ao erro alimentar acarretado por essa adversidade.

Devido a limitação de interação social e na fala destes indivíduos, algumas vezes os sintomas podem não serem reconhecidos pela equipe assistente, quando não há um tratamento adequado, a situação poderá potencializar o desenvolvimento de diversos outros problemas, incluindo no sono, transtornos comportamentais e psiquiátricos, interferindo no funcionamento do indivíduo, podendo afetar o relacionamento familiar, e diminuindo sua qualidade vida.

Os sintomas mais comuns são diarreia crônica, constipação, desconforto abdominal, refluxo gastroesofágico e intolerância alimentar. Para combater tais complicações, é necessário entrar com a terapia nutricional, que deverá ser individualizada conforme os sinais e sintomas presentes, bem como avaliação nutricional e da história clínica (Vilela, 2019). Para isso, é fundamental se atentar aos sintomas, e comportamentos incomuns, procurar a Unidade Básica de Saúde, para que a situação possa ser avaliada por um médico, e se possível, realizar o encaminhamento ao nutricionista.

REFERÊNCIAS

SCHRECK, K. A.; WILLIAMS, K.; SMITH, A. F. A comparison of eating behaviors between children with and without autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [s.l.], v. 34, n. 4, p. 433–438, ago. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15449518/>. Acesso em: 14 jun. 2023.

HUBBARD, K. L. et al. A comparison of food refusal related to characteristics of food in children with autism spectrum disorder and typically developing children. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, [s.l.], v. 114, n. 12, p. 1981–1987, dez. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4252256/pdf/nihms604736.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2023.

SAMPAIO, A. B. DE M. et al. Seletividade alimentar: uma abordagem nutricional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 62, p. 164–170, jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/XMDX3Wc8Xn7XbcYvR-fjdSpd/#:~:text=A%20seletividade%20alimentar%20C3%A9%20caracterizada,e%20permanecer%20at%C3%A9%20a%20adolesc%C3%Aancia>. Acesso em: 14 jun. 2023.

OLIVEIRA, P. L. DE; SOUZA, A. P. R. DE. Terapia com base em integração sensorial em um caso de Transtorno do Espectro Autista com seletividade alimentar. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [s.l.], v. 30, p. e2824, 18 mar. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/hZ4RyjSv-fmXYFjGKPFqCrnb/?lang=pt#>. Acesso em: 14 jun. 2023.

VILELA D.A.M, NASCIMENTO H.B., PALMA S.M.M. Disfunção gastrointestinal no transtorno do espectro autista e suas possíveis condutas terapêuticas. **Debates em Psiquiatria** [In]. [s.l.], 27º de dezembro de 2019 ;9(4):34-42. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/46>. Acesso em: 15 jun. 2023.

CAPÍTULO 21

SAÚDE BUCAL: DESVENDANDO OS PROBLEMAS MAIS FREQUENTES

Gabrielle de Oliveira Paes
Maria Luiza Guarienti Piati
Rafael Ferreira

- Problemas de saúde bucal em pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)
- Cárie dentária e dificuldades na higiene bucal.
- Gengivite, periodontite e bruxismo: impactos na saúde bucal de pacientes com TEA.
- Desafios na higiene bucal e comportamento desafiador: atendimento odontológico individualizado é fundamental.
- Mordedura de objetos não alimentares e xerostomia: questões adicionais na saúde bucal de pessoas com TEA.

O Seletividade alimentar

Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) podem ser mais suscetíveis a uma variedade de problemas de saúde bucal (Uemura, 2021). Du, Yiu e King (2019) e Jaber (2011) evidenciaram a condição bucal das crianças com autismo em relação à higienização oral menos frequente e autônoma quando comparadas a um grupo da mesma faixa etária sem o autismo.

Alguns dos problemas mais comumente observados em pacientes com TEA incluem:

1. Cárie dentária: Dificuldades na higiene bucal, como escovação inadequada dos dentes e dificuldade em usar o fio dental, podem levar a um acúmulo de placa bacteriana e ao desenvolvimento de cáries dentárias. Pelo fato desses pacientes muitas vezes possuírem seletividade alimentar pode ocorrer um déficit de nutrientes e o consumo exagerado de carboidratos, o que podem agravar ainda mais a condição bucal (Gol-feto, 2000; Marra, 2007; Katz, 2009; Pereira, 2009; Gonçalves, 2018).

2. Gengivite e doença periodontal: A falta de higiene bucal adequada também pode contribuir para o desenvolvimento de gengivite, uma inflamação das gengivas, que se não tratada adequadamente pode progredir para uma doença periodontal mais grave.

3. Dificuldades na higiene bucal: Devido a características do transtorno, como dificuldades na coordenação motora fina, na compreensão de instruções e na aceitação de diferentes sensações táteis, alguns pacientes com TEA podem enfrentar desafios na realização adequada da higiene bucal.

Como facilitar o ato de escovar os dentes nesses pacientes?

Devido a essa hipersensibilidade sensorial que acontece muitas vezes na boca desses pacientes eles podem ter certa resistência para escovar os dentes. Sendo assim podemos lançar mãos de algumas estratégias que facilitam essa atividade como: apoio visual com recursos tecnológicos (como celulares, tablets) com vídeos (Poppo et al., 2016; Cazaux et al., 2019), ou jogos de aplicativos (Krishnan, Iyer, & Kumar, 2021), com intuito de tornar mais atrativo o processo, também pode ser utilizada a comunicação com troca de figuras que mostram o passo a passo da escovação (Al-batayneh et al., 2019) e utilização de escovas elétricas, porém se atentar se para criança o estímulo auditivo dela possa ser um agravante (Vajawat et al., 2015)..

4. Bruxismo: O bruxismo, ou ranger dos dentes, é uma condição comum em pacientes com TEA. Esse hábito noturno ou diurno pode levar ao desgaste excessivo dos dentes, dores na mandíbula, tensão muscular e até mesmo fraturas dentárias.

5. Ansiedade e comportamento desafiador: indivíduos com TEA podem sentir ansiedade e apresentar comportamentos desafiadores durante as visitas ao dentista, tornando o atendimento odontológico mais difícil. Essa ansiedade pode ser causada por uma variedade de fatores, incluindo a falta de familiaridade com o ambiente, luzes brilhantes brilhando nos olhos da criança, o som agudo de equipamentos odontológicos, barulhos, pode haver desafios com gosto ou cheiro de pasta profilática ou flúor, o dentista tocando seu rosto e sensações táteis desconhecidas. Por tais motivos é muito importante promover uma consulta individualizada com esses indivíduos, com auxílio de outros profissionais, promover um ambiente tranquilo, acolhedor e que o profissional tenha capacitação para atender esses casos.

6. Mordedura de objetos não alimentares: indivíduos com TEA podem apresentar comportamento de morder objetos não alimentares, como lápis, canetas ou roupas. Isso pode causar danos aos dentes e gengivas, além de representar um risco de aspiração de fragmentos.

7. Xerostomia (boca seca): alguns medicamentos frequentemente prescritos para pessoas com TEA podem causar diminuição na produção de saliva, resultando em xerostomia. A saliva desempenha um papel importante na proteção dos dentes contra cáries e na manutenção da saúde bucal geral.

8. Crianças com autismo também costumam ter hábitos orais nocivos tais como bruxismo, interposição de língua, cutucar a gengiva e morder os lábios (Jaber, 2011).

Para realizar o tratamento das pessoas inseridas nesse espectro é de extrema importância uma abordagem multidisciplinar, tanto no diagnóstico quanto no acompanhamento, essa tarefa deve ser realizada por profissionais como pediatras, cirurgiões dentistas, nutricionistas, fonoaudiólogos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, psicólogos entre outros.

O papel do nutricionista associado ao do dentista visa reprimir essa seletividade alimentar para não haver um comprometimento da ingestão nutricional e qualidade da dieta (Pereira et al., 2021). Com isso podemos concluir que o interesse por alimentos altamente industrializados, açucarados e consequentemente cariogênicos deve ser reduzido o máximo possível pois somado a uma má higiene por conta da dificuldade motora essa alimentação rica em açúcar irá prejudicar a saúde bucal e a qualidade de vida do indivíduo.

No Brasil, possuímos a lei que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Brasil, 2012), com ela é assegurado o cuidado e orientações de uma equipe multiprofissional para tratamento dos pacientes com TEA. É necessário também que esses profissionais sejam capacitados e atualizados para assistir esses indivíduos. Os agentes comunitários de saúde pela Estratégia da Saúde da Família, podem realizar essa transmissão de conhecimentos que visam a saúde geral e bucal dos pacientes com TEA (Kuroishi, 2022).

Concluimos também que é de extrema importância garantir que a lei esteja sendo cumprida e que os pacientes que precisam desse cuidado estão recebendo de maneira efetiva para assim terem uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

A I-Batayneh, O. B., Nazer, T. S., Khader, Y. S., & Owais, A. I. **Effectiveness of a tooth-brushing programme using the picture exchange communication system (PECS) on gingival health of children with autism spectrum disorders.** *European Archives of Paediatric Dentistry*, 21(2), 277-283. 2020.

Atendimento Odontológico em Pacientes Autistas. Dental Speed. Disponível em: <https://www.dentalspeed.com/saudebucal/atendimento-odontologico-em-pacientes-autistas>. [s.l.], Acesso em: 14 jun. 2023.

Cazaux, S. L., Lefer, G., Rouches, A., & Bourdon, P. **Toothbrushing training programme using an iPad® for children and adolescents with autism.** *European Archives of Paediatric Dentistry*, 20(3), [s.l.], 277-284. 2019

Como DH, Stein Duker LI, Polido JC, Cermak SA. **Oral Health and Autism Spectrum Disorders: A Unique Collaboration between Dentistry and Occupational Therapy.** *Int J Environ Res Public Health*. [s.l.], 18(1):135. 2020

Dumbuya A, Comnick C, Xie XJ, Marchini L. **Types of dental procedures provided to adults with autism spectrum condition: A descriptive study.** *Spec Care Dentist*. 41(5):553-558. 2021

Du RY, Yiu CKY, King NM. **Oral Health Behaviours of Preschool Children with Autism Spectrum Disorders and Their Barriers to Dental Care.** *J Autism Dev Disord*. [s.l.], 49(2):453-459. 2019

GOLFETO, José H; MIAN, Heloísa. **Tratamento psicofarmacológico aplicado a criança.** *Pediatr. Mod*. [s.l.], Mai 2000.

GONÇALVES, Juliana Pavan . **A importância dos cuidados nutricionais e de saúde bucal na criança com transtorno do espectro do autismo.** Trabalho de conclusão de curso. [s.l.], 2018.

GUIA DO BEBÊ. **Saúde bucal no autismo**. Disponível em: <https://guiadobebem.com.br/saude-bucal-no-autismo/>. [s.l.], Acesso em: 14 jun. 2023.

JABER MA. **Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism**. J Appl Sci oral. [s.l.], 19 (3): 212-7. 2011

KATZ, Cíntia Regina Tornisiello; VIEIRA, Anelyse; MENESES, Joseane Maria Lins Pereira; COLARES, Viviane. **Abordagem psicológica do paciente autista durante o atendimento odontológico: revisão**. Odontol clínicient. [s.l.], Abr-Jun 2009.

Krishnan, L., Iyer, K., & Kumar, P. D. M. **Effectiveness of two sensory-based health education methods on oral hygiene of adolescent with autism spectrum disorders: An interventional study**. Special Care in Dentistry. 2021

KUROISHI, Júlia Maria Barbosa. **Recursos Terapêuticos para Otimização da Escovação Dentária em Pacientes com Transtorno do Espectro Autista: Uma Revisão Crítica e Analítica da Literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande – MS. 2022

MARRA Pinkie Seabra. **Dificuldades encontradas pelos responsáveis para manter a saúde bucal em portadores de necessidades especiais [dissertação]**. Duque de Caxias, s.n., 2007.

PEREIRA, Tatyana de Souza et al. **Estudo das condições de saúde bucal e fatores sócioeconômico-culturais, comportamentais e microbiológicos de pacientes autistas**. [s.l.], 2009.

PEREIRA, A. B.; SANCHES, D. C. B.; CASTRO, G. da S.; FERREIRA, J. L.; POMPEU, L. R.; COSTA, R. de C. C. do R.; ISHIGAKI, S. Y. R.; DE LUCENA, T. C. **Atuação da equipe multidisciplinar no tratamento do TEA e a importância da intervenção nutricional / The role of the multidisciplinary team in the treatment of TEA and the importance of nutritional intervention**. Brazilian Journal of Development, [S. l.], v. 7, n. 9, p. 94448–94462, 2021.

Popple, B., Wall, C., Flink, L., Powell, K., Discepolo, K., Keck, D., ... & Shic, F. **Brief report: remotely delivered video modeling for improving oral hygiene in children with ASD: a pilot study.** *Journal of autism and developmental disorders*, [s.l.], 46(8), 2791-2796. 2016

UEMURA, Sofia Takeda. **Transtorno do Espectro Autista: características bucais e abordagem odontológica.** In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Saúde bucal na Atenção Primária à Saúde: urgências, doenças transmissíveis, gestantes, puérperas e pessoas com deficiência. Cuidado em saúde bucal para pessoas com deficiência na Atenção Primária à Saúde. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021

Vajawat, M., Deepika, P. C., Kumar, V., & Rajeshwari, P. **A clinicomicrobiological study to evaluate the efficacy of manual and powered toothbrushes among autistic patients.** *Contemporary clinical dentistry*, [s.l.], 6(4), 500. 2015.

CAPÍTULO 22

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM REDE

Emilli Caroline Silva Souza
Maria Fernanda Figueiró
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

- A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como princípio a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar.
- A Atenção Básica (AB) é a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a ordenadora das diferentes Redes de Atenção. Nesse âmbito ocorre o acompanhamento ao longo da vida dos usuários.
- No caso das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), destaca-se a importância do acompanhamento no pré-natal e em todo o processo de desenvolvimento infantil.

Assim como ocorre nos cuidados para todos os transtornos mentais, o transtorno do espectro Autista também precisa ser atendido por uma Rede de Atenção Psicossocial, apresentada logo a seguir. Mas antes, será exposto alguns critérios de diagnóstico para esse transtorno específico.

Critérios diagnósticos dos transtornos do espectro autista

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V (2014) existem alguns critérios para a realização do diagnóstico do autismo. Destaca-se os principais:

A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos

1. Déficits na reciprocidade socioemocional = dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto;

2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais = ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal;

3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos = dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes:

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos;

2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal;

3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco

4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente;

C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento;

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente;

E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos.

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como um dos objetivos citados no artigo 4 a promoção de cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas) (Brasil, 2011). No Quadro 1, nesse sentido, será apresentado alguns princípios norteadores da RAPS.

Quadro 1: Pontos importantes para o estabelecimento de uma relação/comunicação com pessoas com TEA.

Princípios
1. Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade de todos os sujeitos.
2. Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde.
3. Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar.
4. Desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção da autonomia e ao exercício da cidadania.
5. Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com a participação e o controle social dos usuários e de seus familiares.
6. Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com o estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.
7. Promoção de estratégias de educação permanente
8. Desenvolvimento da lógica do cuidado, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Fonte: Brasil, (2015).

A Rede de Atenção Psicossocial é composta por diversos serviços, sendo possível observá- los apresentados no Quadro 2.

Quadro 2: Componentes da RAPS.

Componentes	Pontos de Atenção
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Unidade Básica de Saúde da Família - Núcleo de Apoio à Saúde - Consultório na Rua - Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	C Centros de Atenção Psicossocial <ul style="list-style-type: none"> - CAPS I - CAPS II - CAPS III - CAPS AD - CAPS i
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> - SAMU - UPA 24
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> - Unidades de acolhimento - Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermaria especializada em hospital geral
Estratégia de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> - Serviço Residencial Terapêutico - Programa de Volta pra Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> - Geração de Renda - Empreendimentos solidários e cooperativos sociais

Fonte: Brasil, (2015).

Em casos de crises que representem risco para o usuário e outras pessoas, o atendimento deverá seguir o protocolo do SUS e ser direcionado para a atenção hospitalar em saúde mental, conforme exemplificado na Figura 1.

Figura 1: Qual o fluxo do usuário para chegar até a RAPS?



Fonte: Os autores, (2023).

Atenção Básica

A Atenção Básica (AB) é a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a ordenadora das diferentes Redes de Atenção. Nesse âmbito ocorre o acompanhamento ao longo da vida dos usuários e, no caso das pessoas com TEA, pode-se destacar a importância do acompanhamento no pré-natal e em todo o processo de desenvolvimento infantil. A equipe da AB pode e deve, sempre que necessário, acionar outros pontos de atenção (Quadro 3 e Quadro 4) para melhor proceder ao diagnóstico de TEA e o posterior acompanhamento (Brasil, 2015).

Quadro 3: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Características	Conceituações
Objetivos	O NASF não se constitui como porta de entrada do SUS. É importante lembrar que não é um ambulatório, mas sim um dispositivo de apoio à Estratégia de Saúde da Família, tendo como eixos a corresponsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado. Tem os objetivos de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização.
Serviços ofertados	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio matricial especializado - Suporte ao diagnóstico - Atendimento conjunto - Suporte na elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) - Desenvolvimento de Projeto de Saúde no Território
Profissionais	Psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, nutricionista, terapeuta ocupacional.

Fonte: Brasil, (2015).

Quadro 4: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Características	Conceituações
Tipos	<ul style="list-style-type: none">- CAPS I- CAPS II- CAPS III (24 horas)- CAPS AD (Álcool e Outras Drogas)- CAPS i (Atende crianças e adolescentes)
Serviços ofertados	<ul style="list-style-type: none">- Atendimentos individuais ou em grupo;- Atividades comunitárias e de reabilitação psicossocial;- Atenção aos familiares;- Atenção domiciliar;- Reuniões ou assembleias para o desenvolvimento da cidadania;- Tratamento medicamentoso.
Profissionais	Psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, pedagogos, psiquiatras, clínicos gerais, assistentes sociais, técnicos de enfermagem e etc.

Fonte: Brasil, (2015).

E quais os principais pontos que podem ser acionados?

A partir dessa diversidade de serviços e profissionais envolvidos cabe lembrar que:

As diferentes abordagens, bem como a intensidade do cuidado ofertado pelo CAPS, deverão ser plásticas às singularidades das demandas das pessoas com TEA e de suas famílias e deverão incluir outros pontos de atenção da saúde e de outros setores que disponham de recursos necessários à qualidade da atenção, como as Unidades Básicas de Saúde, os Centros Especializados de Reabilitação (CER) e as instituições de ensino, os serviços de assistência social, trabalho, esporte, cultura e lazer (Brasil, 2015, p. 101).

Redes e Articulações Intersetoriais

Além dos serviços dentro da área da saúde, cabe ressaltar que os cuidados aos transtornos mentais extrapolam esse contexto, carecem de uma articulação intersetorial, na qual apresentam-se os seguintes dispositivos e serviços e legislação.

1. Política Nacional da Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida (Quadro 5)

Quadro 5: Artigo 3º- São princípios da PNEE.

Princípios	
I.	Educação como direito para todos em um sistema educacional equitativo e inclusivo
II.	Aprendizado ao longo da vida.
III.	Ambiente escolar acolhedor e inclusivo.
IV.	Desenvolvimento pleno das potencialidades do educando.
V.	Acessibilidade ao currículo e aos espaços escolares.
VI.	Participação de equipe multidisciplinar no processo de decisão da família ou do educando quanto à alternativa educacional mais adequada.
VII.	Garantia de implementação de escolas bilíngues de surdos e surdocegos.
VIII.	Atendimento aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação no território nacional, incluída a garantia da oferta de serviços e de recursos da educação especial aos educandos indígenas, quilombolas e do campo.
IX.	Qualificação para professores e demais profissionais da educação

Fonte: Brasil, (2020).

LEI Nº 12.764 DE 27 DE DEZEMBRO DE 2012: Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (Quadro 6)

Quadro 6: Artigo 2º - São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

Princípios
I. A intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista;
II. a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com transtorno do espectro autista e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação;
III. A atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes;
V. O estímulo à inserção da pessoa com transtorno do espectro autista no mercado de trabalho, observadas as peculiaridades da deficiência e as disposições da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);
VI. A responsabilidade do poder público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações;
VII. O incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista, bem como a pais e responsáveis;
VIII. O estímulo à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema relativo ao transtorno do espectro autista no País.

Fonte: Brasil (2012).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Modalidades Especializadas de Educação. PNEE: **Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida/ Secretaria de Modalidades Especializadas de Educação** – Brasília; MEC. SEMESP. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista**. Brasília: MEC, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

A PARTE 7
INTERPROFISSIONALIDADE NA EXTENSÃO
UNIVERSITÁRIA NO CUIDADO EM SAÚDE NA
ATENÇÃO BÁSICA PELA PERSPECTIVA DO
PET- SAÚDE

CAPÍTULO 23

PERSPECTIVA PELA PSICOLOGIA

Emilli Caroline Silva Souza
Maria Fernanda Figueiró de Araújo
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

A Política Nacional de Atenção Básica, aprovada e revisada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, tem como objetivo orientar a implantação e operacionalização da Atenção Básica, dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio de ações individuais, familiares e coletivas que abrangem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Essas práticas de cuidado integrado e gestão qualificada são realizadas por equipes multiprofissionais e direcionadas à população de um determinado território. Nesse sentido, a Atenção Básica desempenha o papel de principal porta de entrada e centro de comunicação da rede, sendo a maior responsável por coordenar o cuidado e organizar as ações e serviços disponibilizados no âmbito do SUS (Brasil, 2017).

A reorganização da Atenção Básica no país, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), é considerada um método de expansão, qualificação e consolidação dos serviços, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo apoiada pelo Ministério da Saúde e pelos gestores estaduais e municipais, representados pelo Conass e Conasems, a ESF proporciona uma reorientação do processo de trabalho com o potencial de aprofundar os fundamentos da atenção básica, ampliar a resolutividade e o impacto na saúde dos usuários, além de oferecer uma relação entre custo e efetividade significativa (Brasil, 2012).

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído em 2008 pela Portaria N° 1802, de 26 de agosto, tem como propósito possibilitar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço para os profissionais da saúde, bem como proporcionar aos estudantes da área oportunidades de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, alinhados às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos objetivos do Programa é estimular a contratação e a permanência de profissionais de saúde qualificados, capazes de melhorar a qualidade do atendimento em todo o território nacional. Além disso, busca promover a integração entre o ensino e o serviço na área da saúde (Brasil, 2008).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), como diretriz para reorganização da Atenção Básica no âmbito do SUS, desempenha um papel fundamental no cuidado de pessoas com transtornos mentais e seus familiares. É notório, portanto, que nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem incentivado ações que abordam a dimensão subjetiva dos usuários e às questões relativas ao âmbito da saúde mental dentro da Atenção Básica. No entanto, ainda há muito a ser implementado para avançar na construção de uma rede de atenção em saúde mental, por meio da articulação de serviços que operem com base na territorialização, corresponsabilização e integralidade das práticas em saúde mental (Correia e Colvero, 2011).

A atenção em saúde mental deve ser pensada dentro de uma rede de cuidados, conhecida como Rede de Atenção Psicossocial, que engloba a Atenção Básica/Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, ambulatórios, centros de convivência, clubes de lazer, entre outros. Apesar de toda a rede ser imprescindível para o atendimento dos transtornos mentais, a Atenção Básica é privilegiada por estar mais próxima do território, de onde o usuário vive a vida cotidiana, podendo trazer contribuições perti-

nentes e contextualizadas para todos os outros serviços especializados. Os CAPS são elementos-chave para a organização dessa rede, pois são serviços que seguem a lógica da territorialização, que se baseiam nos ambientes sociais em que os usuários estão inseridos, como suas famílias, escolas, trabalho e igrejas, com o objetivo de resgatar as potencialidades desses recursos comunitários e incorporá-los no cuidado em saúde mental. É necessário, dessa maneira, que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) integrem-se a essa rede, organizando suas atividades de acordo com as demandas das equipes de Saúde da Família, a fim de promover a reintegração social dos usuários e utilizar de maneira mais efetiva as potencialidades dos recursos comunitários na busca por melhores práticas em saúde, equidade e a integralidade (Brasil, 2008).

Durante o processo de Educação Permanente em Saúde realizado com os Agentes Comunitário da Unidade de Saúde Dr Judson Tadeu Ribas - Moreninha III, ficou evidente que sofrimentos característicos dessa categoria profissional, entre os quais destacou-se a falta de formação e a presença contínua e às vezes prejudicial a categoria, no local de trabalho, uma vez que os profissionais da área devem obrigatoriamente residir no bairro onde atuam (Ribeiro, 2012). Desse modo, o processo de acompanhamento realizado pelo Pet-Saúde UFMS se mostrou importante para o processo de educação permanente em saúde tanto para as Agentes Comunitárias de Saúde tanto para as alunas que realizaram o processo, tornando-se no decorrer das atividade um espaço de partilha e escuta de sofrimentos e questões vivenciadas durante a atuação desses profissionais.

Nesse sentido, foi notório que as exposições dos conteúdos e as trocas com as Agentes Comunitárias de Saúde possibilitaram uma maior compreensão sobre o trabalho, de maneira clara e objetiva, de como agir em situações específicas, além de reforçar sua postura e atuação no processo de saúde-doença em demais locais das redes de atendimento aos

pacientes, como com encaminhamentos para serviços específicos, visando garantir uma assistência mais completa e especializada. Além disso, o processo de elaboração e apresentação multiprofissional possibilitou o acesso a informações de diferentes áreas do conhecimento, sendo uma importante ferramenta de aprendizado para as alunas e para os participantes.

Desse modo, durante a elaboração e a apresentação das atividades, ficou nítida a importância da formação acadêmica fundamentada em ensino, pesquisa e extensão para o conhecimento do funcionamento do SUS e a efetividade da integralidade do cuidado na saúde. Notou-se, ainda, a importância da atuação interprofissional no cuidado em Saúde, seja a inserção da Psicologia em temáticas relativas à aspectos de saúde física, seja a atuação de diferentes áreas da saúde no cuidado em Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regula-menta o § 5o do art. 198 da Constituição. **Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.** Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2017.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. **Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, [s.l.], v. 45, p. 1501-1506, 2011.

RIBEIRO, Sandra Fogaça Rosa. **Agente comunitário de saúde: dificuldades no processo de construção histórica da profissão e adoecimento.** [s.l.], V. 1, n. 1, p. 17-35, out./2012. <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>.

CAPÍTULO 24

PERSPECTIVA PELA ENFERMAGEM

Rebecca Mirian Alves de Souza

Cecília Loschi de Medeiros

Leila Sabrina Ullmann

A Além da inserção da psicologia nas temáticas ensinadas, a enfermagem também teve um papel fundamental no apoio às ações de educação permanente em saúde. A enfermagem desempenha um papel fundamental no cuidado e na promoção da saúde das pessoas em diferentes contextos, seja em hospitais, clínicas, unidades de saúde ou até mesmo na comunidade. Os profissionais de enfermagem são responsáveis por fornecer assistência direta aos pacientes, oferecendo cuidados holísticos e individualizados. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituído no país pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, amplia a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, tendo como objetivo principal a resolubilidade e o apoio à Estratégia de Saúde da Família no âmbito do SUS. O NASF deve ser constituído por equipes multidisciplinares que atuam em parceria com as Equipes Saúde da Família (ESF), compartilhando práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das mesmas. Ademais, devem buscar a promoção da integralidade do cuidado aos usuários do SUS, qualificando e complementando o trabalho das Equipes de Saúde da Família (Brasil, 2008).

Mesmo que interligada e complementada por outros saberes profissionais, a enfermagem pode ser amplamente definida como a ciência do cuidado integral e integrador em saúde, tanto no sentido de assistir e coordenar as práticas de cuidado, quanto no sentido de promover e proteger a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Nessa direção, o cuidado de enfermagem configura-se como prática social em-

preendedora, pela inserção ativa e pró-ativa nos diferentes espaços de atuação profissional e, principalmente, pelas possibilidades interativas e associativas com os diferentes setores e contextos sociais. (Backes et. al., 2012)

Com isso, fica evidente a necessidade de ligações entre diversas áreas do conhecimento para melhor atendimento da população, uma equipe composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, cirurgiões dentistas, nutricionistas e outros é essencial para um atendimento eficaz e proposto pelo Ministério da Saúde. Dentro da ação permanente em saúde formulada pelo PET-Saúde, observou-se a importância da multiprofissionalidade, a enfermagem atuou com conhecimentos teóricos e assistenciais como, o cuidado com pé diabético, discutido no capítulo 1 e outros aspectos clínicos discutidos durante o curso. A enfermagem tem a capacidade de transitar entre os diferentes campos de conhecimentos abrangidos nesta ação de educação, ampliando o conhecimento acadêmico e profissional. Através da interação entre as profissões, é possível obter uma visão mais ampla do paciente, considerando não apenas sua condição médica, clínica e assistencial, mas também aspectos emocionais, sociais e psicológicos que sempre devem ser levados em consideração. Além da assistência clínica e das ações de educação em saúde, que são de grande valia para a enfermagem, o PET-Saúde também foi direcionado no eixo de gestão, área que vem crescendo dentro da enfermagem. Considerando o eixo da gestão, que tem como fundamento um arcabouço teórico e prático, pode-se desfrutar da experiência de ambas as áreas dentro do projeto, entender como funciona a unidade, como são divididas as tarefas e como funciona a gestão da unidade, acrescentou grandemente na jornada acadêmica. Analisando o gerenciamento da unidade observou-se poucas problemáticas, como a falta de comunicação entre a equipe e a falta de valorização dos profissionais, pelos próprios integrantes da unidade, fatos esses que impulsionaram para uma abordagem diferenciada.

Nesse sentido, a enfermagem possui papel fundamental na atuação na Atenção primária, e sua relevância se torna ainda maior quando é colocada em um contexto interprofissional. Isso porque, todas as qualidades supracitadas atribuídas à enfermagem encontram, no trabalho multiprofissional, um espaço passível de novas formas de contribuição, através do diálogo com outras áreas da saúde.

Ao ser introduzida no cenário de uma equipe multiprofissional, como já citado, a enfermagem contribui ao proporcionar um olhar holístico e integral do usuário, comunidade ou agravo de saúde em questão, mas não somente isso. Propicia uma comunicação facilitada e mais didática entre diferentes profissionais de saúde e a comunidade como um todo, tornando as atividades de promoção de saúde ou educação permanente mais eficazes. Também contribuem com alicerces para a gestão, planejamento e gerência, muito necessárias em qualquer projeto a ser desenvolvido em âmbito interprofissional. Dessa forma, a enfermagem se mostra de imensa valia para o trabalho interprofissional.

À vista disso, o intercâmbio de profissionais da área da saúde é muito importante, já que oferece um olhar mais completo sobre qualquer tópico e faz com que os profissionais se tornem mais preparados no exercício profissional, graças aos aprendizados advindos de colegas de outras áreas. Isso ocorre naturalmente durante o trabalho interprofissional, e ocorreu durante a educação permanente realizada pelo PET-saúde. As graduandas dos diferentes cursos puderam compartilhar e ouvir diferentes perspectivas sobre o mesmo tema além de planejar e executar a ação em conjunto, entendendo o valor de todas as áreas e absorvendo informações umas das outras. O valor desse conhecimento é imensurável e irá permear a prática das futuras profissionais, tornando mais preparadas para o exercício no mercado de trabalho no futuro.

REFERÊNCIAS

BACKES, Dirce Stein; BACKES, Marli Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; et al. **O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 17, n. 1, p. 223–230, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100024-&lng=pt&tlng-pt>. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008.

CAPÍTULO 25

PERSPECTIVA PELA ODONTOLOGIA

Maria Luiza Guarienti Piati
Gabrielle de Oliveira Paes
Rafael Ferreira

O PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) é uma iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil que visa integrar a educação e o trabalho no contexto da saúde. O programa busca promover a formação de estudantes da área da saúde por meio de atividades desenvolvidas em equipe, envolvendo tanto a academia quanto os serviços de saúde (Brasil, 2021).

O PET-Saúde tem se mostrado eficaz ao longo de sua implementação, gerando resultados positivos que facilitam a integração entre saúde e universidade. O programa tem o potencial de promover mudanças institucionais tanto nas universidades quanto nos serviços de saúde. Isso se deve à sua abordagem de desenvolvimento, que estimula a execução de projetos de intervenção com práticas pedagógicas direcionadas à realidade do trabalho em saúde. Dessa forma, o PET-Saúde contribui para fortalecer a relação entre teoria e prática, proporcionando uma experiência enriquecedora para os participantes e impactando positivamente o campo da saúde (Brasil, 2021).

No âmbito da Odontologia, o PET-Saúde envolve a participação de estudantes de graduação em Odontologia, sob a supervisão de professores e preceptores. O programa busca promover a formação integral dos estudantes, incentivando a integração entre teoria e prática, o trabalho em equipe interdisciplinar e a atuação na atenção básica à saúde bucal.

O PET-Saúde tem como objetivo fundamental formar profissionais de saúde altamente qualificados em termos técnicos, científicos e acadêmicos. Esse processo de formação é baseado no pensamento crítico, na cidadania e na função social da educação superior. O programa enfatiza a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, levando os estudantes a experiências fora do ambiente acadêmico tradicional.

Dessa forma, os participantes têm a oportunidade de ampliar sua perspectiva, compreender o trabalho em equipe, reconhecer a realidade social e se envolver em estudos científicos e outras formas de produção de conhecimento. Essas experiências contribuem para aprimorar sua prática profissional e capacidade de tomar decisões embasadas em evidências, preparando-os para enfrentar os desafios do campo da saúde com competência e compromisso.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são profissionais que compõem a equipe de serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) e representam um importante papel dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) por exercerem atividades de promoção de saúde, entre outras (Brasil, 2002; Brasil, 2006; Brasil, 2009). A realização da educação permanente com esses profissionais favorece a promoção de conhecimento sobre as condições que atingem os pacientes e orientam sobre informações úteis que possam ser aplicadas no dia a dia desses trabalhadores. Destaca-se que os ACS possuem contato direto com os cidadãos, realizam visitas domiciliares com isso há uma disseminação de informações e o reconhecimento da demanda individualizada, podendo instruir o paciente sobre eventuais questionamentos e demandas dos usuários e encaminhá-lo à unidade de saúde, caso necessário, para atendimento especializado realizado por médicos, cirurgiões-dentistas, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Dessa forma, a conexão serviço-usuário se estabelece de forma consolidada.

Portanto, para o bom atendimento das famílias que moram naquele território é fundamental que a interdisciplinaridade esteja presente, que haja essa comunicação dos ACS com os cirurgiões dentistas e com os demais profissionais da área da saúde visando sempre uma integralidade do cuidado, uma atenção especial com cada usuário e que todos os profissionais saibam orientar quanto ao fluxo de atendimento dentro da unidade. Nessa perspectiva, é extremamente necessário enxergar todos os pacientes de forma humanizada, pois por exemplo, um paciente de saúde mental não possui só uma demanda por psicólogos e psiquiatras, ele tem direito a todos os atendimentos disponíveis na unidade de saúde, por isso é tão importante o dentista e demais trabalhadores terem essa percepção, ter base para atender todos os pacientes independente da demanda, ou ainda encaminhá-los para o serviço especializado no CEO, ou demais instituições.

Além disso, observamos que muitas das vezes os profissionais da saúde acabam tendo que realizar algumas funções que não competem a eles porém que precisam ser feitas dentro de uma unidade de saúde, isso gera uma sobrecarga nesses trabalhadores. Sendo assim, é de extrema importância que a saúde mental desses trabalhadores também seja monitorada, e que eles possam ter auxílio quando necessário. Dessa maneira eles poderão continuar promovendo a saúde e qualidade de vida para os moradores daquele território sem abdicar da saúde própria.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde, **Criação da LEI No 10.507, DE 10 DE JULHO DE 2002 revogada pela LEI 11.350**, Brasília, Brasil.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde 2006**, v.4.4º Ed. Brasília, 68p. Brasília, Brasil. 2007

BRASIL, **Ministério da Saúde: O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, Brasil. 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **As contribuições do PET-Saúde/Interprofissionalidade para a reorientação da formação e do trabalho em saúde no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 84 p.: il. 2021**

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalhador para a Saúde – PET-Saúde**. Diário Oficial da União. Brasília, 27 ago; Seção 1, p.27. 2008

Rodrigues CAQ, Costa SM, Leite MTS, Mendes DC, Rodrigues Neto JF. **A vivência dos estudantes de odontologia nas atividades de ensino-pesquisa-extensão do PET-Saúde**. Revista da ABENO, [s.l.], v.11, n.2, p: 45-50. 2011

Gonçalves CM, Santos KT, Carvalho RB. **O PET-Saúde como instrumento de reorientação do ensino em Odontologia: a experiência da Universidade Federal do Espírito Santo**. Revista da ABENO, [s.l.], v. 11, n.2, p:27-33. 2011 .

CAPÍTULO 26

PERSPECTIVA PELA NUTRIÇÃO

Mariana Giori
Giullia Gabrielli Galiciani
Leila Sabrina Ullmann

“A educação interprofissional é uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde” (REEVES, 2016, p. 185). Um espaço de educação interprofissional contribui para a formação de profissionais de saúde com melhor preparo para a atuação integrada em equipe, com reconhecimento da interdependência das diversas áreas (Peduzzi et al., 2013).

O programa PET-Saúde desempenha um papel fundamental na formação de profissionais de saúde, ao proporcionar um ambiente enriquecedor e interdisciplinar. Composto por uma diversidade de profissões e disciplinas, essa iniciativa possibilita o contato com diferentes áreas da saúde, o que se revelou benéfico para o nosso desenvolvimento como estudantes de nutrição. Ao colaborar na construção das aulas e ao estar na posição de ouvinte no momento delas, foi possível compartilhar conhecimentos, experiências e abordagens distintas, compreendendo a importância da atuação multidisciplinar na promoção da saúde e no cuidado integral aos pacientes, além do incentivo ao trabalho em equipe.

A alimentação adequada e saudável auxilia na promoção e prevenção de doenças e quando se fala da APS nesse sentido, tem-se que:

Os profissionais da Atenção Primária estão preparados para ofertar cuidados que considerem as singularidades dos sujeitos em cada região. A ideia é

possibilitar as respostas mais oportunas às diferentes situações. Os profissionais da nutrição e da saúde são a ponte das políticas públicas com a população e buscam ampliar o acesso e a oferta de uma atenção integral à saúde, considerando os diferentes arranjos organizacionais das equipes em que atuam (Brasil, 2022).

Na nutrição, é essencial considerar não apenas os aspectos nutricionais, mas também os fatores socioeconômicos, psicológicos e culturais que influenciam diretamente na saúde e na alimentação das pessoas. Com a diversidade dos temas tratados, foi possível explorar todos esses fatores, ainda mais no contexto das doenças abordadas ao decorrer do curso, em específico nas áreas de odontologia, psicologia e enfermagem, que são as disciplinas nas quais as outras integrantes deste eixo pertencem, foi de extrema importância para reconhecer que dentro da APS não se faz necessário somente o conhecimento específico, sendo esse tópico uma das principais características da chamada “clínica ampliada” ou política nacional de humanização, que busca integrar a equipe multiprofissional da saúde na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso (Brasil, 2010), isso permite uma visão mais completa do paciente e promove uma assistência mais eficiente, evitando a fragmentação do cuidado e garantindo uma maior continuidade dos tratamentos e acompanhamentos. O nutricionista desempenha um papel fundamental diante disso, sendo a alimentação sua principal ferramenta de trabalho. É um profissional altamente qualificado, capacitado para atuar tanto em atividades de gestão quanto de assistência, desempenhando um papel essencial ao lado de outros profissionais de saúde.

Ao elaborar as aulas do curso e apresentá-las foi possível perceber que algumas temáticas sobre nutrição eram desconhecidas pelos ACS, o que contribuiu para que levassem esses conhecimentos adquiridos para

a população assistida. O Guia Alimentar para a População Brasileira, apresentado no primeiro encontro, foi uma novidade. Esse assunto foi escolhido de modo estratégico pois aborda diversas questões relacionadas à alimentação do brasileiro, respeitando hábitos culturais do público e auxiliando na escolha adequada dos alimentos, evitando, assim, o surgimento de DCNTs. No quesito específico da Diabetes, foi relevante abordar a questão do açúcar simples e o impacto na elevação da glicemia.

Outra temática importante de se destacar diz respeito a alimentação e Síndrome de Down, focada na introdução alimentar e importância do aleitamento materno para o desenvolvimento dessas crianças, evitando possíveis deficiências nutricionais. O que contribuiu não apenas para o manejo da alimentação e amamentação nesse público em específico, tendo em vista que as orientações transmitidas servem para uma grande parcela da população.

É possível concluir que após a participação no PET Saúde, em especial no preparo das aulas de educação permanente para as ACS, a interdisciplinaridade desempenhou um papel fundamental no processo de aprendizado de todas as participantes, inclusive para as estudantes de nutrição. A troca de experiências entre as diversas áreas do conhecimento favoreceu o aprendizado em todas as áreas, que influenciará positivamente nas práticas profissionais daqui em diante.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS realizou quase 30 milhões de atendimentos nutricionais na Atenção Primária**. Brasília, Brasil, 2022. Disponível em: [https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/04/sus-realizou-quase-30-milhoes-de-atendimentos-nutricionais-na-atencao-primaria#:~:text=SUS%20realizou%20quase%2030%20milh%C3%B5es%20de%20atendimentos%20nutricionais%20na%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria,-Direito%20%C3%A0%20sa%C3%BAde&text=O%20Brasil%20realizou%20no%20ano,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/04/sus-realizou-quase-30-milhoes-de-atendimentos-nutricionais-na-atencao-primaria#:~:text=SUS%20realizou%20quase%2030%20milh%C3%B5es%20de%20atendimentos%20nutricionais%20na%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria,-Direito%20%C3%A0%20sa%C3%BAde&text=O%20Brasil%20realizou%20no%20ano,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).). Acesso em: 26 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, Brasil, 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/201-clinica_ampliada.html#:~:text=A%20Cl%C3%ADnica%20Ampliada%20prop%C3%B5e%20ent%C3%A3o,outras%20coisas%20na%20sua%20vida. Acesso em: 26 jul. 2023.

REEVES, Scott. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, Brasil, v. 20, n. 56, p. 185-197, jan./mar. 2016. Disponível em: https://www.scielo.org/pdf/icse/v20n56/pt_1807-5762-icse-20-56-0185.pdf. Acesso em: 02 jul. 2023.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. São Paulo, Brasil, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JwHsjBzBgrs9BCLXr856tzD/?lang=pt#>. Acesso em: 02 jul. 2023.

SOBRE OS AUTORES

ALINE COELHO ARRUDA

Graduada do curso de Licenciatura em Educação Física na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul desde 2020. É atuante no Núcleo de Pesquisa em Comportamento Motor e Psicologia da Motricidade Humana (CGOM-PH), bolsista CAPES pelo Programa de Residência Pedagógica (PRP), ex-bolsista FNDE pelo Programa de Educação Tutorial do curso de Educação Física (PET-Educação Física) no período de 2021 a 2022, e ex bolsista do Ministério da Saúde pelo Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-SAÚDE) no período de 2022.

Email para contato: aline_arruda@ufms.br

ID Lattes: 0422635754070092

CV: <http://lattes.cnpq.br/0422635754070092>

AMANDA CRISTINA LEAL KUNDZINS

Acadêmica do curso de Medicina na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, desde 2021. É coordenadora da liga acadêmica de ginecologia, obstetrícia e mastologia (LAGOM) e ex-bolsista do Programa de Educação pelo trabalho para saúde (PET-SAÚDE) no período de 2022 a 2023.

E-mail para contato: amanda.kundzins@ufms.br

ID Lattes: 2382367662927133

CV: <http://lattes.cnpq.br/2382367662927133>

CECÍLIA LOSCHI DE MEDEIROS

Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, desde 2020. É bolsista do Ministério da Saúde pelo PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde).

E-mail para contato: cecilialoschi@gmail.com

ID Lattes: 3138402777385251

CV: <https://lattes.cnpq.br/3138402777385251>

EMILLI CAROLINE SILVA SOUZA

Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. É integrante da Liga Acadêmica em Psicologia da Saúde (LAPS) da UFMS e bolsista do Ministério da Saúde no PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde).

E-mail para contato: emillics.souza@gmail.com

ID Lattes: 2178498915183842

CV: <https://lattes.cnpq.br/2178498915183842>

GABRIELLE DE OLIVEIRA PAES

Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, desde 2019. É bolsista do PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde).

E-mail para contato: gabii_op@hotmail.com

ID Lattes: 5495431351342058

CV: <http://lattes.cnpq.br/5495431351342058>

GIULLIA GABRIELLI GALICIANI

Acadêmica do curso de Nutrição na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, desde 2020. É integrante da Liga Acadêmica Multiprofissional de Aleitamento Materno (LAMAM) e atualmente bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

E-mail para contato: giullia.g@ufms.br

ID Lattes: 9900768483964434

CV: <http://lattes.cnpq.br/9900768483964434>

LEILA SABRINA ULLMANN

Graduação em Medicina Veterinária (Universidade Federal do Paraná - 2006) e residência na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP na Área de Zoonoses e Saúde Pública – 2007/2009). Mestrado na área de Saúde Animal, Saúde Pública Veterinária e Segurança, doutorado-sanduíche na University of California e na área de Saúde Animal, Saúde Pública Veterinária e Segurança Alimentar. Pós-Doutorado em Medicina Veterinária Preventiva no Instituto de Biotecnologia, UNESP-Botucatu/SP (2015-2018) e Pós-Doutorado em Medicina Veterinária, FMVZ, UNESP, Botucatu-SP (2018-2020).

MARIA FERNANDA FIGUEIRÓ DE ARAÚJO:

Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. É integrante do Laboratório de Pesquisa em Psicanálise, Epistemologia e Linguagem (LAPPEL) da UFMS, estagia em Psicanálise Clínica e é bolsista do Ministério da Saúde no PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde).

E-mail para contato: mf_figueiro@hotmail.com

ID Lattes: 2100576226327694

CV: <http://lattes.cnpq.br/2100576226327694>

MARIANA GIORI GOMES

Acadêmica do curso de Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, desde 2020. É bolsista do PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) e integrante do Programa Institucional de Iniciação Científica Voluntária (PIVIT).

E-mail para contato: marianaggiori@gmail.com

ID Lattes: 2647674922358182

CV: <http://lattes.cnpq.br/2647674922358182>

MARIA LUIZA GUARIENTI PIATI

Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, desde 2020. É bolsista do Ministério da Saúde pelo PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde).

E-mail para contato: maria.piat@ufms.br

ID Lattes: 1698212983268360

CV: <http://lattes.cnpq.br/1698212983268360>

RAFAEL FERREIRA

Possui graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo - FOB/USP (2012), Mestrado em Reabilitação Oral com linha de pesquisa em Periodontia (2015) pela FOB/USP e Doutorado em Periodontia pela FOB/USP. Atualmente, é professor adjunto da disciplina de Periodontia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Coordenador docente da Liga Acadêmica de Periodontia e Implantodontia Sul-mato-grossense.

REBECCA MIRIAN ALVES DE SOUZA

Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, desde 2021. É integrante da Liga Acadêmica de Enfermagem em Emergências Traumáticas (LAEET) e bolsista do PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde).

E-mail para contato: rebeccamirian24@gmail.com

ID Lattes: 3922992382051890

CV: <http://lattes.cnpq.br/3922992382051890>

RODRIGO GUIMARÃES DOS SANTOS ALMEIDA

Possui graduação em Enfermagem (Bacharelado e Licenciatura) pelo Centro Universitário Claretiano de Batatais. Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP. Doutor em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP. Doutorado Sanduíche pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra / Portugal. Possui experiência clínica na área de hemoterapia e especialização em gestão de banco de sangue pela Universidade Federal da Bahia. Atualmente é professor Adjunto na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Campus Campo Grande, junto ao Instituto Integrado de Saúde / INISA. Colaborador da Câmara Técnica da Assistência à Saúde do Conselho Regional de Enfermagem (Coren / MS) entre 2017 a 2023.

SANDRA FOGAÇA ROSA RIBEIRO

Psicóloga, Doutora em Educação pela Unicamp, Mestre Saúde Pública pela UNESP, Pós- Doutora pela Unicamp. Professora Adjunta na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Coordenadora do grupo de pesquisa Saúde Mental, Trabalho e Gestão/CNPq. Desenvolve estudos nas áreas de Psicologia do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, especialmente no campo da saúde pública.

Este livro foi editorado com as fontes Crimson Text e Barlow.
Publicado on-line em: <https://repositorio.ufms.br>



ISBN 978-85-7613-696-5



9 788576 136965

 **editora**
UFMS

